
CASOS CLÍNICOS do DSM-5®

John W. Barnhill



CASOS CLÍNICOS

do

DSM-5®



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria



A Artmed é a editora
oficial da ABP

NOTA

A medicina é uma ciência em constante evolução. À medida que novas pesquisas e a própria experiência clínica ampliam o nosso conhecimento, são necessárias modificações na terapêutica, em que também se insere o uso de medicamentos. Os autores desta obra consultaram as fontes consideradas confiáveis, num esforço para oferecer informações completas e, geralmente, de acordo com os padrões aceitos à época da publicação. Entretanto, tendo em vista a possibilidade de falha humana ou de alterações nas ciências médicas, os leitores devem confirmar essas informações com outras fontes. Por exemplo, e em particular, os leitores são aconselhados a conferir a bula completa de qualquer medicamento que pretendam administrar, para se certificar de que a informação contida neste livro está correta e de que não houve alteração na dose recomendada nem nas precauções e contraindicavações para o seu uso. Essa recomendação é particularmente importante em relação a medicamentos introduzidos recentemente no mercado farmacêutico ou raramente utilizados.



B262c

Barnhill, John W.

Casos clínicos do DSM-5 [recurso eletrônico] / John W. Barnhill ; tradução : Régis Pizzato ; revisão técnica: Gustavo Schestatky. – Porto Alegre : Artmed, 2015.

Editado como livro impresso em 2015.
ISBN 978-85-8271-157-6

1. Psiquiatria – Transtorno mental. II. Título.

CDU 616.89

John W. Barnhill

Professor of Clinical Psychiatry

DeWitt Wallace Senior Scholar

Vice Chair for Psychosomatic Medicine

Department of Psychiatry

Weill Cornell Medical College

Chief, Consultation-Liaison Service

New York-Presbyterian Hospital/

Weill Cornell Medical Center

Hospital for Special Surgery

New York, New York

CASOS CLÍNICOS do DSM-5®

Tradução

Régis Pizzato

Revisão técnica desta edição

Gustavo Schestatsky

Psiquiatra. Especialista e Mestre
em Psiquiatria pela Universidade Federal
do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Versão impressa
desta obra: 2015



2015

Obra originalmente publicada sob o título
DSM-5 Clinical Cases, 1st Edition
ISBN 9781585624683

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Portuguese language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, A Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2014. All rights reserved.

First published in Brazil by Artmed Editora Ltda., a Grupo A Educação S.A. company, in Portuguese. Artmed Editora Ltda. is the exclusive publisher of DSM-5 Clinical Cases, first edition, © 2015 by John W.Barnhill, M.D. in Portuguese for distribution in Brazil only.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Artmed Editora Ltda.

Gerente editorial – Biociências: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*

Capa sobre arte original: *Artmed Editora – Departamento de Pós-produção Digital*

Preparação de originais: *Leonardo Maliszewski da Rosa*

Leitura final: *André Luís Lima*

Editoração: *Techbooks*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

Unidade São Paulo
Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5 – Cond. Espace Center
Vila Anastácio – 05095-035 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Colaboradores

Alan M. Steinberg, Ph.D.

Geffen School of Medicine na University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA

Andrea DiMartini, M.D.

University of Pittsburgh Medical Center e Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA

Anna Dickerman, M.D.

Columbia University Medical Center e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Anne E. Becker, M.D., Ph.D.

Harvard Medical School e Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Anthony J. Rothschild, M.D.

University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA

Arden Dingle, M.D.

Emory University School of Medicine, Atlanta, GA

Arshya Vahabzadeh, M.D.

Harvard Medical School e Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Barbara J. Kocsis, M.D.

University of California, Davis, Sacramento, CA

Barbara L. Milrod, M.D.

Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Benjamin Brody, M.D.

Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Brian Palen, M.D.

University of Washington, Seattle, WA

Carlo Faravelli, M.D.

Università degli Studi di Firenze, Florença, Itália

Carlos Blanco, M.D., Ph.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons e New York State Psychiatric Institute, Nova York, NY

Carol A. Tamminga, M.D.

University of Texas Southwestern Medical School, Dallas, TX

Catherine Crone, M.D.

George Washington University, Washington, DC

Catherine Lord, Ph.D.

Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY

Charles F. Reynolds III, M.D.

University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA

Charles H. Silberstein, M.D.

Martha's Vineyard, MA

Charles L. Scott, M.D.

University of California, Davis, Medical Center, Sacramento, CA

Cheryl Munday, Ph.D.

University of Michigan, Ann Arbor, MI

Christopher M. Layne, Ph.D.

University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA

Christopher McDougle, M.D.

Harvard Medical School e Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Coreen Domingo, Dr.P.H.

Baylor College of Medicine, Houston, TX

Cynthia A. Graham, Ph.D.

University of Southampton, Southampton, Reino Unido

Cynthia R. Pfeffer, M.D.

Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Dan J. Stein, M.D., Ph.D.

University of Cape Town, Cidade do Cabo, África do Sul

Daniel S. Schechter, M.D.

Université de Genève et Faulté de Médecine, Genebra, Suíça

Daphne Simeon, M.D.

Icahn School of Medicine em Mount Sinai, Nova York, NY

Daryl Shorter, M.D.

Baylor College of Medicine, Houston, TX

David H. Rubin, M.D.

Harvard Medical School e Massachusetts General Hospital, Boston, MA

David Mataix-Cols, Ph.D.

King's College London, Londres, Reino Unido

Deborah L. Cabaniss, M.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons, Nova York, NY

Dolores Malaspina, M.D., M.P.H.

New York University School of Medicine, Nova York, NY

Donald M. Hilty, M.D.

University of California, Davis, School of Medicine, Sacramento, CA

Edward V. Nunes, M.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons e New York State Psychiatric Institute, Nova York, NY

Elizabeth L. Auchincloss, M.D.

Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Emil F. Coccaro, M.D.

University of Chicago, Chicago, IL

Eugene Beresin, M.D.

Harvard Medical School e Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Eve K. Freidl, M.D.

Columbia University Medical Center e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Evelyn Attia, M.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons e Weill Cornell Medical College, Nova York, NY; New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY

Frank Yeomans, M.D., Ph.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons, Nova York, NY

Friedemann Pfäfflin, M.D.

Universität Ulm, Ulm, Alemanha

George S. Alexopoulos, M.D.

Weill Cornell Medical College, Nova York, NY, e New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY

Heather B. Howell, M.S.W.

Yale School of Medicine, New Haven, CT

Heather Warm, M.D.

University of California, San Francisco, São Francisco, CA

Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons e New York State Psychiatric Institute, Nova York, NY

Holly A. Swartz, M.D.

University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA

Ian Jones, M.R.C.Psych., Ph.D.

Cardiff University School of Medicine, Cardiff, País de Gales, Reino Unido

- J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.**
McGill University, Montreal, Quebec, Canadá
- J. Paul Fedoroff, M.D.**
University of Ottawa, Ottawa, Ontário, Canadá
- James A. Bourgeois, O.D., M.D.**
University of California, San Francisco, School of Medicine, São Francisco, CA
- James E. Galvin, M.D., M.P.H.**
New York University School of Medicine, Nova York, NY
- James E. Mitchell, M.D.**
University of North Dakota School of Medicine and Health Sciences, Fargo, ND
- James Jackson, Ph.D.**
University of Michigan, Ann Arbor, MI
- James L. Levenson, M.D.**
Virginia Commonwealth University School of Medicine, Richmond, VA
- Jamie Miller Abelson, M.S.W.**
University of Michigan, Ann Arbor, MI
- Janna Gordon-Elliott, M.D.**
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- Jason P. Caplan, M.D.**
Creighton University School of Medicine e St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ
- Jeffrey H. Newcorn, M.D.**
Icahn School of Medicine em Mount Sinai, Nova York, NY
- Jennifer J. Thomas, Ph.D.**
Harvard Medical School e Massachusetts General Hospital, Boston, MA
- Jessica Daniels, M.D.**
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- John T. Walkup, M.D.**
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- John W. Barnhill, M.D.**
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- Jonathan Avery, M.D.**
New York University School of Medicine, Nova York, NY
- José R. Maldonado, M.D.**
Stanford University School of Medicine, Stanford, CA
- Joseph F. Goldberg, M.D.**
Icahn School of Medicine em Mount Sinai, Nova York, NY
- Joseph F. Murray, M.D.**
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- Juan D. Pedraza, M.D.**
Icahn School of Medicine em Mount Sinai, Nova York, NY
- Julie B. Penzner, M.D.**
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- Katharina Meyerbröker, Ph.D.**
Universiteit van Amsterdam, Amsterdã, Holanda
- Katharine A. Phillips, M.D.**
Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI
- Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.**
University of Rochester Medical Center, Rochester, NY
- Kimberly A. Yonkers, M.D.**
Yale School of Medicine, New Haven, CT
- Kristin Cadenhead, M.D.**
University of California, San Diego, La Jolla, CA
- Larry J. Siever, M.D.**
Icahn School of Medicine em Mount Sinai, Nova York, NY
- Lauren C. Zaluda, B.A.**
Icahn School of Medicine em Mount Sinai, Nova York, NY

Li Jin, D.O.

Baylor College of Medicine, Houston, TX

Lianne K. Morris Smith, M.D.

New York University School of Medicine,
Nova York, NY

Loes Jongerden, M.A.

Universiteit van Amsterdam, Amsterdã,
Holanda

Lorena Fernández de la Cruz, Ph.D.

King's College London, Londres, Reino
Unido

Lori L. Davis, M.D.

University of Alabama em Birmingham e
Tuscaloosa VA Medical Center, Tuscaloosa,
AL

Lorin M. Scher, M.D.

University of California, Davis, Medical
School, Sacramento, CA

Marc A. Schuckit, M.D.

University of California, San Diego, La
Jolla, CA

Margaret Altemus, M.D.

Weill Cornell Medical College e New York-
-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Maria A. Oquendo, M.D.

Columbia University College of Physicians
and Surgeons, New York-Presbyterian Hospital,
e New York State Psychiatric Institute, Nova York, NY

Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.

Geisel School of Medicine em Dartmouth,
Hanover, NH

Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.

Stanford University School of Medicine,
Stanford, CA

Mayumi Okuda, M.D.

Columbia University Medical Center e
New York-Presbyterian Hospital, Nova
York, NY

Megan Mroczkowski, M.D.

Weill Cornell Medical College e New York-
-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Melissa Nau, M.D.

University of California, San Francisco,
São Francisco, CA

Michael F. Walton, M.D.

New York University School of Medicine,
Nova York, NY

Michael Gitlin, M.D.

Geffen School of Medicine na University of
California, Los Angeles, Los Angeles, CA

Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc.

University of California, San Diego, La
Jolla, CA

Nancy J. Needell, M.D.

Weill Cornell Medical College e New York-
-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

Otto Kernberg, M.D.

Weill Cornell Medical College, Nova York,
NY, e New York-Presbyterian Hospital,
White Plains, NY

Paul S. Appelbaum, M.D.

Columbia University College of Physicians
and Surgeons e New York State Psychiatric
Institute, Nova York, NY

Peter D. Kramer, M.D.

Alpert Medical School of Brown Universi-
ty, Providence, RI

Peter V. Rabins, M.D., M.P.H.

Johns Hopkins School of Medicine, Balti-
more, MD

Petros Levounis, M.D., M.A.

Rutgers New Jersey Medical School e Uni-
versity Hospital, Newark, NJ

Rajiv Tandon, M.D.

University of Florida College of Medicine,
Gainesville, FL

Raymond Raad, M.D., M.P.H.

New York State Psychiatric Institute, Nova
York, NY

Richard A. Friedman, M.D.

Weill Cornell Medical College e New York-
-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

- Richard Balon, M.D.**
Wayne State University, Detroit, MI
- Richard J. Loewenstein, M.D.**
University of Maryland School of Medicine e Sheppard Pratt Health System, Baltimore, MD
- Robert Boland, M.D.**
Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI
- Robert E. Hales, M.D., M.B.A.**
University of California, Davis, School of Medicine, Sacramento, CA
- Robert Haskell, M.D.**
Geffen School of Medicine na University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA
- Robert L. Findling, M.D., M.B.A.**
Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD
- Robert Michels, M.D.**
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.**
Geffen School of Medicine na University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA
- Roberto Lewis-Fernández, M.D.**
Columbia University College of Physicians and Surgeons e New York State Psychiatric Institute, Nova York, NY
- Roger D. Weiss, M.D.**
Harvard Medical School, Boston, MA, e McLean Hospital, Belmont, MA
- Rosemary Tannock, Ph.D.**
University of Toronto, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontário, Canadá
- Russell F. Lim, M.D.**
University of California, Davis, School of Medicine, Sacramento, CA
- Ryan E. Lawrence, M.D.**
Columbia University College of Physicians and Surgeons e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- Salman Akhtar, M.D.**
Jefferson Medical College, Filadélfia, PA
- Silvia Bernardi, M.D.**
Columbia University College of Physicians and Surgeons e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- Stephan Heckers, M.D., M.Sc.**
Vanderbilt University, Nashville, TN
- Stephen J. Ferrando, M.D.**
Weill Cornell Medical College, Nova York, NY, e New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY
- Stephen Ross, M.D.**
New York University School of Medicine e Bellevue Hospital Center, Nova York, NY
- Stuart C. Yudofsky, M.D.**
Baylor College of Medicine, Houston, TX
- Susan Bögels, Ph.D.**
Universiteit van Amsterdam, Amsterdã, Holanda
- Susan L. McElroy, M.D.**
University of Cincinnati College of Medicine e Lindner Center of Hope, Mason, OH
- Susan Samuels, M.D.**
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY
- Theodore A. Stern, M.D.**
Harvard Medical School e Massachusetts General Hospital, Boston, MA
- Thomas R. Kosten, M.D.**
Baylor College of Medicine, Houston, TX
- Thomas W. Meeks, M.D.**
University of California, San Diego, La Jolla, CA
- Trisha Suppes, M.D., Ph.D.**
Stanford University School of Medicine, Stanford, CA
- Victoria E. Cosgrove, M.D.**
Stanford University School of Medicine, Stanford, CA

Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.
University of Washington, Seattle, WA

William C. Wood, M.D.
Weill Cornell Medical College e New York-Presbyterian Hospital, Nova York, NY

William S. Stone, Ph.D.
Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center e Massachusetts Mental Health Center, Boston, MA

Declaração de Interesses

Os seguintes colaboradores deste livro declararam interesse financeiro ou outro tipo de conexão com algum patrocinador comercial, fabricante de produto comercial, fornecedor de serviços comerciais, organização não governamental e/ou agência do governo:

Anthony J. Rothschild, M.D. *Apoio à pesquisa:* Cyberonics, National Institute of Mental Health, St Jude Medical e Takeda. *Consultoria:* Allergan, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Noven Pharmaceuticals, Pfizer, Shire e Sunovion. *Royalties:* American Psychiatric Publishing (livros) e University of Massachusetts Medical School (Escala Rothschild para Taquifilaxia de Antidepressivos RSAT®).

Arden Dingle, M.D. *Honorários de conferencista:* encontro anual da American Psychiatric Association (curso de Revisão em Psiquiatria), 2012, 2013. *Auxílio de custos para viagem:* American College of Psychiatrists, conferência PRITE.

Barbara L. Milrod, M.D. *Apoio à pesquisa:* Brain and Behavior Research Foundation, fundo da New York Community Trust estabelecido por DeWitt Wallace. *Royalties:* Taylor & Francis.

Charles F. Reynolds III, M.D. *Apoio farmacêutico a pesquisas patrocinadas pelo NIH:* Bristol-Myers Squibb, Forest, Pfizer, Lilly. *Apoio à pesquisa:* American Foundation for Suicide Prevention, Center for Medicare and Medicaid Services, Clinical and Translational Science Institute, Commonwealth of Pennsylvania, John A. Hartford Founda-

tion, National Center for Minority Health Disparities, National Heart Lung and Blood Institute, National Institute on Aging, National Institute of Mental Health, National Palliative Care Research Center, and Patient Centered Outcomes Research Institute. *Membro de Análise:* American Association for Geriatric Psychiatry. *Patente:* Dr. Reynolds é coinventor (Licença de Propriedade Intelectual) da análise psicométrica do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) PRO10050447 (PI: E. Buyses).

Edward V. Nunes, M.D. *Apoio à pesquisa:* Alkermes/Cephalon Inc. (medicamentos para pesquisas), HealthSim LLC (intervenção comportamental, com base na internet, para pesquisa em análise de dados), Reckitt-Benkiser (*kits* de estudo com placebo/Suboxone para pesquisa em análise de dados), Duramed Pharmaceuticals (naltrexona oral para pesquisa em análise de dados). Dr. Nunes (pesquisador principal) recebe apoio parcial da bolsa K24 DA022412 do National Institute on Drug Abuse.

Eve K. Freidl, M.D. *Apoio à pesquisa:* American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Pilot Research Award for Junior Faculty and Child and Adolescent Psychiatry Residents, financiado por Lilly, USA LLC.

Evelyn Attia, M.D. *Apoio à pesquisa:* Eli Lilly (exclusivamente estudo de medicamentos).

George S. Alexopoulos, M.D. *Apoio à pesquisa:* Forest. *Consultoria:* Otsuka, Pfizer. *Palestras:* AstraZeneca, Avanir, Novartis, Sunovion.

Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D. *Apoio à pesquisa para experimentos clínicos:* Janssen Pharmaceuticals (2006–2012) e Neuropharm Ltd (2009). *Conselho de Assessoria Científica:* Jazz Pharmaceuticals (para Luvox CR, 2007–2008) e Pfizer (para Lyrica, 2009–2010). *Consultoria:* Quiltiles Inc (sobre necessidades terapêuticas para transtorno obsessivo-compulsivo, 2012). *Royalties:* Cambridge University Press e UpToDate Inc.

Joseph F. Goldberg, M.D. *Palestras:* AstraZeneca, Merck, Mylan Pharmaceuticals, Novartis, Sunovian. *Consultoria:* Avanir, Medscape, Mylan Pharmaceuticals, WebMD.

Maria A. Oquendo, M.D. *Royalties:* pelo uso da Escala de Pontuação para Gravidez de Suicídio de Columbia. *Consultoria:* Pfizer, por avaliação de segurança de instalações clínicas, sem relação com o texto atual. *Bolsas educacionais e/ou honorários de conferencista sem restrições:* AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen, Otsuko, Pfizer, Sanofi-Aventis e Shire. *Ações:* a família da Dra. Oquendo possui ações da empresa Bristol-Myers Squibb.

Michael Gitlin, M.D. *Palestras:* Otsuka, Bristol-Myers Squibb.

Peter V. Rabins, M.D., M.P.H. *Consultoria:* Testemunho legal para Janssen Pharmaceuticals.

Robert L. Findling, M.D., M.B.A. *Apoio à pesquisa, consultoria e/ou palestras, 2012-2013:* American Psychiatric Publishing, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Clinsys, Cognition Group, Eli Lilly, Forest, GlaxoSmithKline, Guilford Press, Johnson & Johnson, KemPharm, Lundbeck, Merck, National Institutes of Health (NIH), Novartis, Otsuka, Oxford University Press, Pfizer, Physicians Postgraduate Press, Rhodes Pharmaceuticals, Roche, Sage, Shire, Stanley Medical Research Institute, Sunovion, Supernus Pharmaceuticals, Transcept Pharmaceuticals, Validus e WebMD.

Roberto Lewis-Fernández, M.D. *Apoio à pesquisa:* Eli Lilly (R. Lewis-Fernández, pesquisador principal).

Rosemary Tannock, Ph.D. *Financiamento de pesquisas:* Pearson-Cogmed. *Bolsa para viagens:* Janssen-Cilag (para apresentação programática em conferência internacional, Estocolmo).

Susan L. McElroy, M.D. *Consultoria/membro do conselho de assessoria, 2012-2013:* Bracket, Corcept, MedAvante, Shire, Sunovion, Teva. *Apoio à pesquisa como pesquisador principal ou copesquisador:* Agency for Healthcare Research and Quality, AstraZeneca, Cephalon, Eli Lilly, Forest, Marriott Foundation, National Institute of Mental Health, Orexigen Therapeutics, Pfizer, Shire, Takeda Pharmaceutical Co. Ltd, Transcept Pharmaceutical. *Patente:* Dr. McElroy é uma inventora com Patente Norte-americana No. 6,323,236 B2, Uso de Derivados de Sulfamato para Tratamento de Tornos do Controle de Impulsos, e, junto ao cessionário da patente, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, recebeu pagamentos de Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development, LLC, que detém direitos exclusivos sob a patente.

Trisha Suppes, M.D., Ph.D. *Financiamento para pesquisa ou medicamentos para bolsas clínicas:* Elan Pharma International Ltd, National Institute of Mental Health, Sunovion Pharmaceuticals, VA Cooperative Studies Program. *Consultoria/Conselho de Assessoria:* H. Lundbeck A/S, Sunovion. *Honorários:* HealthmattersCME (educação médica continuada), Omnia-Prova-Education Collaborative Inc. *Royalties:* Jones & Bartlett (anteriormente Compact Clinicals). *Ajuda de custos para viagem:* American Psychiatric Association, H. Lundbeck A/S, Omnia-Prova, Sunovion.

Os colaboradores a seguir declararam que não apresentam conflito de interesses nem conexões financeiras relacionadas ao conteúdo deste livro:

Alan M. Steinberg, Ph.D.

Andrea DiMartini, M.D.

Anna Dickerman, M.D.

Arshya Vahabzadeh, M.D.

Catherine Crone, M.D.

Charles L. Scott, M.D.

Christopher M. Layne, M.D.

Christopher McDougle, M.D.

Cynthia A. Pfeffer, M.D.

David H. Rubin, M.D.

Deborah L. Cabaniss, M.D.

Donald M. Hilty, M.D.

- Eugene Beresin, M.D.
Heather B. Howell, M.S.W.
Heather Warm, M.D.
J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.
J. Paul Fedoroff, M.D.
James A. Bourgeois, O.D., M.D.
James E. Galvin, M.D., M.P.H.
James E. Mitchell, M.D.
James L. Levenson, M.D.
Jamie Miller Abelson, M.S.W.
Janna Gordon-Elliott, M.D.
Jason P. Caplan, M.D.
Jessica Daniels, M.D.
John W. Barnhill, M.D.
Joseph F. Murray, M.D.
Juan D. Pedraza, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Kristin Cadenhead, M.D.
Lauren C. Zaluda, B.A.
Li Jin, D.O.
Lianne K. Morris Smith, M.D.
Lori L. Davis, M.D.
Lorin M. Scher, M.D.
Marc A. Schuckit, M.D.
Margaret Altemus, M.D.
Matthew J. Friedman, M.D., PhD.
Mayumi Okuda, M.D.
Melissa Nau, M.D.
Michael F. Walton, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Petros Levounis, M.D., M.A.
Richard Balon, M.D.
Richard J. Loewenstein, M.D.
Robert Michels, M.D.
Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.
Roger D. Weiss, M.D.
Russell F. Lim, M.D.
Silvia Bernardi, M.D.
Stephan Heckers, M.D., M.Sc.
Stephen J. Ferrando, M.D.
Stephen Ross, M.D.
Susan Samuels, M.D.
William C. Wood, M.D.
William S. Stone, Ph.D.

Sumário

| | |
|--|--------------|
| Agradecimentos | xxiii |
| Introdução..... | xxv |
| Uma Nota Sobre Este Livro..... | xxix |
| 1 Transtornos do Neurodesenvolvimento..... | 1 |
| Introdução..... | 1 |
| <i>Robert Haskell</i> | |
| Caso 1.1 Uma Segunda Opinião para Autismo | 3 |
| <i>Catherine Lord</i> | |
| Caso 1.2 Ataques de Raiva..... | 7 |
| <i>Arshya Vahabzadeh</i> | |
| <i>Eugene Beresin</i> | |
| <i>Christopher McDougle</i> | |
| Caso 1.3 Dificuldades Acadêmicas | 9 |
| <i>Rosemary Tannock</i> | |
| Caso 1.4 Problemas Escolares | 12 |
| <i>Arden Dingle</i> | |
| Caso 1.5 Inquieto e Distraído | 15 |
| <i>Robert Haskell</i> | |
| <i>John T. Walkup</i> | |
| 2 Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos | 19 |
| Introdução..... | 19 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 2.1 Perturbada Emocionalmente..... | 21 |
| <i>Carol A. Tamminga</i> | |

| | |
|---|-----------|
| Caso 2.2 Cada Vez Mais Estranho | 24 |
| <i>Ming T. Tsuang</i> | |
| <i>William S. Stone</i> | |
| Caso 2.3 Alucinações de Natureza Espiritual..... | 26 |
| <i>Lianne K. Morris Smith</i> | |
| <i>Dolores Malaspina</i> | |
| Caso 2.4 Controle da Mente | 30 |
| <i>Rajiv Tandon</i> | |
| Caso 2.5 Triste e Psicótico | 32 |
| <i>Stephan Heckers</i> | |
| Caso 2.6 Psicose e Cannabis | 35 |
| <i>Melissa Nau</i> | |
| <i>Heather Warm</i> | |
| Caso 2.7 Infestação de Pulgas | 38 |
| <i>Julie B. Penzner</i> | |
| 3 Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados..... | 41 |
| Introdução..... | 41 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 3.1 Perturbado Emocionalmente..... | 44 |
| <i>Donald M. Hilty</i> | |
| Caso 3.2 Ciclos de Depressão | 47 |
| <i>Michael Gitlin</i> | |
| Caso 3.3 Preocupação Suicida..... | 50 |
| <i>Maria A. Oquendo</i> | |
| Caso 3.4 Depressões Episódicas | 53 |
| <i>Victoria E. Cosgrove</i> | |
| <i>Trisha Suppes</i> | |
| Caso 3.5 Irritabilidade e Tristeza..... | 56 |
| <i>Robert L. Findling</i> | |
| Caso 3.6 Deus me Curou! | 59 |
| <i>Stephen J. Ferrando</i> | |
| Caso 3.7 Estranhamente Calado | 62 |
| <i>Jessica Daniels</i> | |

| | |
|--|------------|
| Caso 3.8 Uma Mudança Pós-parto..... | 65 |
| <i>Ian Jones</i> | |
| Caso 3.9 Ansiedade..... | 68 |
| <i>Holly A. Swartz</i> | |
| 4 Transtornos Depressivos..... | 71 |
| Introdução..... | 71 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 4.1 Instável e Irritável..... | 73 |
| <i>William C. Wood</i> | |
| Caso 4.2 Tristeza Pós-parto | 76 |
| <i>Kimberly A. Yonkers</i> | |
| <i>Heather B. Howell</i> | |
| Caso 4.3 Luto e Depressão..... | 79 |
| <i>Richard A. Friedman</i> | |
| Caso 4.4 Perda de Interesse na Vida | 82 |
| <i>Anthony J. Rothschild</i> | |
| Caso 4.5 Desespero | 84 |
| <i>Cheryl Munday</i> | |
| <i>Jamie Miller Abelson</i> | |
| <i>James Jackson</i> | |
| Caso 4.6 Sentindo-se Triste Há Anos..... | 87 |
| <i>Benjamin Brody</i> | |
| Caso 4.7 Oscilações do Humor..... | 89 |
| <i>Margaret Altemus</i> | |
| Caso 4.8 Estresse, Drogas e Infelicidade..... | 91 |
| <i>Edward V. Nunes</i> | |
| Caso 4.9 Enfrentando a Doença de Parkinson..... | 94 |
| <i>Thomas W. Meeks</i> | |
| Caso 4.10 Oscilações Situacionais do Humor..... | 97 |
| <i>Joseph F. Goldberg</i> | |
| Caso 4.11 Em Apuros | 100 |
| <i>Peter D. Kramer</i> | |
| Caso 4.12 Insônia e Queixas Físicas | 103 |
| <i>Russell F. Lim</i> | |

| | |
|---|------------|
| 5 Transtornos de Ansiedade | 107 |
| Introdução..... | 107 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 5.1 Medos e Preocupações..... | 109 |
| <i>Loes Jongerden</i> | |
| <i>Susan Bögels</i> | |
| Caso 5.2 Pânico..... | 111 |
| <i>Carlo Faravelli</i> | |
| Caso 5.3 Timidez Adolescentes..... | 114 |
| <i>Barbara L. Milrod</i> | |
| Caso 5.4 Medo de Voar..... | 117 |
| <i>Katharina Meyerbröker</i> | |
| Caso 5.5 Sempre Nervosa..... | 119 |
| <i>Ryan E. Lawrence</i> | |
| <i>Deborah L. Cabaniss</i> | |
| Caso 5.6 Ansiedade e Cirrose..... | 121 |
| <i>Andrea DiMartini</i> | |
| <i>Catherine Crone</i> | |
| 6 Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados | 125 |
| Introdução..... | 125 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 6.1 Depressão | 127 |
| <i>Mayumi Okuda</i> | |
| <i>Helen Blair Simpson</i> | |
| Caso 6.2 Germes | 130 |
| <i>Dan J. Stein</i> | |
| <i>Helen Blair Simpson</i> | |
| <i>Katharine A. Phillips</i> | |
| Caso 6.3 Preocupações com a Aparência | 132 |
| <i>Katharine A. Phillips</i> | |
| Caso 6.4 Depressão e Ansiedade..... | 135 |
| <i>David Mataix-Cols</i> | |
| <i>Lorena Fernández de la Cruz</i> | |

| | |
|--|------------|
| Caso 6.5 Arrancar o Cabelo | 137 |
| <i>Dan J. Stein</i> | |
| 7 Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores | 141 |
| Introdução..... | 141 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 7.1 Comportamentos Perigosos | 143 |
| <i>Daniel S. Schechter</i> | |
| Caso 7.2 Duas Reações ao Trauma | 146 |
| <i>Matthew J. Friedman</i> | |
| Caso 7.3 Um Acidente de Carro | 148 |
| <i>Robert S. Pynoos</i> | |
| <i>Alan M. Steinberg</i> | |
| <i>Christopher M. Layne</i> | |
| Caso 7.4 Provocado Facilmente..... | 150 |
| <i>Lori L. Davis</i> | |
| Caso 7.5 Estressado | 153 |
| <i>Cheryl Munday</i> | |
| <i>Jamie Miller Abelson</i> | |
| <i>James Jackson</i> | |
| Caso 7.6 Câncer de Pulmão | 156 |
| <i>Anna Dickerman</i> | |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 7.7 Overdose | 158 |
| <i>Megan Mroczkowski</i> | |
| <i>Cynthia R. Pfeffer</i> | |
| 8 Transtornos Dissociativos..... | 161 |
| Introdução..... | 161 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 8.1 Triste e Sozinha | 163 |
| <i>Richard J. Loewenstein</i> | |
| Caso 8.2 Desconectado | 166 |
| <i>Daphne Simeon</i> | |

| | |
|--|------------|
| Caso 8.3 Dissociações | 169 |
| <i>Roberto Lewis-Fernández</i> | |
| 9 Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados | 173 |
| Introdução..... | 173 |
| <i>Anna Dickerman</i> | |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 9.1 Dor e Depressão..... | 175 |
| <i>James A. Bourgeois</i> | |
| Caso 9.2 Queixas Somáticas | 178 |
| <i>James L. Levenson</i> | |
| Caso 9.3 Doença de Lyme Crônica..... | 180 |
| <i>Robert Boland</i> | |
| Caso 9.4 Convulsões..... | 183 |
| <i>Jason P. Caplan</i> | |
| <i>Theodore A. Stern</i> | |
| Caso 9.5 Dor Abdominal | 186 |
| <i>Joseph F. Murray</i> | |
| Caso 9.6 Falta de Ar | 189 |
| <i>Janna Gordon-Elliott</i> | |
| 10 Transtornos Alimentares..... | 193 |
| Introdução..... | 193 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 10.1 Dor de Barriga | 195 |
| <i>Susan Samuels</i> | |
| Caso 10.2 Curva de Crescimento em Queda..... | 198 |
| <i>Eve K. Freidl</i> | |
| <i>Evelyn Attia</i> | |
| Caso 10.3 Cefaleias e Fadiga | 200 |
| <i>Jennifer J. Thomas</i> | |
| <i>Anne E. Becker</i> | |
| Caso 10.4 Vômitos..... | 204 |
| <i>James E. Mitchell</i> | |

| | |
|--|------------|
| Caso 10.5 Ganho de Peso..... | 206 |
| <i>Susan L. McElroy</i> | |
| 11 Transtornos da Eliminação | 209 |
| Introdução..... | 209 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 11.1 Ataques de Raiva e Queixas Somáticas | 210 |
| <i>David H. Rubin</i> | |
| 12 Transtornos do Sono-Vigília | 215 |
| Introdução..... | 215 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 12.1 Dificuldade de Manter o Sono..... | 217 |
| <i>Charles F. Reynolds III</i> | |
| Caso 12.2 Ansiosa e Sonolenta | 220 |
| <i>Maurice M. Ohayon</i> | |
| Caso 12.3 Sonolência | 223 |
| <i>Brian Palen</i> | |
| <i>Vishesh K. Kapur</i> | |
| Caso 12.4 Coceira e Formigamento | 225 |
| <i>Kathy P. Parker</i> | |
| 13 Disfunções Sexuais | 229 |
| Introdução..... | 229 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 13.1 Disfunção Sexual | 230 |
| <i>Cynthia A. Graham</i> | |
| Caso 13.2 Problemas Sexuais | 233 |
| <i>Richard Balon</i> | |
| 14 Disforia de Gênero | 237 |
| Introdução..... | 237 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 14.1 Readequação Sexual..... | 239 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| <i>Friedemann Pfäfflin</i> | |

| | |
|---|------------|
| 15 Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta | 243 |
| Introdução..... | 243 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 15.1 Desconhece as Regras | 245 |
| <i>Juan D. Pedraza</i> | |
| <i>Jeffrey H. Newcorn</i> | |
| Caso 15.2 Convivência Impossível..... | 248 |
| <i>Emil F. Coccaro</i> | |
| 16 Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos..... | 251 |
| Introdução..... | 251 |
| <i>Jonathan Avery</i> | |
| Caso 16.1 Um Alcoolista “Típico”..... | 253 |
| <i>Marc A. Schuckit</i> | |
| Caso 16.2 Abstinência de Álcool | 255 |
| <i>Roger D. Weiss</i> | |
| Caso 16.3 Adição..... | 257 |
| <i>Petros Levounis</i> | |
| Caso 16.4 Dores no Joelho..... | 260 |
| <i>Jonathan Avery</i> | |
| <i>Stephen Ross</i> | |
| Caso 16.5 Rumo ao Fundo do Poço..... | 263 |
| <i>Charles H. Silberstein</i> | |
| Caso 16.6 Estresse e Abuso de Substância..... | 266 |
| <i>Li Jin</i> | |
| <i>Daryl Shorter</i> | |
| <i>Coreen Domingo</i> | |
| <i>Thomas R. Kosten</i> | |
| Caso 16.7 Jogo | 269 |
| <i>Silvia Bernardi</i> | |
| <i>Carlos Blanco</i> | |

| | |
|---|------------|
| 17 Transtornos Neurocognitivos | 273 |
| Introdução | 273 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 17.1 Disfória | 275 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 17.2 Agitado e Confuso | 278 |
| <i>José R. Maldonado</i> | |
| Caso 17.3 Deprimido e Retraído..... | 280 |
| <i>Peter V. Rabins</i> | |
| Caso 17.4 Desganhada e Esgotada | 283 |
| <i>George S. Alexopoulos</i> | |
| Caso 17.5 Rígido e Esquecido | 286 |
| <i>James E. Galvin</i> | |
| Caso 17.6 Paranoia e Alucinações | 289 |
| <i>Lorin M. Scher</i> | |
| <i>Barbara J. Kocsis</i> | |
| Caso 17.7 Repentinamente Rebelde | 292 |
| <i>Stuart C. Yudofsky</i> | |
| <i>Robert E. Hales</i> | |
| 18 Transtornos da Personalidade | 297 |
| Introdução | 297 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 18.1 Conflitos de Personalidade | 300 |
| <i>Larry J. Siever</i> | |
| <i>Lauren C. Zaluda</i> | |
| Caso 18.2 Estranhamente Isolado | 303 |
| <i>Salman Akhtar</i> | |
| Caso 18.3 Preocupado e Estranhamente Obsessivo..... | 306 |
| <i>Kristin Cadenhead</i> | |
| Caso 18.4 Injustiça | 308 |
| <i>Charles L. Scott</i> | |

| | |
|--|------------|
| Caso 18.5 Frágil e Zangada | 311 |
| <i>Frank Yeomans</i> | |
| <i>Otto Kernberg</i> | |
| Caso 18.6 Ameaça Suicida Angustiante..... | 314 |
| <i>Elizabeth L. Auchincloss</i> | |
| Caso 18.7 Insatisfação | 317 |
| <i>Robert Michels</i> | |
| Caso 18.8 Timidez | 320 |
| <i>J. Christopher Perry</i> | |
| Caso 18.9 Falta de Autoconfiança | 322 |
| <i>Raymond Raad</i> | |
| <i>Paul S. Appelbaum</i> | |
| Caso 18.10 Controle do Relacionamento..... | 325 |
| <i>Michael F. Walton</i> | |
| 19 Transtornos Parafílicos | 329 |
| Introdução..... | 329 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Caso 19.1 Sadismo | 332 |
| <i>J. Paul Fedoroff</i> | |
| Caso 19.2 Problemas de Relacionamento | 335 |
| <i>Richard Balon</i> | |
| Caso 19.3 Crimes Sexuais..... | 337 |
| <i>Nancy J. Needell</i> | |
| Caso 19.4 Algumas Taras | 341 |
| <i>John W. Barnhill</i> | |
| Índice..... | 345 |

Agradecimentos

Mais de cem autores contribuíram para *Casos clínicos do DSM-5*, em sua maioria psiquiatras, mas o grupo inclui também profissionais das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem e sociologia. Quase ninguém declinou o convite para escrever para este livro, e, portanto, não pude convidar vários colaboradores potenciais – incluindo vários vizinhos de corredor – que certamente entregariam trabalhos estupendos. Alguns autores desta obra participaram da criação do DSM-5, mas não a maioria, e outros publicaram artigos com uma visão cética em relação aos primeiros esboços do DSM-5. Todos eles lidaram com restrições significativas de tópicos e espaço e escreveram a versão preliminar de seus textos antes da versão final do DSM-5. Apesar de suas agendas lotadas, responderam profissionalmente a correções, perguntas e lembretes enviados por e-mail e, com frequência, contribuíram com ideias e críticas muito bem-vindas. Sua flexibilidade, perícia e esforços são o alicerce deste livro.

Robert Hales, Rebecca Rinehart, John McDuffie, Greg Kuny, Roxanne Rhodes e outros integrantes da equipe da American Psychiatric Publishing (APP) foram constantemente atenciosos e encorajadores ao conduzirem este projeto desde a sua concepção. Destaca-se a atitude da APP de fomentar a diversidade de opiniões durante o contínuo imbróglio que acompanhou a publicação do DSM-5.

Na instituição em que trabalho, Janna Gordon-Elliott, Joseph Murray e Susan Samuels merecem um agradecimento especial por seus esforços na consultoria-ligaçāo enquanto eu editava este livro. Também

gostaria de reconhecer Jack Barchas, Robert Michels e Philip Wilner por seus esforços no desenvolvimento do DeWitt Wallace Fund, que torna mais factível uma variedade de projetos de departamentos acadêmicos.

Muitas pessoas contribuíram com sugestões e/ou casos. Entre elas, os membros do conselho editorial e os autores, bem como pessoas como Michael First, Mary Margaret Gleason, Dagmar Herzog, Steven Hyman, Kenneth Kendler, Ron Kessler, Seth Kleinerman, Christin Kidd, David Kupfer, Akshay Lohitsa, Elizabeth Niemiec, Charles O'Brien, John Oldham, Babu Rankupalli e Samuel Weisblatt.

Os cinco jovens psiquiatras que trabalharam no conselho editorial deste livro (listados na página xxiv) foram selecionados de um grupo extraordinário de *trainees* do New York Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical College. Eles ajudaram a estruturar o livro, criar os casos e editar os artigos. Assumiram cargos acadêmicos quando o livro estava no prelo, mas cada um contribuiu imensamente para o produto final.

A pessoa que colaborou da forma mais imprescindível para meus esforços, aqui e em outras instâncias, foi a editora e crítica de três anos de idade, Katherine Barnhill, que sugeriu a inclusão de “muitas imagens”. Embora, afinal, o livro não tenha incluído desenhos coloridos e fotografias, esperamos que ele realmente apresente instantâneos clínicos detalhados que deem vida aos diagnósticos e propiciem melhor compreensão e tratamento das pessoas reais que buscam nossa ajuda.

J.W.B.

Conselho Editorial

- **Jonathan Avery, M.D.**, Fellow em Psiquiatria de Adição, New York University School of Medicine
- **Anna Dickerman, M.D.**, Fellow em Medicina Psicossomática, New York Presbyterian Hospital/Columbia University Medical Center
- **Alexander Harris, M.D., Ph.D.**, Fellow em pós-doutorado em Transtornos Afetivos, de Ansiedade e Transtornos Associados; Pesquisador, Departamento de Psiquiatria, Columbia University College of Physicians and Surgeons
- **Robert Haskell, M.D.**, Fellow de pesquisa em Psiquiatria Infantil e Adolescente, University of California, Los Angeles
- **Raymond Raad, M.D., M.P.H.**, Fellow de pesquisa em Psiquiatria Forense, New York State Psychiatric Institute; Candidato Psicanalítico, Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research

Introdução

A proposta de *Casos clínicos do DSM-5* é acompanhar a quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), criado e publicado pela American Psychiatric Association. Os dois livros compartilham uma estrutura básica (os títulos dos 19 capítulos deste livro são idênticos aos títulos dos primeiros 19 capítulos do DSM-5) e um objetivo principal (relevância clínica). Ambos explicitam os critérios para diversos diagnósticos psiquiátricos e podem ser usados por pessoas de fora da área da saúde mental, embora enfatizem que o julgamento clínico experiente costuma ser necessário para diferenciar o que é normal do que é patológico em relação ao estabelecimento de um diagnóstico geral, à avaliação de critérios diagnósticos específicos e à identificação de comorbidades importantes.

No entanto, *Casos clínicos do DSM-5* apresenta uma diferença fundamental do DSM-5 quanto à apresentação de informações. Em cada um dos 19 capítulos constam casos escolhidos para demonstrar um ou mais diagnósticos do DSM-5, e cada um dos casos (103 ao total) é seguido de uma breve discussão diagnóstica. Alguns casos foram escolhidos para destacar diagnósticos comuns, enquanto outros foram escolhidos para destacar as ambiguidades e controvérsias que transformaram a discussão sobre o DSM-5 em um debate acalorado. As apresentações de caso podem incluir muitas informações, mas não necessariamente todas as informações

que podem fundamentar um diagnóstico. Alguns pacientes são evidentemente sinceros; outros apresentam informações incertas, incompletas, enganosas ou falsas. Alguns procuraram avaliação ambulatorial por vontade própria; outros foram levados por cônjuges, amigos ou pela polícia. Em certas ocasiões, um diagnóstico de mútuo acordo pode ser determinado rapidamente. Em outras, informações fundamentais podem não ser reveladas antes do fim da apresentação. Em outras, ainda, o diagnóstico pode não ficar evidente até que o interlocutor esclareça o que aparentemente eram informações incompletas ou contraditórias. Em outras palavras, as apresentações de caso refletem a experiência clínica cotidiana.

Pedi-se a cada um dos autores que analisasse o processo de pensamento que poderia conduzir a uma compreensão diagnóstica do paciente. O limite de aproximadamente mil palavras para a combinação de apresentação e discussão do caso indica que nenhuma das duas é exaustiva, mas essa mesma concisão permite que o livro destaque as formas pelas quais os clínicos experientes convertem dados clínicos complexos em um diagnóstico diferencial; também permite que o leitor tenha uma experiência de aprendizado específica de uma vez só.

Solicitou-se a cada um dos autores que estabelecesse um diagnóstico relacionado ao caso. Conforme a explicação presente no DSM-5, o diagnóstico principal se refe-

re ao diagnóstico que aparentemente mais contribuiu para levar um indivíduo ao serviço psiquiátrico ambulatorial ou à internação. Solicitou-se, ainda, que estabelecessem quaisquer diagnósticos prováveis de comorbidade.

A discussão sobre cada caso individual, bem como a introdução de cada capítulo, leva em consideração as mudanças em relação ao DSM-IV. Além das alterações que afetam cada diagnóstico, o DSM-5 introduz mudanças mais abrangentes, relacionadas à classificação de transtornos. O sistema de eixos, por exemplo, deixou de ser utilizado, mas os componentes individuais continuam sendo parte da avaliação clínica. O DSM-5 indica que todos os diagnósticos psiquiátricos e médicos pertinentes devem ser listados em conjunto, em vez de diferenciados em Eixo I, II ou III. O enfoque nos problemas psicossociais e ambientais pertinentes (Eixo IV do DSM-IV) continua sendo importante para a avaliação clínica. Para melhor categorizar os estressores psicossociais, o DSM-5 utiliza o sistema desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio dos códigos V listados na CID-9 e dos códigos Z que serão abordados na CID-10. O Eixo V consistia na Avaliação Global de Funcionamento (AGF), mas esse instrumento não tinha clareza, e sua psicométrica era questionável, o que levou o DSM-5 a sugerir, em seu lugar, o uso da Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS), a qual consta na Seção III do DSM-5.

Uma segunda mudança abrangente da classificação é o agrupamento de categorias diagnósticas amplas de forma a corresponder a questões do desenvolvimento e do ciclo vital. Por exemplo, o DSM-5 inicia com diagnósticos que, acredita-se, refletem processos de desenvolvimento que se manifestam no início da vida (p. ex., transtornos do neurodesenvolvimento), prossegue para diagnósticos que geralmente evoluem um pouco depois (p. ex., espectro da esquizofrenia, transtornos bipolar, depressivo e de ansiedade) e termina com

diagnósticos mais relevantes à idade adulta e à terceira idade (p. ex., transtornos neurocognitivos). Realizou-se um esforço semelhante dentro de cada categoria diagnóstica. Por exemplo, pica abre o capítulo sobre transtornos alimentares, enquanto o capítulo sobre transtornos depressivos inicia com a discussão sobre um novo diagnóstico do DSM-5, o transtorno disruptivo de desregulação do humor.

Uma discussão mais detalhada sobre as alterações do DSM-5 é delineada na introdução de cada capítulo, bem como nas discussões de cada caso.

A estrutura de *Casos clínicos do DSM-5* foi elaborada para contemplar os diagnósticos presentes nos primeiros 19 capítulos na Seção II do DSM-5 (a Seção I é uma introdução). Questões presentes nos capítulos finais da Seção II são discutidas nos casos que permeiam este livro. Por exemplo, o vigésimo primeiro capítulo do DSM-5 é voltado para os efeitos adversos de medicamentos, como síndrome neuroléptica maligna ou distonia induzida por medicamentos. O vigésimo segundo apresenta condições que podem se tornar foco de atenção clínica, mas não constituem transtornos mentais. Entre essas condições estão problemas familiares, econômicos e outros problemas psicossociais detalhados com dezenas de códigos V e códigos Z conforme já descrito. Assim como os efeitos adversos de medicamentos, essas questões psicossociais são abordadas, sempre que necessário, em todo o livro.

Embora os critérios diagnósticos na Seção II do DSM-5 tenham sofrido uma profunda reavaliação, ainda não há evidências científicas disponíveis para sustentar o amplo uso das ferramentas, das técnicas e dos diagnósticos discutidos na Seção III. Ainda assim, as discussões apresentadas neste livro consideram algumas dessas ferramentas (p. ex., a entrevista de formulação cultural) e diagnósticos (p. ex., novos modelos para o diagnóstico de transtornos da personalidade, síndrome da psicose atenuada e automutilação não suicida) dessa

seção. O DSM-5 encerra com um Apêndice que inclui considerações sobre algumas das alterações do DSM-IV para o DSM-5, um glossário de termos técnicos e um glossário de conceitos culturais de sofrimento. *Casos clínicos do DSM-5* inclui exemplos nos quais esses itens são usados, mas recomenda-se que o leitor leia o DSM-5 para uma discussão mais aprofundada de todos os aspectos do diagnóstico psiquiátrico.

Os indivíduos sofrem de vários tipos de comportamentos, sentimentos e pen-

samentos, e o manual diagnóstico de nossa profissão, o DSM-5, reflete uma compreensão, baseada em evidências, dessa complexidade. Sem o conhecimento e o discernimento clínico, no entanto, mesmo o melhor manual não propiciará uma compreensão mais eficaz dos pacientes. *Casos clínicos do DSM-5* busca ajudar o leitor a cultivar sua habilidade clínica e a aprender como fazer um uso competente do que há de mais atual em termos de compreensão do diagnóstico psiquiátrico.

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

Uma Nota Sobre Este Livro

As vinhetas de caso e as discussões são a parte fundamental de *Casos clínicos do DSM-5*. Os casos são agrupados de acordo com as categorias diagnósticas do DSM-5, de forma que um caso cujo diagnóstico principal é autismo encontra-se no primeiro capítulo, junto a outros transtornos do neurodesenvolvimento. Alguns casos foram escolhidos por apresentar comorbidades, controvérsias e ambiguidades, mas vários outros foram selecionados para apresentar exemplos relativamente bem definidos de transtornos do DSM-5.

Solicitou-se aos autores dos casos e das discussões que trabalhassem dentro de um conjunto de restrições significativas. Os textos deveriam ser curtos e se concentrar no diagnóstico em vez de no tratamento. Além de demonstrar como os critérios do DSM-5 se aplicam ao caso, os autores poderiam optar por explorar um diagnóstico diferencial, comorbidades ou uma formulação cultural, mas não podiam esperar detalhar o assunto quando limitados a aproximadamente 500 palavras. Solicitou-se também que estabelecessem diagnósticos com base no material

do caso. Como os casos eram curtos e com frequência incompletos propositalmente, a discussão diagnóstica às vezes se encerra com o mesmo tipo de certeza hesitante que é comum na prática clínica. Por fim, como a intenção das discussões era promover questionamentos, pediu-se aos autores que fornecessem recomendações de leitura em vez de referências.

Os casos baseiam-se em pacientes reais cujas identidades foram preservadas. Depois da finalização dos casos e das discussões, os organizadores escolheram nomes para todos os pacientes. Nosso protocolo foi fornecer nomes em ordem alfabética, sendo que pacientes com menos de 20 anos receberam apenas um primeiro nome. Esforçamo-nos para escolher nomes que refletissem o mosaico cultural norte-americano e não fossem – aleatoriamente – nomes de pessoas que pudesse ser confundidas com os pacientes reais dos autores; caso algum dos nomes e das características clínicas se parecesse com os de uma pessoa real, essa seria a coincidência que tentaríamos evitar.

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 1

Transtornos do Neurodesenvolvimento

INTRODUÇÃO

Robert Haskell

Em sua abordagem às doenças mentais ao longo do ciclo de vida de um paciente, o DSM-5 naturalmente inicia pelos transtornos do neurodesenvolvimento. Como grupo, esses transtornos costumam ser diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência. Individualmente, eles sofreram um misto de redução, reorganização e esclarecimento, incluindo uma das mudanças mais controversas do DSM-5 – a definição de autismo e seus critérios diagnósticos.

No DSM-5, o transtorno do espectro autista (TEA) descreve pacientes anteriormente divididos entre transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Rett e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, que agora não são

mais considerados entidades clínicas distintas. Os novos critérios incluem: 1) déficits persistentes e globais em comunicação e interação social e 2) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Com essa definição, o transtorno do espectro autista pode ser subcategorizado pela presença ou ausência de comprometimento intelectual e/ou de alguma condição médica associada. Além disso, a identificação de três níveis de gravidade ajuda a clarificar a necessidade de serviços adicionais de atendimento social ou profissional. Por exemplo, um paciente que exige “apoio muito substancial” pode exibir inflexibilidade comportamental extrema ou ter 20 palavras inteligíveis em seu discurso.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) continua sendo sub-

2 Casos Clínicos do DSM-5

dividido em duas dimensões de sintomas (desatenção e hiperatividade/impulsividade), sendo um requisito básico a presença de, no mínimo, seis sintomas de uma ou de ambas as dimensões. Por exemplo, a desatenção pode ser percebida pela presença de comportamentos como cometimento de erros por descuido, incapacidade de terminar o dever de casa e perda de livros. Critérios para hiperatividade/impulsividade incluem inquietação, falta de paciência e loquacidade. Seu diagnóstico geralmente é incompleto quando não há a inclusão de especificadores dimensionais (predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo ou combinado). Vários desses sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade, uma alteração em relação ao requisito do DSM-IV de que os sintomas causadores do prejuízo deviam estar presentes antes dos 7 anos. Outra mudança é a redução na quantidade de critérios sintomáticos para adultos: de seis para cinco dentro de uma dimensão específica. Essas duas últimas alterações refletem evidências de que “afrouxar” os critérios permite a identificação de indivíduos que apresentam sintomas, sofrimento e disfunção bastante semelhantes aos de indivíduos já diagnosticados com TDAH e que potencialmente podem se beneficiar de atendimento clínico. Assim como em todo o DSM-5, fica a cargo do clínico diagnosticar apenas os indivíduos que satisfazem critérios sintomáticos e cujos níveis de sofrimento e disfunção atingem um limiar clínico relevante.

Em adaptação ao jargão utilizado pela legislação federal e aos termos usados por profissionais sensíveis, o DSM-5 substituiu a expressão *retardo mental* por *deficiência intelectual*. Os três critérios fundamentais permanecem inalterados: déficits na função intelectual e na adaptação (em áreas como comunicação, trabalho ou lazer), bem como início em idade precoce. No entanto, o diagnóstico não depende mais de testes formais de inteligência. Em vez disso, o DSM-5 convida o clínico a realizar uma avaliação global da gravidade, de

leve a profunda, de acordo com três áreas importantes da vida: conceitual, social e prática. Por exemplo, uma pessoa com uma deficiência intelectual grave pode ter pouca compreensão de conceitos como tempo ou dinheiro, pode usar a linguagem para comunicar, mas não para explicar, e provavelmente necessita de assistência para todas as atividades da vida cotidiana.

Transtornos da comunicação observados pela primeira vez na infância incluem: transtorno da linguagem (anteriormente dividido em transtornos da linguagem expressiva e da linguagem receptiva); transtorno da fala, no qual o paciente exibe comprometimento na capacidade de produzir os elementos básicos das palavras, mas não apresenta condição médica congênita nem adquirida que explique o comprometimento; transtorno da fluência com início na infância (gagueira); e um novo diagnóstico: transtorno da comunicação social (pragmática), no qual o paciente exibe dificuldades persistentes no uso social de comunicação verbal e não verbal – muito provavelmente um nicho diagnóstico para alguns dos indivíduos que apresentam traços de TEA, mas não satisfazem todos os critérios.

O transtorno específico da aprendizagem é um novo diagnóstico abrangente dentro do DSM-5. Especificadores para leitura, expressão escrita e matemática foram elaborados para auxiliar professores e pais a manter o foco em necessidades acadêmicas mais específicas da criança.

O capítulo sobre transtornos do neurodesenvolvimento se encerra com os transtornos motores, incluindo o transtorno do desenvolvimento da coordenação, o transtorno do movimento estereotipado e os transtornos de tique. Um tique é um movimento não rítmico de curta duração e de início repentino. Tais movimentos podem ser divididos em tiques motores, como dar de ombros e piscadelas, e tiques vocais, como fungar, guinchar e produzir espontaneamente uma palavra ou frase. O transtorno de Tourette é o mais complexo entre os transtornos de tique, descreve pacien-

tes que exibem múltiplos tiques motores e pelo menos um tique vocal durante período superior a um ano e que não podem ter esses sintomas explicados por uma condição médica nem pelos efeitos fisiológicos de uma substância como cocaína.

Inevitavelmente, os transtornos do neurodesenvolvimento compartilham sintomas com uma ampla gama de doenças psiquiátricas. Os clínicos devem examinar diagnósticos diferenciais cientes de que o diferencial é muito mais amplo no caso de crianças com até 12 anos. Algumas vezes os transtornos do neurodesenvolvimento contribuem para o surgimento de outros transtornos; por exemplo, um transtorno da aprendizagem pode causar ansiedade e TDAH sem tratamento pode

deixar o paciente vulnerável a abuso de substâncias. Os casos a seguir tentam desembaraçar alguns desses nós diagnósticos e explorar as comorbidades que tornam o tratamento de transtornos do neurodesenvolvimento uma das tarefas mais desafiadoras da psiquiatria.

Leituras Recomendadas

Brown TE (ed): ADHD Comorbidities. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009

Hansen RL, Rogers SJ (eds): Autism and Other Neurodevelopmental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013

Tanguay PE: Autism in DSM-5. Am J Psychiatry 168(11):1142–1144, 2011

CASO 1.1

Uma Segunda Opinião para Autismo

Catherine Lord

Ashley, 17 anos, foi encaminhada para uma reavaliação diagnóstica após ter recebido vários diagnósticos de autismo e retardamento mental durante quase toda sua vida. Recentemente, descobriu-se que ela apresenta síndrome de Kleefstra, e a família gostaria de reconfirmar os primeiros diagnósticos e avaliar o risco genético para os futuros filhos de suas irmãs mais velhas.

Na época da reavaliação, Ashley frequentava uma escola com enfoque em habilidades funcionais. Ela conseguia se vestir sozinha, mas era incapaz de tomar banho sem assistência ou de ficar em casa desacompanhada. Ela conseguia decodificar (p. ex., ler palavras) e soletrar em nível de 3^a série, mas compreendia pouco do que lia. Mudanças em seu horário e ex-

pectativas funcionais elevadas geralmente a deixavam irritada. Quando perturbada, Ashley frequentemente feria a si mesma (p. ex., mordia o punho) e a outras pessoas (p. ex., dava beliscões e puxava os cabelos).

Em testes formais realizados na época da reavaliação, Ashley apresentava um QI não verbal de 39 e um QI verbal de 23, com um QI total de 31. Seus escores de adaptação eram ligeiramente maiores, com um total geral de 42 (sendo 100 a média).

Conforme a história, Ashley foi atendida pela primeira vez aos 9 meses de idade, depois que os pais perceberam atrasos significativos na função motora. Ela caminhou aos 20 meses e aprendeu a ir ao banheiro aos 5 anos. Falou sua primeira palavra aos 6 anos de idade. Recebeu um diagnóstico de atraso do desenvolvimento aos 3 anos e de autismo, obesidade e encefalopatia estática aos 4 anos. Uma das primeiras avaliações identificou possível dismorfologia facial; testes genéticos na época não acrescentaram dados relevantes.

Seus pais informaram que Ashley sabia centenas de palavras individuais e várias frases simples. Ela sempre teve interesse por placas de carro e passava horas desenhando-as. Sua habilidade mais desenvolvida era a memória, ela conseguia desenhar representações precisas de placas de carros de estados diferentes. Ashley sempre foi muito ligada a seus pais e irmãs e, embora fosse afetuosa com bebês, demonstrava pouco interesse em outros adolescentes.

Sua história familiar era pertinente: o pai tinha dislexia, um tio paterno, epilepsia e um primo por parte de mãe possivelmente apresentava "síndrome de Asperger". Suas irmãs estavam na faculdade e eram bem-sucedidas.

O exame de Ashley revelou uma jovem acima do peso, com contato visual inconsistente, que frequentemente espiava com o canto dos olhos. Tinha um lindo sorriso e, às vezes, ria para si mesma, mas na maior parte do tempo suas expressões faciais eram reduzidas. Ela não iniciava atenção compartilhada tentando olhar nos

olhos. Frequentemente ignorava o que os outros lhe diziam. Para solicitar um objeto desejado (p. ex., uma revista de capa brilhosa), se balançava de um pé para o outro e apontava. Quando lhe ofereceram um objeto (p. ex., um bicho de pelúcia), ela o levou até o nariz e os lábios para examiná-lo. Ashley falava em uma voz aguda com entonação incomum. Durante a entrevista, usou várias palavras e algumas frases curtas um pouco automatizadas, mas comunicativas, como "Quero me limpar" e "Você tem uma caminhonete?".

Nos meses que antecederam a avaliação, os pais perceberam que ela estava ficando cada vez mais apática. Uma avaliação médica concluiu que infecções do trato urinário eram a causa mais provável para seus sintomas, mas os antibióticos pareciam deixá-la ainda mais lânguida. Uma avaliação médica mais aprofundada levou a testes genéticos mais minuciosos e Ashley foi diagnosticada com síndrome de Kleefstra, uma falha genética rara associada a diversos problemas médicos, incluindo deficiência intelectual. Os pais afirmaram que também foram examinados e que o resultado desse exame foi "negativo".

Os pais queriam saber especificamente se os resultados do teste genético afetavam os diagnósticos anteriores de Ashley e o acesso a novas consultas. Além disso, queriam saber se suas outras duas filhas deveriam ser testadas para estabelecer o risco de transmissão de genes para autismo, retardamento mental e/ou síndrome de Kleefstra.

Diagnósticos

- Deficiência intelectual grave.
- Transtorno do espectro autista, com comprometimentos intelectual e de linguagem concomitantes, associado a síndrome de Kleefstra.

Discussão

Com relação ao diagnóstico, o teste cognitivo de Ashley e as habilidades adaptati-

vas cotidianas limitadas indicam que ela tem deficiência intelectual nos padrões do DSM-5. Além disso, apresenta sintomas proeminentes dos dois critérios sintomáticos básicos de transtorno do espectro autista (TEA): 1) déficits na comunicação social e 2) padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Ashley também preenche o requisito de TEA do DSM-5 no que se refere a apresentar sintomas no início do período de desenvolvimento e uma história de comprometimento significativo. Um quinto requisito para TEA é que as perturbações não sejam mais bem explicadas por incapacidade intelectual, o que é uma questão mais complicada no caso de Ashley.

Durante vários anos, clínicos e pesquisadores discutiram os limites entre autismo e deficiência intelectual. Conforme o QI diminui, a proporção de crianças e adultos que satisfazem os critérios para autismo aumenta. A maioria dos indivíduos com QI inferior a 30 apresenta TEA, bem como deficiência intelectual.

Para que Ashley satisfaça os critérios do DSM-5 tanto para TEA quanto para deficiência intelectual, a presença de déficits e comportamentos específicos associados ao TEA deve ser maior do que seria normalmente observado em pessoas com seu desenvolvimento intelectual geral. Em outras palavras, se seus déficits fossem decorrentes unicamente das capacidades intelectuais limitadas, seria de se esperar que ela apresentasse as habilidades sociais e lúdicas de uma criança típica de 3 a 4 anos de idade. A interação social de Ashley não é, nem nunca foi, similar à de uma criança típica em idade pré-escolar. Ela apresenta expressões faciais limitadas, contato visual fraco e interesse mínimo em seus pares. Em comparação com sua “idade mental”, Ashley demonstra uma restrição significativa tanto em sua gama de interesses quanto em sua compreensão das emoções humanas básicas. Ademais, ela manifesta comportamentos que não são habitualmente observados em qualquer idade.

A heterogeneidade do autismo acarretou conflitos significativos. Alguns defendem, por exemplo, que crianças com deficiências intelectuais muito graves deveriam ser excluídas do TEA. Outros sustentam que crianças com maior capacidade intelectual com TEA deveriam ser colocadas em sua própria categoria, síndrome de Asperger. Pesquisas não sustentam nenhuma dessas distinções. Por exemplo, estudos indicam que crianças com sintomas autistas e deficiência intelectual grave frequentemente têm irmãos com autismo e capacidades intelectuais mais desenvolvidas. Ainda há muito a se descobrir sobre o TEA, mas o QI não parece ser um fator-chave de distinção.

Do ponto de vista pragmático, o fator crítico é se um diagnóstico de TEA fornece informações que ajudam a guiar o tratamento e a disponibilidade de atendimento. Para Ashley, o diagnóstico de TEA aponta para um maior enfoque em suas habilidades sociais fracas e chama atenção para diferenças em sua motivação e em sua necessidade de estrutura. O diagnóstico de TEA também destaca a importância de olhar atentamente para suas forças (p. ex., memorização e representação visual) e fraquezas cognitivas (p. ex., compreensão, interação social e capacidade de se adaptar a mudanças). Tudo isso desempenha um papel importante em seus esforços para viver da forma mais independente possível.

Os pais de Ashley também estão preocupados com o impacto dos testes genéticos recentes sobre o tratamento dela e sobre o planejamento familiar de suas irmãs. Centenas de genes individuais podem contribuir para as questões neurológicas complexas envolvidas no autismo, mas a maioria dos casos de TEA não apresenta uma causa específica. A condição genética de Ashley, síndrome de Klinefstra, está comprovadamente associada tanto a deficiência mental quanto a sintomas de TEA. Quando uma condição genética, uma condição médica ou um fator ambiental parecem implicados, sua ocorrência é listada

como especificador, mas o diagnóstico de TEA não chega a ser afetado.

O conhecimento da causa genética para a deficiência intelectual e para o TEA de Ashley é importante por diversos motivos. Ele faz seus médicos se lembarem de procurar comorbidades médicas comuns na síndrome de Kleefstra, tais como problemas cardíacos e renais (que podem levar, por exemplo, a infecções recorrentes no trato urinário). Conhecer a causa genética também amplia as fontes de informação ao conectar a família de Ashley com outras famílias que são afetadas por essa síndrome rara.

Um aspecto particularmente importante desse novo diagnóstico genético é seu efeito sobre as irmãs de Ashley. Em quase todos os relatos de caso, a síndrome de Kleefstra ocorreu sem precedentes, ou seja, há uma probabilidade muito baixa de que outro membro da família apresente uma anormalidade na região genética afetada. Em casos raros, um dos pais não afetado apresenta uma translocação ou mosaicismo cromossômico que conduz à síndrome, mas o fato de que os resultados dos exames nos pais de Ashley tenham sido negativos significa que eles não são portadores genéticos. Embora isso não seja necessariamente válido para situações envolvendo outros transtornos genéticos relacionados ao autismo, esse diagnóstico genético particular de Ashley provavelmente indica que suas irmãs não

correm um risco maior de ter filhos com autismo. Tais informações podem ser confortantes e úteis para elas. Resta o fato de que, embora a genética indubitavelmente desempenhe um papel importante no autismo e na deficiência intelectual, a maioria dos casos não pode ser predita com segurança, e que o diagnóstico é estabelecido por meio de observação contínua e longitudinal durante a infância.

Leituras Recomendadas

- Kleefstra T, Nillesen WM, Yntema HG: Kleefstra syndrome. GeneReviews October 5, 2010
- Lord C, Pickles A: Language level and nonverbal social-communicative behaviors in autistic and language-delayed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(11):1542–1550, 1996
- Lord C, Spence SJ: Autism spectrum disorders: phenotype and diagnosis, in *Understanding Autism: From Basic Neuroscience to Treatment*. Edited by Moldin SO, Rubenstein JLR. Boca Raton, FL, Taylor & Francis, 2006, pp 1–24
- Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, et al: Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48(5):474–483, 2009
- Wing L, Gould J: Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 9(1):11–29, 1979

CASO 1.2

Ataques de Raiva

Arshya Vahabzadeh

Eugene Beresin

Christopher McDougle

Brandon, um menino de 12 anos de idade, foi levado por sua mãe para avaliação psiquiátrica devido a ataques de raiva que pareciam estar contribuindo para o declínio de seu rendimento escolar. A mãe ficou emocionalmente perturbada ao relatar que nunca foi fácil lidar com o menino, mas tudo piorou depois que ele entrou na 7^a série.

Os professores relataram que Brandon era academicamente competente, mas tinha pouca capacidade de fazer amigos. Parecia desconfiar das intenções de colegas que tentavam ser simpáticos com ele, mas confiava em outros que, aos risos, fingiam interesse nos carrinhos e caminhões de brinquedo que ele levava à escola. Os professores perceberam que ele chorava com frequência e dificilmente falava em aula. Nos últimos meses, vários professores ouviram-no gritando com outros meninos, geralmente no corredor, mas às vezes no meio da aula. Os professores não identificavam a causa, mas não o puniam porque presumiam que ele estava reagindo a provocações.

Ao ser entrevistado sozinho, Brandon respondeu com resmungos não espontâneos quando perguntado sobre a escola, os colegas e a família. Quando o examinador perguntou se ele se interessava por carrinhos de brinquedo, no entanto, Brandon

ficou animado. Pegou vários carros, caminhões e aviões de sua mochila e, embora não mantivesse bom contato visual, falou detalhadamente sobre veículos, usando, aparentemente, nomenclatura específica (p. ex., carregadeira frontal, B-52, Jaguar). Novamente, ao ser perguntado sobre a escola, Brandon pegou seu celular e mostrou uma série de mensagens de texto: “debiloide!!!!, gaguinho, abobado, aLiEn!, TODO MUNDO TE ODEIA”. Enquanto o examinador lia a sequência de mensagens de texto que Brandon havia salvo, mas aparentemente era revelada pela primeira vez, o menino acrescentou que os outros sussurravam “palavras ruins” para ele durante a aula e então gritavam em seus ouvidos no corredor. “E eu odeio barulho alto.” Falou que havia pensado em fugir, mas havia decidido que deveria fugir apenas para seu próprio quarto.

Em termos de desenvolvimento, Brandon falou a primeira palavra aos 11 meses de idade e começou a usar frases curtas aos 3 anos. Sempre foi atraído por caminhões, carros e trens. De acordo com a mãe, sempre foi “muito tímido” e nunca teve um melhor amigo. Tinha dificuldades com piadas e provocações típicas da infância porque “leva tudo ao pé da letra”. A mãe de Brandon encarava esse comportamento como sendo “um pouco estranho”, mas

acrescentou que não era muito diferente do comportamento do pai de Brandon, um advogado bem-sucedido que tinha interesses parecidos. Os dois eram “apegados à rotina” e “não tinham senso de humor”.

Durante o exame, Brandon permaneceu retraído e, de modo geral, não foi espontâneo. Seu contato visual ficou abaixo da média. Sua fala foi coerente e orientada para objetivos. Por vezes, Brandon se atrapalhou nas palavras, fez muitas pausas e chegou a repetir rapidamente palavras ou partes de palavras. Afirmou que se sentia bem, mas tinha medo da escola. Pareceu triste, animando-se apenas ao falar sobre seus carros de brinquedo. Negou pensamentos suicidas e homicidas. Negou sintomas psicóticos. Sua cognição estava preservada.

Diagnóstico

- Transtorno do espectro autista sem comprometimento intelectual concomitante, mas com comprometimento concomitante da linguagem: transtorno da fluência com início na infância (gagueira).

Discussão

Brandon apresenta sintomas compatíveis com transtorno do espectro autista (TEA), um novo diagnóstico no DSM-5. O TEA incorpora vários transtornos anteriormente distintos: transtorno autista (autismo), transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. Caracteriza-se por dois domínios principais de sintomas: déficits na comunicação social e um conjunto fixo de interesses e de comportamentos repetitivos.

Evidentemente, Brandon tem dificuldade considerável em interagir socialmente com seus pares. Ele é incapaz de fazer amizades, não participa de brincadeiras interativas e tem dificuldade em identificar deixas sociais. Normalmente, pessoas com TEA

têm dificuldade em interpretar de forma correta a relevância de expressões faciais, linguagem corporal e outros comportamentos não verbais. Brandon não tem senso de humor e “leva as coisas ao pé da letra”. Esses sintomas satisfazem os critérios do TEA para déficits em comunicação social.

Com relação ao segundo domínio de sintomas do TEA, Brandon apresenta interesses fixos e comportamentos repetitivos que causam sofrimento significativo. Ele parece interessado em carros e trens, mas tem pouco interesse em outras coisas e não apresenta *insight* evidente de que outras crianças podem não compartilhar seu entusiasmo. Ele requer “monotonia”, sendo que o sofrimento aumenta se sua rotina for alterada. Portanto, Brandon satisfaz os dois critérios sintomáticos principais para TEA do DSM-5.

Brandon também se atrapalha com palavras, faz pausas demais e repete palavras ou partes delas. Esses sintomas são compatíveis com gagueira, que é classificada como um dos transtornos da comunicação no DSM-5, mais especificamente o transtorno da fluência com início na infância. Tipicamente persistente e caracterizado por repetições frequentes ou prolongamento de sons, palavras interrompidas, pausas na fala e circunlocuções, o transtorno da fluência com início na infância pode resultar em disfunção significativa de natureza social, acadêmica e profissional.

Outros transtornos da comunicação do DSM-5 são dificuldades na produção da fala (transtorno da fala), dificuldades no uso da linguagem falada e escrita (transtorno da linguagem) e dificuldades nos usos sociais da comunicação verbal e da comunicação não verbal (transtorno da comunicação social [pragmática]). Embora essas dificuldades não sejam identificadas no relato de caso, Brandon deve ser avaliado para cada uma delas, uma vez que comprometimentos na linguagem são tão habituais no TEA que chegam a ser listados como especificadores em vez de diagnósticos comórbidos distintos.

Antes do DSM-5, Brandon teria satisfeito os critérios para transtorno de Asperger, o qual identificava um grupo de indivíduos com características de base do autismo (déficits sociais e interesses fixos) e inteligência normal. Talvez por compartilhar sintomas do espectro autista com seu próprio pai, Brandon fosse visto como “um pouco estranho”, mas sem problemas que merecessem atenção clínica especial. A ausência de um diagnóstico contribuiu para que Brandon se tornasse alvo indefeso de *bullying*, uma ocorrência frequente entre pessoas com TEA. Sem intervenções adequadas tanto para os sin-

tomas principais de autismo quanto para a gagueira, Brandon corre risco grave de trauma psicológico contínuo e desencaminhamento acadêmico.

Leituras Recomendadas

- Sterzing PR, Shattuck PT, Narendorf SC, et al: Bullying involvement and autism spectrum disorders: prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 166(11):1058–1064, 2012
 Toth K, King BH: Asperger’s syndrome: diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* 165(8):958–963, 2008

CASO 1.3

Dificuldades Acadêmicas

Rosemary Tannock

Carlos, um universitário hispânico de 19 anos, se apresentou em uma clínica de cuidados primários em busca de ajuda para dificuldades acadêmicas. Desde o início da faculdade, seis meses antes, saía-se mal nos testes e não conseguia administrar seus horários de estudo. A preocupação em ser reprovado estava resultando em insônia, má concentração e em uma sensação geral de desesperança. Depois de uma semana árdua, voltou para casa inesperadamente e disse à família que pensava

em desistir. Sua mãe prontamente o levou à clínica que havia fornecido ajuda tanto a Carlos quanto a seu irmão mais velho anteriormente. Ela questionava especificamente se o “TDAH” de Carlos poderia estar causando esses problemas ou se ele havia superado o transtorno.

Carlos havia sido atendido na mesma clínica quando tinha 9 anos e, na época, fora diagnosticado com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), predominantemente do tipo combinado.

Documentos da avaliação clínica da época indicaram que ele tinha problemas na escola por não seguir instruções, não completar os deveres de casa, deixar seu assento, perder coisas, não esperar sua vez e não prestar atenção. Tinha problemas de concentração, exceto em relação *videogames*, os quais ele “poderia ficar jogando horas a fio”. Aparentemente, Carlos levou tempo para começar a falar, mas fora isso, seu nascimento e história de desenvolvimento foram normais. A família havia imigrado do México para os Estados Unidos quando Carlos tinha 5 anos. Ele repetiu a primeira série devido à imaturidade do comportamento e dificuldades em aprender a ler. Não foi indicado se ele teve facilidade ou dificuldade para aprender inglês, seu segundo idioma.

Durante a avaliação realizada quando Carlos tinha 9 anos, uma verificação psico-educacional feita por um psicólogo clínico confirmou problemas de leitura (especificamente problemas de fluência e de compreensão da leitura). Contudo, Carlos não satisfez os critérios da administração da escola para incapacidade de aprendizagem, que exigiam evidências de uma discrepância de 20 pontos entre QI e pontuação no teste de desempenho escolar e, portanto, ele não se qualificou para receber atendimento educacional especial. O clínico geral de Carlos recomendou farmacoterapia, mas a mãe não quis seguir um tratamento medicamentoso. Em vez disso, ela relatou ter assumido um emprego extra a fim de pagar por aulas particulares para ajudar o filho “a se concentrar e a ler”.

Desde que começara a faculdade, Carlos relatou que costumava ser incapaz de se manter concentrado enquanto lia ou assistia a palestras. Distraía-se com facilidade e, portanto, tinha dificuldade em entregar trabalhos escritos no prazo. Reclamou de sentimentos de inquietação, agitação e preocupação. Descreveu dificuldades para dormir, baixa energia e uma incapacidade de “se divertir” como seus pares. Relatou que os sintomas depressivos tinham “altos

e baixos” ao longo da semana, mas não pareciam influenciar seus problemas com concentração. Ele negou uso de substâncias.

Carlos afirmou que teve ótimos professores no ensino médio, que o comprendiam e o ajudavam a entender o significado do que lia, além de permitirem que gravasse o áudio das aulas e usasse outros formatos (p. ex., vídeos, apresentações visuais ou *wikis*) para apresentar seus trabalhos finais. Sem esse apoio na faculdade, afirmou sentir-se “sozinho, burro, um fracasso – incapaz de perseverar”.

Embora tenha sido aconselhado por um professor do ensino médio a fazê-lo, Carlos não se registrou no setor de atendimento ao estudante com deficiência da universidade. Ele preferiu não ser visto como diferente de seus pares e acreditou que conseguiria cursar a faculdade sem ajuda.

Sua história familiar era positiva para TDAH em seu irmão mais velho. Relatou-se que seu pai, que morreu quando Carlos tinha 7 anos, teve “dislexia” e abandonou uma faculdade comunitária após um mestre.

Durante o exame, Carlos vestia jeans limpos, uma camiseta e um moletom com capuz que ele puxava para cobrir o rosto. Ficou sentado, quieto e encurvado. Suspirou bastante e quase não fez contato visual com o clínico. Com frequência tamborilava os dedos e se mexia no assento, mas foi bem-educado e respondeu adequadamente às perguntas. Sua fluência em inglês pareceu firme, mas falava com um leve so-taqué espanhol. Frequentemente murmurava e pronunciava mal algumas palavras polissilábicas (p. ex., disse “literaltúria” em vez de “literatura” e “intimar”, quando evidentemente quis dizer “intimidar”). Negou ter pensamentos suicidas. Parecia ter *insight* razoável sobre seus problemas.

Carlos foi encaminhado para um psicólogo para mais testes. A reavaliação psico-educacional confirmou que as capacidades de leitura e de escrita de Carlos estavam muito abaixo do esperado para sua idade. O relatório também concluiu que essas di-

ficuldades de aprendizagem não podiam ser atribuídas a deficiência intelectual, falta de correção da acuidade visual ou auditiva, adversidade psicosocial ou falta de proficiência no idioma de instrução acadêmica. O relatório concluiu que Carlos apresentava dificuldades específicas em fluência e compreensão de leitura, bem como em ortografia e expressão escrita.

Diagnósticos

- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade com apresentação predominantemente desatenta, de gravidade leve a moderada.
- Transtorno específico da aprendizagem, afetando ambos os domínios da leitura (fluência e compreensão) e da expressão escrita (ortografia e organização da expressão escrita), todos, atualmente, de gravidade moderada.

Discussão

Carlos apresenta uma história de TDAH. Quando foi avaliado pela primeira vez, aos 9 anos, os critérios do DSM-IV exigiam seis dos nove sintomas listados em qualquer uma das duas categorias: desatenção ou hiperatividade/impulsividade (bem como início antes dos 12 anos). Ele fora diagnosticado com TDAH tipo combinado, o que indica que a clínica especializada identificara pelo menos seis sintomas em cada uma dessas esferas.

Atualmente, Carlos está com 19 anos, e o relato de caso indica que ele apresentou cinco sintomas diferentes de desatenção, e dois sintomas relacionados a hiperatividade-impulsividade, o que parece indicar uma melhora sintomática. A remissão parcial de TDAH é comum com a idade, especialmente no que se refere aos sintomas de hiperatividade. Nos parâmetros do DSM-IV, o TDAH de Carlos estaria em remissão. O DSM-5, contudo, tem um limiar mais baixo de cinco sintomas em qualquer

uma das categorias, em vez de seis. Portanto, Carlos satisfaz esse critério diagnóstico para TDAH.

Procurar explicações alternativas para TDAH, no entanto, é importante, e há a possibilidade de que seus sintomas atuais sejam mais bem explicados por transtorno do humor. Durante os últimos seis meses, Carlos manifestou sintomas de ansiedade e depressão, mas sua desatenção e má concentração aparentemente não são restritas nem exacerbadas por esses episódios. Os sintomas de TDAH que ele apresenta são crônicos e seu início se deu durante a infância, sem nenhum outro transtorno do humor ou de ansiedade concomitantes. Além disso, a apresentação de sintomas de depressão parece ter persistido apenas durante uma semana, ao passo que suas dificuldades acadêmicas são crônicas.

Problemas acadêmicos são comuns no TDAH, mesmo na ausência de algum transtorno específico da aprendizagem (TEA), embora TEAs também sejam comórbidos com TDAH. Mesmo antes de sua nova testagem psicológica, Carlos parecia apresentar múltiplas questões em sua história que aumentam a probabilidade de um TEA. Sua fala no idioma materno, o espanhol, foi atrasada; sua leitura foi lenta tanto em espanhol como em inglês; e ele recebeu (e prosperou dessa forma) auxílio educacional no ensino médio. Tudo isto aponta para um TEA, assim como sua história familiar positiva para deficiência de aprendizagem.

A avaliação psicoeducacional anterior de Carlos não confirmou um transtorno da aprendizagem porque ele não satisfez a discrepância necessária entre QI e desempenho escolar para um diagnóstico de TEA. Com base em uma década a mais de evidências, o DSM-5 eliminou esse critério de discrepância para TEA. Essa alteração justifica o encaminhamento de pacientes adolescentes mais velhos para reavaliação.

A nova realização de testes psicológicos indicou um TEA moderadamente grave. Como as dificuldades de aprendizagem de Carlos se iniciaram quando ele

estava em idade escolar e continuam a causar prejuízo acadêmico, ele satisfaz os critérios diagnósticos do DSM-5 para esse transtorno. Ao fornecer documentação de ambos TDAH e TEA, Carlos conseguirá ter acesso a auxílio educacional acadêmico especial, o que deve permitir que ele prossiga seus estudos na faculdade com mais afinco.

Leituras Recomendadas

Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW: ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with

college students. *J Learn Disabil* 40(1):49–65, 2007

Sexton CC, Gelhorn H, Bell JA, Classen PM: The cooccurrence of reading disorder and ADHD: epidemiology, treatment, psychosocial impact, and economic burden. *J Learn Disabil* 45(6):538–564, 2012

Svetaz MV, Ireland M, Blum R: Adolescents with learning disabilities: risk and protective factors associated with emotional well-being: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Adolesc Health* 27(5):340–348, 2000

Turgay A, Goodman DW, Asherson P, et al: Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its applications. *J Clin Psychiatry* 73(2):192–201, 2012

CASO 1.4

Problemas Escolares

Arden Dingle

Daphne, uma menina de 13 anos na 1^a série do ensino médio, foi levada para avaliação psiquiátrica devido a atribulações acadêmicas e comportamentais. Suas maiores dificuldades eram relacionadas a começar e completar tarefas escolares e seguir instruções, além de ter recebido notas vermelhas em matemática. Quando solicitada a completar tarefas, Daphne discutia e ficava irritável. Ela ficou cada vez mais resistente em ir à escola, pedindo para ficar em casa com a mãe.

Testes indicaram que a inteligência de Daphne estava acima da média, seu rendimento escolar estava adequado à idade em todas as matérias (exceto em matemática) e que havia um pouco de dificuldade nas habilidades visuoespaciais. Vários anos antes, seu pediatra havia diagnosticado transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e receitou um estimulante. Ela tomou o medicamento durante uma semana, mas seus pais pararam de administrá-lo porque ela parecia agitada.

Em casa, a supervisão intensa dos pais de Daphne em relação às tarefas escolares frequentemente levava a discussões com choro e gritaria. Ela tinha duas amigas de longa data, mas não fez novos amigos em vários anos. De modo geral, preferia brincar com meninas mais jovens que ela. Quando seus amigos escolhiam a atividade ou não seguiam suas regras, ela normalmente se retraiía. Em geral, permanecia quieta em grupos e na escola, mas era mais atrevida em meio a familiares.

No início da infância, Daphne tinha dificuldade em pegar no sono, necessitando de uma luz acesa à noite e que seus pais a tranquilizassem. Reconhecendo que mudanças a incomodavam, os pais de Daphne raramente a forçavam a realizar novas atividades. Ela se comportava bem durante o verão, que passava com os avós em uma casa à beira do lago. Seus pais relataram que não havia nenhum trauma ou estressor em particular, nem problemas médicos ou de desenvolvimento. Daphne começou a menstruar cerca de dois meses antes da avaliação. Sua história familiar era relevante no que diz respeito a parentes de primeiro e de segundo graus com transtornos do humor, de ansiedade e da aprendizagem.

Na primeira consulta, Daphne estava tímida e tensa. Fez pouco contato visual, e teve dificuldade em falar sobre qualquer coisa que não fosse sua coleção de cavalos de plástico. Depois de 15 minutos, ela ficou mais à vontade e revelou que não gostava da escola porque as tarefas eram difíceis e as outras crianças pareciam não gostar dela. Afirmou que tinha medo de cometer erros, ter notas ruins e desapontar seus professores e pais. A preocupação com insucessos anteriores levou a desatenção e indecisão. Daphne negou que fosse competente em algo e que algum aspecto de sua vida estivesse indo bem. Desejava ter mais amigos. Pelo que conseguia se lembrar, sempre se sentiu assim. Essas coisas a deixavam triste, mas negou sentimentos depressivos persistentes ou pensamentos suicidas. Parecia ansiosa, mas ficou anima-

da ao falar sobre sua coleção de miniaturas de cavalos e sobre sua família.

Diagnósticos

- Transtorno específico da aprendizagem (matemática).
- Transtorno de ansiedade generalizada.

Discussão

Daphne tem sintomas de desatenção, ansiedade, dificuldades acadêmicas, relacionamento limitado com pares e baixa autoestima que estão causando sofrimento e comprometimento em seu funcionamento. Biologicamente, Daphne está passando pelas mudanças hormonais da puberdade, tendo como pano de fundo uma história familiar de transtornos do humor, de ansiedade e da aprendizagem. Psicologicamente, Daphne está vivendo com a crença de que é inadequada, provavelmente em conexão com as dificuldades atuais na escola. Em termos de desenvolvimento, ela está funcionando no nível emocional de uma criança em idade escolar. Socialmente, tem um ambiente familiar acolhedor que se destaca pela proteção a ela, possivelmente interferindo na aquisição de habilidades relacionadas à independência e à autonomia. Enquanto isso, o sistema educacional não proporcionou a Daphne o apoio necessário para que obtivesse sucesso acadêmico.

Os problemas acadêmicos de Daphne podem ser explicados, em parte, por um transtorno específico da aprendizagem de matemática. Ela tem dificuldades persistentes nessa área, evidenciadas pela testagem que demonstrou que seu desempenho é inferior ao seu nível intelectual e à sua idade cronológica. Seu rendimento escolar em outras áreas acadêmicas e seu nível de funcionamento adaptativo, de modo geral, parecem ser adequados à idade, indicando que sua inteligência global e seu funcionamento adaptativo são normais e que ela não apresenta deficiência intelectual.

Pode ser difícil distinguir entre transtornos de ansiedade e do humor em crianças da idade de Daphne. Neste caso, um transtorno de ansiedade é mais provável porque os sintomas são crônicos em vez de episódicos, como costuma ocorrer com sintomas depressivos. A tristeza de Daphne está relacionada à sua sensação de insucesso e à preocupação com sua competência. Com a exceção de uma perturbação do sono, ela não apresenta sintomas neurovegetativos. Sua dificuldade em dormir parece fundada em ansiedade, assim como sua inaptidão social, sua relutância em se submeter às demandas escolares e sua reação exagerada quando se depara com tarefas indesejadas. Além da ansiedade em relação a suas capacidades, Daphne parece estar preocupada com segurança, o que pode explicar seu aspecto tenso. Ela lida com a ansiedade evitando ou controlando atividades. Embora algumas de suas preocupações sejam compatíveis com outros transtornos de ansiedade, como transtorno de ansiedade social (fobia social) ou transtorno de ansiedade de separação, as preocupações de Daphne vão além dessas esferas. Devido ao âmbito global de sua ansiedade, o diagnóstico mais adequado é transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

O TAG é caracterizado por preocupação e ansiedade excessivas persistentes. Os critérios sintomáticos incluem inquietação, má concentração, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono e cansaço fácil. Embora três dos seis critérios sejam necessários para adultos, um diagnóstico de TAG pode ser estabelecido para crianças com apenas um sintoma além de ansiedade e preocupação excessivas.

Dificuldades sociais são comuns em crianças e adolescentes, especialmente entre os que apresentam transtornos psiquiátricos. As questões de Daphne estão relacionadas à sua ansiedade quanto a ser competente e ao desejo de que os outros gostem dela. As atribulações acadêmicas e a ansiedade retardaram seu desenvolvi-

mento, tornando-a emocional e socialmente imatura.

Sua imaturidade poderia sugerir um transtorno do espectro autista. Ela tem dificuldade em iniciar interações sociais e apresentar reciprocidade com pares (apresentou baixo contato visual durante o exame), mas Daphne não tem dificuldades de comunicação nem rigidez ou comportamentos estereotipados associados ao autismo. Seu comportamento melhora com a familiaridade e ela expressa interesse em seus pares.

De modo semelhante, suas habilidades de linguagem, fala e comunicação também parecem ser adequadas em seu nível de desenvolvimento, tornando improvável a existência de transtornos nessas áreas.

O transtorno de oposição desafiante também poderia ser considerado, uma vez que Daphne é resistente e não colabora na escola e em casa na hora de realizar seu trabalho acadêmico. Contudo, essa atitude e esse comportamento não se repetem em outras situações e seus comportamentos não satisfazem os requisitos para nível e frequência de sintomas do transtorno de oposição desafiante. Eles são mais bem interpretados como uma manifestação de ansiedade e uma tentativa de lidar com ela.

Desatenção é um sintoma que ocorre em uma ampla gama de diagnósticos. Indivíduos com TDAH têm problemas com atenção, impulsividade e/ou hiperatividade que ocorrem em vários contextos antes dos 12 anos de idade e causam prejuízo significativo. Embora Daphne tenha vários sintomas compatíveis com desatenção, eles parecem estar restritos ao ambiente escolar. Ela também não parece apresentar problemas significativos com comportamentos relacionados a impulsividade ou regulação de atividade. O TDAH deve permanecer uma possibilidade diagnóstica, mas outros diagnósticos explicam melhor as dificuldades de Daphne.

Leituras Recomendadas

Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J Am

Acad Child Adolesc Psychiatry 46(2):267–283, 2007

Lagae L: Learning disabilities: definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. Pediatr Clin North Am 55(6):1259–1268, 2008

CASO 1.5

Inquieto e Distraído

Robert Haskell

John T. Walkup

Ethan, um menino de 9 anos de idade, foi encaminhado para uma clínica psiquiátrica por seu professor, o qual percebeu que sua atenção estava diminuindo. Na época, Ethan estava na 5^a série de uma escola particular normal para meninos. O professor disse aos pais de Ethan que, embora ele estivesse entre os melhores alunos da turma no outono, suas notas caíram durante o semestre de primavera. Ele apresentava tendência a ficar inquieto e distraído quando o trabalho acadêmico começava a ficar mais complicado, desse modo, o professor sugeriu que os pais o submetessem a uma testagem neuropsiquiátrica.

Em casa, segundo a mãe, Ethan parecia mais emotivo ultimamente: “às vezes ele parece choroso, o que não é comum”. Ela negou quaisquer dificuldades em casa, e descreveu o marido, o filho, a fi-

lha de 8 anos e a si mesma como uma “família feliz”. Ela percebeu, no entanto, que Ethan parecia apreensivo quanto a ficar sozinho. Ele ficou mais “carente” e, com frequência, seguia seus pais pela casa e odiava ficar sozinho em um aposento. Ethan também começou a ir para a cama dos pais no meio da noite, algo que nunca havia feito antes. Embora ele tivesse alguns bons amigos entre os vizinhos e na escola e gostasse que outras crianças frequentassem sua casa, se recusava a dormir na casa dos outros.

A mãe de Ethan concordou que ele parecia mais inquieto. Ela percebeu que ele frequentemente parecia sacudir os ombros, fazer caretas e piscar, o que ela interpretou como um sinal de ansiedade. Esses movimentos pioravam quando ele ficava cansado ou frustrado, mas sua frequência

diminuía quando ele executava atividades calmas que exigiam concentração, como a prática de clarinete ou o dever de casa, especialmente quando ela o ajudava.

Sua mãe também mencionou que Ethan havia subitamente se tornado “supersticioso”. Sempre que passava por uma porta, movia-se para a frente e para trás até que tocasse as duas ombreiras da porta simultaneamente com as mãos, duas vezes, em rápida sucessão. Ela esperava que os hábitos mais evidentes de Ethan passassem até o verão, quando a família tirava suas férias anuais. Ela achava que era o momento certo de levá-los à Disneylândia, mas o pai de Ethan sugeriu levá-lo para uma pescaria (“programa de homem”), enquanto a esposa e a filha visitavam parentes em Nova York.

A mãe de Ethan diz que o filho “sempre foi fácil de lidar, mas sensível”. Ele foi o resultado de uma gravidez planejada, sem complicações e atingiu todos os marcos de desenvolvimento no momento certo. Nunca teve história de problemas médicos nem de infecções recentes, mas a mãe mencionou que ele começou a frequentar regularmente a enfermaria da escola reclamando de dores de barriga.

Durante o exame, Ethan se revelou ser um menino de constituição delicada, com pele alva e sardenta e cabelos louros. Estava um pouco inquieto, puxando as calças e mexendo-se no assento. Ouvir o relato da mãe sobre seus novos movimentos pareceu provocá-los, e o clínico percebeu também que Ethan eventualmente piscava com força, revirava os olhos e fazia barulhos de limpar a garganta. Ethan disse que às vezes se preocupava que “coisas ruins” acontecessem com seus pais. Suas preocupações, entretanto, eram vagas, e ele parecia temer apenas que ladrões invadissem sua casa à noite.

Diagnósticos

- Transtorno de tique transitório.
- Transtorno de ansiedade de separação.

Discussão

Ethan apresenta um declínio em seu desempenho escolar, o que a família atribui a um grupo de sintomas de ansiedade cujo início é relativamente recente. Sente desconforto ao ficar sozinho, reluta em dormir na casa de outras pessoas, teme que coisas ruins aconteçam a seus pais e visita a enfermaria da escola com frequência. Aparentemente, ele satisfaz os critérios para transtorno de ansiedade de separação nos termos do DSM-5, cujos sintomas precisam persistir durante apenas um mês em crianças e adolescentes.

A mãe de Ethan também indica que ele se tornou mais inquieto. Ela associa seu dar de ombros, as caretas e as piscadas ao início recente da ansiedade de separação. Nem os pais nem o professor parecem reconhecer esses movimentos como tiques, que são movimentos não ritmados de curta duração e de início repentino. Ethan parece apresentar uma variedade de tiques, incluindo os observados pelo entrevistador: alguns motores (piscadas, dar de ombros) e alguns vocais (zunidos, grunhidos, limpeza da garganta, fungadas, estalos). Os tiques podem ser simples, ou seja, durar apenas milissegundos, ou complexos, com maior duração, ou consistindo em uma cadeia ou sequência de movimentos. Embora os tiques possam ter uma ampla variação durante o curso de um transtorno de tique, eles tendem a recorrer em um repertório específico em qualquer momento da doença.

O transtorno de tique específico (caso ocorra) é determinado pelo tipo e pela duração dos movimentos. No transtorno de Tourette, devem estar presentes ambos os tiques, motores e vocais, enquanto nos transtornos de tique motor ou vocal persistentes (crônicos), apenas tiques motores ou vocais estão presentes. Ethan apresenta uma mistura de tiques, mas, no momento da avaliação, eles estão presentes há cerca de seis meses – não o mínimo de um ano necessário para transtorno de Tourette ou

transtorno de tique persistente. Portanto, Ethan é diagnosticado com transtorno de tique transitório.

Tiques ocorrem em 15 a 20% das crianças e, aparentemente, de 0,6 a 1% desenvolvem transtorno de Tourette. Em média, os tiques surgem entre 4 e 6 anos de idade, atingem seu auge dos 10 aos 12 anos e sua gravidade geralmente diminui durante a adolescência. Os tiques observados na idade adulta provavelmente estavam presentes na infância, mas não foram percebidos. Eles costumam se agravar com a ansiedade, a excitação e a exaustão e declinar durante atividades calmas ou que exijam concentração – motivo pelo qual a pesca com o pai pode ser a melhor opção de Ethan para as férias de verão.

A ansiedade provavelmente explica a desatenção de Ethan na sala de aula. Embora o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, subtípico desatento, não possa ser descartado, parece mais provável

que tiques e ansiedade o deixem distraído, uma vez que ele não apresenta história anterior de desatenção ou hiperatividade. Seu bom desempenho no semestre de outono descarta um transtorno de aprendizagem, portanto, testes não são indicados (via de regra, testes devem sempre acompanhar o tratamento de um problema de difícil distinção, como ansiedade). Quanto ao transtorno obsessivo-compulsivo, uma doença associada a ambos os transtornos, de ansiedade e de tique, os rituais de Ethan no vão da porta devem causar sofrimento ou prejuízo antes que tal diagnóstico seja considerado.

Leituras Recomendadas

Plessen KJ: Tic disorders and Tourette's syndrome. Eur Child Adolesc Psychiatry 22 (suppl 1):S55–S60, 2013

Walkup JT, Ferrão Y, Leckman JF, et al: Tic disorders: some key issues for DSM-V. Depress Anxiety 27:600–610, 2010

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 2

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

A esquizofrenia é o transtorno mental prototípico. Além de ser a psicose mais comum, ela normalmente envolve anormalidades em todos os cinco domínios de sintomas enfatizados: alucinações, delírios, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos. Assim como os transtornos do neurodesenvolvimento no DSM-5, a esquizofrenia é vista como um transtorno neuropsiquiátrico com aspecto genético complexo e curso clínico com propensão de início durante um estágio previsível de desenvolvimento. Enquanto os transtornos do neurodesenvolvimento tendem a se iniciar durante a infância, os sintomas da esquizofrenia quase segura-

mente se desenvolvem durante o final da adolescência e início da idade adulta.

O diagnóstico de esquizofrenia sofreu pequenas revisões no DSM-5. Em primeiro lugar, devido a sua estabilidade diagnóstica limitada, baixa confiabilidade e baixa validade, os subtipos de esquizofrenia foram eliminados. Eles incluíam categorias como tipo desorganizado, tipo paranoide e tipo residual.

Há muito tempo associada à esquizofrenia, a catatonia continua sendo um dos critérios diagnósticos potenciais para a maioria dos diagnósticos psicóticos, incluindo esse, mas agora pode ser designada como especificador para outras condições psiquiátricas e médicas (não psiquiátricas), incluindo os transtornos

depressivo e bipolar. “Catatonia com outra especificação” também pode ser diagnosticada quando os critérios forem inconclusivos ou incompletos para catatonia ou condição médica psiquiátrica ou não psiquiátrica comórbida.

O diagnóstico de esquizofrenia do DSM-5 exige a persistência de dois dos cinco critérios sintomáticos (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico e sintomas negativos). Uma alteração relevante é a eliminação de um *status* especial para tipos específicos de delírios e alucinações, sendo que qualquer um deles anteriormente seria adequado para satisfazer os critérios sintomáticos para esquizofrenia. Uma segunda alteração é a exigência de que um dos dois critérios sintomáticos seja um sintoma positivo, como delírios, alucinações ou discurso desorganizado.

Os critérios para transtorno esquizoafetivo foram significativamente restritos. Assim como ocorria no DSM-IV, um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo exige que o paciente satisfaça critérios para esquizofrenia e tenha sintomas seja de transtorno depressivo maior, seja de transtorno bipolar, concomitantes aos sintomas ativos de esquizofrenia. Do mesmo modo que ocorria anteriormente, é necessário um período de duas semanas de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor. A mudança significativa é que no DSM-5 os sintomas que satisfazem os critérios para um transtorno do humor maior devem estar presentes durante a maior parte da duração total das fases ativa e residual da doença. Portanto, o diagnóstico esquizoafetivo do DSM-5 requer mais atenção ao curso longitudinal do que anteriormente. Além disso, a exigência diagnóstica de que os sintomas de humor principais estejam presentes durante a maior parte do curso do transtorno psicótico (incluindo tanto a fase aguda como a fase residual) provavelmente irá conduzir a uma redução significativa na quantidade

de pessoas que satisfazem os critérios para transtorno esquizoafetivo.

O transtorno delirante continua voltado para a presença de delírios na ausência de outros sintomas ativos de esquizofrenia, de transtornos depressivo ou bipolar, e de uso de substância pertinente. Delírios bizarros estão agora incluídos como critérios sintomáticos para transtorno delirante, enquanto delírios, que são considerados parte do transtorno dismórfico corporal e do transtorno obsessivo-compulsivo, não devem levar a um diagnóstico de transtorno delirante, e sim a um diagnóstico primário ou de transtorno dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo, junto com o especificador “*insight* ausente/crenças delirantes”.

O transtorno psicótico breve e o transtorno esquizofreniforme permanecem essencialmente inalterados no DSM-5. Eles continuam sendo distinguidos de esquizofrenia principalmente com base na duração dos sintomas.

Neste capítulo não são abordados os diagnósticos que envolvem apresentações atípicas ou incompletas ou que envolvam situações como as de pronto-socorro, em que as informações costumam ser incompletas. Entre eles, “outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado”, “catatonia não especificada” e “transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado”.

Esses “outros” diagnósticos refletem a realidade de que pensamentos, sentimentos e comportamentos humanos se encontram em um contínuo, assim como seus transtornos, e a opção “outros” é uma opção de diagnóstico presente em grande parte do DSM-5. Essa zona indefinida de diagnóstico é pungente no que se refere à doença do espectro da esquizofrenia. Para muitos indivíduos que desenvolvem uma doença crônica como esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, há um período de tempo no qual eles começam a apresentar sintomas, mas ainda não são diagnosti-

cados. Foi proposto tratar essa questão no DSM-5, criando-se um novo diagnóstico: *síndrome psicótica atenuada*. Psiquiatras ainda não conseguem predizer com certeza quais pacientes têm maior probabilidade de desenvolver sintomas totalmente psicóticos, mas essa previsão é precisa o suficiente para que a síndrome seja mencionada em dois locais no DSM-5. No primeiro deles, a síndrome psicótica atenuada pode ser usada como um especificador no capítulo em questão, onde estaria listada como “outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos especificados (síndrome psicótica atenuada)”. Essa condição também é discutida, de forma mais

detalhada, em “Condições para Estudos Posteriores”.

Leituras Recomendadas

- Bromet EJ, Kotov R, Fochtman LJ, et al: Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 168(11):1186–1194, 2011
 Lieberman JA, Murray RM: *Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*, 2nd Edition. New York, Oxford University Press, 2012
 Tamminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA, van Os J (eds): *Deconstructing Psychosis: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2010

CASO 2.1

Perturbada Emocionalmente

Carol A. Tamminga

Felicia Allen, uma mulher de 32 anos, foi levada ao pronto-socorro pela polícia depois de aparentemente ter tentado roubar um ônibus. Como ela parecia ser uma “pessoa perturbada emocionalmente”, foi solicitada uma consulta psiquiátrica.

De acordo com o relatório da polícia, a sra. Allen ameaçou o motorista com uma faca, assumiu o controle do ônibus de linha urbana quase vazio e causou uma colisão. Uma história mais completa foi obtida junto a uma amiga da sra. Allen, que es-

tava no ônibus, mas não havia sido presa. De acordo com o relato, elas embarcaram no ônibus a caminho de um *shopping center* próximo. A sra. Allen ficou frustrada quando o motorista recusou o pagamento em notas. Ela remexeu em sua bolsa, mas em vez de procurar moedas, sacou uma faca de cozinha que carregava para proteção. O motorista fugiu, então ela tomou o assento vazio e conduziu o ônibus para o lado oposto da rua e colidiu com um carro estacionado.

Durante o exame, a aparência da srt. Allen era a de uma jovem corpulenta, alge-mada e com um curativo na testa. Ela esta-va irrequieta e se balançava para a frente e para trás na cadeira. Parecia estar resmungando consigo mesma. Ao ser perguntada sobre o que estava dizendo, a paciente fez contato visual momentâneo e apenas repe-tiu “Desculpe, desculpe”. Não respondeu a outras perguntas.

Mais informações foram obtidas de um psiquiatra que havia ido ao pronto-socorro logo após o acidente. Ele afirmou que a srt. Allen e sua amiga eram residentes an-tigas do hospital psiquiátrico público onde ele trabalhava. Elas haviam recém começa-do a receber passes semanais como parte de um esforço para a recuperação social; essa fora a primeira viagem de ônibus da srt. Allen sem a companhia de um funcio-nário do hospital.

De acordo com o psiquiatra, a srt. Allen havia recebido um diagnóstico de “esqui-zofrenia paranoide resistente a tratamento com início na infância”. Ela havia começado a ouvir vozes aos 5 anos de idade. Grande, forte, invasiva e psicótica, ela vinha sendo internada quase que constantemente desde os 11 anos. Suas alucinações auditivas geralmente consistiam em uma voz crítica comento-ndo seu comportamento. Seu pensa-mento era concreto, mas quando relaxada, conseguia ser autorreflexiva. Era motivada a agradar os outros e afirmou várias vezes que seu maior objetivo era “ter meu próprio quarto na minha própria casa, com meus próprios amigos”. O psiquiatra disse que não tinha certeza sobre o que a motivara a sacar uma faca. Ultimamente, ela não tinha alucinações e sentia-se menos paranoide, mas ele se questionava se ela estaria mais psicótica do que havia deixado transparecer. Era possível que ela estivesse sim-plesmente impaciente e irritada. O psiquiatra também achava que ela praticamente não passara nenhum período de vida com de-senvolvimento normal e, portanto, tinha muito pouca experiência com o mundo real.

A srt. Allen estava sendo medicada com clozapina há um ano, com bons re-sultados para as alucinações auditivas. Ela ganhou 16 quilos nesse período, mas tinha menos dificuldade em levantar-se todas as manhãs, esperava conseguir um emprego e viver de forma mais independente e insis-tia em continuar o tratamento com clo-zapina. O trajeto de ônibus até o *shopping center* era para ser um passo nesse sentido.

Diagnóstico

- Esquizofrenia, com episódios múltiplos, atualmente em fase ativa.

Discussão

Roubar um ônibus não é razoável e reflete a incapacidade da srt. Allen em lidar de forma eficiente com o mundo. Seu pensa-mento é concreto. Ela age de forma bizarra. Resmunga e fala consigo mesma, o que sugere alucinações auditivas. Ela vive em um hospital psiquiátrico público, o que su-gere doença mental grave e persistente.

Esquizofrenia, no DSM-5, requer pelo menos dois de cinco sintomas: delírios, alu-cinações, discurso desorganizado, compor-tamento desorganizado ou anormal e sinto-mas negativos. O funcionamento deve estar prejudicado e sinais contínuos da doença devem persistir durante um período míni-mo de seis meses. Mesmo sem outras in-formações sobre a história da srt. Allen, o diagnóstico de esquizofrenia é evidente.

A psicose da srt. Allen se iniciou quan-do ela era criança. Sintomas de início precoce normalmente não são reconhecidos porque as crianças são propensas a encarar sua experiência psicótica como algo “nor-mal”. Identificar o sintoma (p. ex., ouvir vozes que não estão presentes) e associá-lo a um marco (p. ex., frequentar uma determinada série ou escola) pode ajudar o paciente adulto a identificar o início do sintoma retrospectivamente. Embora os sintomas e tratamentos sejam semelhantes

para ambos os casos, a esquizofrenia com início na infância é, com frequência, mais grave do que a esquizofrenia com início na idade adulta. Sintomas psicóticos precoces interferem fortemente no desenvolvimento infantil normal. Sintomas psicóticos potentes são, por si sós, debilitantes, mas também destituem o jovem da aprendizagem social e do desenvolvimento cognitivo que ocorrem durante os anos críticos da infância.

O comportamento da srta. Allen no ônibus provavelmente reflete não apenas a psicose e a disfunção cognitiva que fazem parte da esquizofrenia, mas também sua experiência reduzida em contextos sociais da vida real. Além de tratar seus sintomas psicóticos com clozapina, a equipe psiquiátrica parece estar tentando remediar suas perdas ao conectá-la a uma "amiga" e ao organizar o passeio até o *shopping*. A equipe também parece bastante ativa e envolvida, como indica a presença quase imediata do psiquiatra no pronto-socorro após o incidente com o ônibus.

A esquizofrenia é um transtorno heterogêneo e afeta diversos domínios. Provavelmente há múltiplos tipos de esquizofrenia, diferenciados por identificadores ainda desconhecidos. Devido à insuficiência de evidências de validade, ele aboliu categorias como esquizofrenia tipo paranoide. Em vez disso, ele esboça várias formas pelas quais o diagnóstico pode ser subcategorizado. Uma delas é por meio da atividade geral e da cronicidade dos sintomas (p. ex., primeiro episódio ou episódios múltiplos; em episódio agudo, em remissão parcial ou em remissão completa). Outra forma de categorização é a avaliação da gravidade de cada um dos cinco sintomas essenciais de esquizofrenia, usando uma escala de 0 a 4.

Por exemplo, a srta. Allen conseguiu tentar um passeio com uma "amiga", e seu psiquiatra do hospital chegou ao pronto-socorro rapidamente. Isso pode refletir um programa de tratamento engajado e ativo, mas quando combinado com sua atitude

escusatória e o relato de seus esforços para obter independência, eles provavelmente indicam uma ausência relativa de sintomas negativos como anedonia, redes sociais reduzidas e alogia. Esse comportamento dirigido a atividades é incomum em pacientes com esquizofrenia e sugere que ela não está deprimida. É difícil determinar a capacidade cognitiva da srta. Allen sem a realização de testes. Seu pensamento obviamente concreto é representado por uma incapacidade de compreender o processo de pagar pela viagem de ônibus ou de abstrair deixas comportamentais. Se ela tem as características adicionais referentes a um transtorno da memória de trabalho semelhante a esquizofrenia ou referentes a disfunção de atenção é difícil determinar a partir deste relato, mas ela deveria passar por testes.

Além de avaliar a extensão dos sintomas positivos, é crucial para a área da psiquiatria compreender e categorizar melhor os sintomas negativos e a disfunção cognitiva da esquizofrenia. Embora as intervenções mais eficazes para a esquizofrenia estejam há muito tempo relacionadas a medicamentos antipsicóticos que amenizam os sintomas positivos, tratamentos futuros provavelmente irão se concentrar cada vez mais nas perturbações comportamentais, cognitivas e emocionais específicas que também fazem parte integral da esquizofrenia.

Leituras Recomendadas

Ahmed AO, Green BA, Goodrum NM, et al: Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia. J Abnorm Psychol 122(2):475–491, 2013

Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al: Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. Schizophr Res May 23, 2013 [publicação eletrônica anterior ao prelo] PubMed ID: 23707641

Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al: Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. Schizophr Res June 22, 2013 [publicação eletrônica anterior ao prelo]

CASO 2.2

Cada Vez Mais Estranho

Ming T. Tsuang

William S. Stone

Gregory Baker era um jovem afro-americano de 20 anos levado ao pronto-socorro pela polícia do *campus* universitário de onde havia sido suspenso vários meses antes. A polícia foi chamada por um professor, o qual relatou que o sr. Baker havia entrado na sala de aula gritando "Eu sou o Coringa, estou procurando o Batman". Quando o sr. Baker se recusou a deixar o local, o professor chamou os seguranças.

Embora o sr. Baker tivesse um bom desempenho escolar na adolescência, seu comportamento ficou cada vez mais estranho no ano anterior. Ele parou de se encontrar com os amigos e passava a maior parte do tempo deitado na cama olhando para o teto. Ele vivia com vários familiares, mas raramente falava com eles. Foi suspenso da faculdade por faltas. Sua irmã afirmou que o havia visto várias vezes murmurando baixinho para si mesmo e percebeu que às vezes, à noite, ele se postava no telhado da casa e mexia os braços como se estivesse "conduzindo uma orquestra". Ele negou ter intenção de pular do telhado ou de ter pensamentos de autoagressão, mas afirmou que se sentia livre e em sintonia com a música quando estava no telhado. Embora seu pai e sua irmã tentasse encorajá-lo a fazer uma consulta com alguém no departamento de saúde para estudantes da universidade, o sr. Baker nunca havia se consultado com um psiquiatra, nem sofrido internação hospitalar anterior.

Durante os meses que antecederam o incidente, o sr. Baker ficou cada vez mais obcecado por uma amiga, Anne, que vivia na mesma rua. Embora ele insistisse em afirmar para a família que estavam noivos, Anne informou à irmã do sr. Baker que eles mal haviam conversado e que decididamente não estavam namorando. A irmã do sr. Baker também relatou que ele havia escrito várias cartas para Anne, mas nunca as havia enviado; em vez disso, elas simplesmente se empilhavam em sua escrivaninha.

Seus familiares afirmaram que, pelo que sabiam, ele nunca havia usado substâncias ilícitas nem álcool, e seu exame toxicológico resultou negativo. Ao ser perguntado sobre o uso de drogas, o sr. Baker pareceu zangado e não respondeu.

Durante o exame no pronto-socorro, o sr. Baker aparecia ter bons cuidados pessoais de higiene e, de modo geral, não foi cooperativo. Parecia contido, resguardado, desatento e preocupado. Zangou-se quando a equipe do pronto-socorro levou o jantar a ele. Insistiu em voz alta que toda a comida do hospital estava envenenada e que só iria beber um tipo específico de água engarrafada. Percebeu-se que ele tinha delírios paranoides, românticos e de grandiosidade. Ele parecia estar internamente preocupado, embora negasse alucinações. O sr. Baker relatou sentir-se "mal" mas negou depressão e não apresentava perturbações de sono nem de apetite. Esta-

va orientado e se expressava bem oralmente, mas se recusou a fazer testes cognitivos formais. Seu *insight* e julgamento foram considerados ruins.

A avó do sr. Baker morrera em um hospital psiquiátrico público onde viveu durante 30 anos. Seu diagnóstico era desconhecido. Sua mãe era relatada como “louca”. Ela havia abandonado a família quando o sr. Baker era jovem e ele foi criado pelo pai e pela avó paterna.

Por fim, o sr. Baker concordou em ser internado na unidade psiquiátrica, afirmando: “Não me importo de ficar aqui. Provavelmente Anne já esteja aqui, então posso passar meu tempo com ela”.

Diagnóstico

- Esquizofrenia, primeiro episódio, atualmente em episódio agudo.

Discussão

O caso do sr. Baker envolve um cenário bastante familiar no qual um jovem com funcionamento elevado sofre um declínio significativo. Além de ter delírios paranoides, românticos e de grandiosidade, o sr. Baker parece estar reagindo a estímulos internos (i.e., alucinações auditivas) e demonstrando sintomas negativos (passar o dia deitado na cama). Esses sintomas persistiram e se intensificaram ao longo do ano anterior. A história não indica medicamentos, substâncias de abuso nem outros transtornos médicos ou psiquiátricos que poderiam causar esses sintomas. Portanto, ele satisfaz os critérios do DSM-5 para esquizofrenia. Embora uma história familiar de doença psiquiátrica não seja um requisito para seu diagnóstico nos termos do DSM-5, a mãe e a avó do sr. Baker parecem também ter desenvolvido transtornos mentais maiores.

Contudo, a esquizofrenia é um transtorno heterogêneo. Por exemplo, os sintomas mais proeminentes do sr. Baker são

delírios. Outro indivíduo com esquizofrenia poderia apresentar, de forma mais evidente, desorganização do discurso e do comportamento, sem nenhum delírio. O DSM-5 tenta lidar com essa heterogeneidade fomentando um ponto de vista dimensional em vez de assumir uma perspectiva categórica. Em outras palavras, em vez de esclarecer se o paciente tem esquizofrenia “paranoide” ou “desorganizada”, o DSM-5 encoraja avaliação de uma variedade de especificadores. Um especificador importante, o de curso, requer uma avaliação longitudinal para determinar se é o primeiro episódio ou se são episódios múltiplos, bem como se é um caso de episódio agudo, em remissão parcial ou em remissão completa.

O DSM-5 também solicita uma pontuação específica dos sintomas. Por exemplo, trata-se de um episódio esquizofrênico acompanhado de catatonía? Em uma escala de cinco pontos (de 0 a 4), qual a gravidade de cada um dos cinco sintomas cardeais de esquizofrenia? O DSM-5 também encoraja uma avaliação nos domínios de cognição, mania e depressão. Por exemplo, alguns comportamentos do sr. Baker (p. ex., interromper uma aula para declarar sua identidade como o Coringa) podem parecer sintomáticos de mania, mas não são acompanhados por perturbações no sono, no humor ou no nível de atividade. De modo análogo, o sr. Baker disse que se sentia “mal”, mas não deprimido. Essas observações clínicas provavelmente distinguem o caso do sr. Baker das outras subcategorias de indivíduos com esquizofrenia.

O diagnóstico de esquizofrenia pode ser feito sem avaliar esses especificadores de gravidade. Ainda assim, o uso de pontuações dimensionais melhora a capacidade de avaliar o sr. Baker quanto à presença de sintomas fundamentais de esquizofrenia de um modo mais personalizado. A inclusão de dimensões que atravessem categorias diagnósticas irá facilitar o desenvolvimento de um diagnóstico diferencial que inclui transtorno bipolar e

transtorno esquizoafetivo. Essas avaliações podem clarificar o prognóstico funcional do sr. Baker nas principais áreas da vida (p. ex., opções de moradia ou vínculos empregatícios). Por fim, a repetição de avaliações dimensionais pode facilitar uma compreensão longitudinal da sintomatologia do sr. Baker, de seu desenvolvimento e das prováveis respostas ao tratamento.

Leituras Recomendadas

Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al: Logic and justification for dimensional assessment of

symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophr Res* May 22, 2013 [publicação eletrônica anterior ao prelo] PubMed ID: 23706415

Cuesta MJ, Basterra V, Sanchez-Torres A, Peralta V: Controversies surrounding the diagnosis of schizophrenia and other psychoses. *Expert Rev Neurother* 9(10):1475–1486, 2009

Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al: Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophr Res* May 23, 2013 [publicação eletrônica anterior ao prelo]

Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al: Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* June 22, 2013 [publicação eletrônica anterior ao prelo]

CASO 2.3

Alucinações de Natureza Espiritual

Lianne K. Morris Smith
Dolores Malaspina

Hakim Coleman, um veterano do exército norte-americano de 25 anos que ingressou em uma faculdade comunitária, se apresentou no pronto-socorro com a namorada e a irmã. Durante o exame aparentava ser um jovem alto, magro e bem-arrumado que usava óculos. Falava suavemente aumente, com uma latência de discurso aumentada. Seu afeto estava embotado, exceto quando ficou ansioso ao discutir seus sintomas.

O sr. Coleman afirmou que fora ao pronto-socorro por sugestão da irmã. Disse que valia a pena fazer um “checkup geral” devido a vários dias com “enxaquecas” e “alucinações de natureza espiritual” que persistiam há três meses. Sua dor de cabeça consistia em sensações “agudas, penetrantes” em várias regiões bilaterais na cabeça, e uma sensação de “campainha” ao longo da linha média do encéfalo que parecia piorar quando ele pensava em seus vícios.

O sr. Coleman descreveu seus vícios como sendo “álcool, cigarros, desrespeito aos pais, garotas”. Negou sentimentos de culpa, ansiedade ou preocupação com relação a seus deveres militares durante sua estadia no Iraque, mas afirmou que se afiliou a uma igreja evangélica quatro meses antes por estar “consumido de culpa” por “todas as coisas que fiz”. Há três meses começou a “ouvir vozes que tentavam fazer com que me sentisse culpado” quase todos os dias. A última alucinação auditiva havia sido no dia anterior. Durante os últimos meses, percebeu que estranhos estavam comentando sobre seus pecados anteriores.

O sr. Coleman acreditava que suas enxaquecas e sentimentos de culpa poderiam ser decorrentes da abstinência de álcool. Durante vários anos esteve acostumado a beber três ou quatro latas de cerveja durante a maior parte da semana, até “parar”, quatro meses antes, depois de começar a frequentar a igreja. Ele ainda bebia “uma ou duas cervejas” semana sim, semana não, mas depois se sentia culpado. Negou sintomas de abstinência de álcool, como tremores e sudorese. Ele costumava fumar *Cannabis* até duas vezes por mês durante anos, mas parou totalmente quando se afiliou à igreja. Negou o uso de outras drogas ilícitas exceto por um único uso de cocaína, sem ocorrências especiais, três anos antes. Dormia bem, exceto em algumas noites quando dormia poucas horas para poder terminar trabalhos para a faculdade.

De resto, o sr. Coleman negou sintomas depressivos, maníacos ou psicóticos e ideação violenta. Negou sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Quanto a estressores, sentia-se sobrecarregado por suas responsabilidades atuais, as quais incluíam frequentar aulas e atividades quase diárias na igreja. No início do ano acadêmico só tirava notas A, mas agora tirava notas B e C.

A namorada e a irmã do paciente foram entrevistadas separadamente. Elas

concordaram que o sr. Coleman havia se tornado socialmente isolado e quieto, quando antes era divertido e extrovertido. Ele também nunca havia sido particularmente religioso antes desse episódio. Sua irmã acreditava que o sr. Coleman havia sofrido uma “lavagem cerebral” pela igreja. A namorada, no entanto, o acompanhava nas cerimônias religiosas. Ela relatou que vários membros da congregação a informaram que eventualmente conversavam com novos membros que se sentiam culpados por seus comportamentos anteriores, mas nunca com alguém que tivesse sofrido alucinações, eles estavam preocupados com o sr. Coleman.

Um exame físico do paciente, incluindo um exame neurológico, não revelou nada digno de nota, assim como testes laboratoriais de rotina, um exame de nível de álcool no sangue e um exame toxicológico de urina. Uma tomografia computadorizada (TC) sem contraste da cabeça resultou normal.

Diagnóstico

- Transtorno esquizofreniforme provisório.

Discussão

O diagnóstico diferencial para um jovem veterano militar com psicose de início recente e história de abuso de substância é amplo. As possibilidades principais incluem transtorno psicótico primário, transtorno do humor psicótico, psicose induzida por substância, transtorno psicótico secundário a uma condição médica geral, síndrome cultural compartilhada e TEPT.

O sr. Coleman parece ter grande probabilidade de se encaixar no transtorno esquizofreniforme do DSM-5, um diagnóstico que difere de esquizofrenia por duas características básicas: a duração total da doença esquizofreniforme – incluindo as

fases prodromica, ativa e residual – é superior a um mês, mas inferior a seis meses. Além disso, não há critério que determine prejuízo social ou profissional. Tanto para transtorno esquizofreniforme quanto para esquizofrenia, o paciente deve satisfazer ao menos dois dos cinco critérios sintomáticos. O sr. Coleman descreve alucinações (“ouço vozes que tentam fazer com que me sinta culpado”) e sintomas negativos (afeto embotado, abuliação e isolamento social). O relato de caso não menciona delírios nem desorganização do discurso ou do comportamento.

Embora irrelevante para os critérios do DSM-5, é de interesse o relato do sr. Coleman a respeito de dois sintomas schneiderianos, além das alucinações auditivas: ideias de referência e possíveis alucinações cenestésicas com base na descrição de suas cefaleias atípicas (“campainha” no cérebro).

O DSM-5 indica que sintomas depressivos e maníacos devem ser explorados como potenciais causadores da psicose, e o sr. Coleman nega sintomas de humor pertinentes. O diagnóstico de transtorno esquizofreniforme também requer a exclusão de uma condição médica geral ou transtorno por uso de substância que contribua para o quadro. O sr. Coleman parece não apresentar queixas médicas e tanto seu exame físico quanto os testes de laboratório corroboram esse fato.

O próprio paciente está convencido de que seus sintomas são decorrentes do álcool. Na pior das hipóteses, o hábito de beber do paciente parece ter sido comedido, além disso, ultimamente, ele vem ingerindo “uma ou duas cervejas” a cada duas semanas. Ele nega ter apresentado sintomas de abstinência ou outras complicações. Suas alucinações começaram meses depois da redução do consumo de álcool, mas persistiram durante meses. Além disso, seus testes laboratoriais, incluindo a situação hepática e o hemograma total, resultaram normais, o que seria incomum em pacientes que fazem o uso crônico de álcool, que normalmente acompanha psicose induzida

por essa substância ou sua abstinência significativa. O uso crônico de *Cannabis* pelo sr. Coleman poderia estar potencialmente implicado no desenvolvimento da psicose, mas, além de se configurar como esporádico, aparentemente esse uso não ocorreu durante vários meses antes do início das alucinações, e os resultados do teste toxicológico foram negativos. As preocupações do sr. Coleman com álcool e *Cannabis* aparentam estar vinculadas à culpa hiper-religiosa em vez de a um transtorno de uso de substância real. A possibilidade de uma condição médica foi considerada, mas seus testes laboratoriais normais e os resultados de seu exame físico não forneceram evidências para tanto.

Transtornos esquizofreniformes duram pelo menos um mês, mas menos de seis meses. Com relação ao sr. Coleman, seu período de um a dois meses iniciais de preocupação religiosa e ruminações de culpa seria considerado uma fase prodromica. Os três meses anteriores à visita ao pronto-socorro representariam a fase ativa da psicose. Como os sintomas psicóticos do sr. Coleman duraram de quatro a cinco meses e continuam, seria possível afirmar que ele apresenta transtorno esquizofreniforme provisório. Obviamente, todos os indivíduos que desenvolvem esquizofrenia passam por um período de seis meses no qual se poderia afirmar que eles apresentam transtorno esquizofreniforme, mas cerca de um terço das pessoas com transtorno esquizofreniforme não progridem para esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.

Outras três possibilidades diagnósticas que merecem ser mencionadas incluem TEPT, transtorno dissociativo e síndrome cultural compartilhada. O caso não aprofunda a experiência militar do sr. Coleman, mas a vivência em uma zona de guerra ativa pode ser uma exposição traumática. Ele não relatou aspectos de TEPT, mas não está claro o quanto se ponderou a existência de possíveis sintomas desse transtorno. Ao se levar em consideração que a esquiva é uma característica fundamental do TEPT

– o que torna pouco provável que o paciente relatasse sintomas espontaneamente sem ser perguntado – seria válido explorar a possibilidade cuidadosamente.

Os familiares do sr. Coleman indicam que seus sintomas se iniciaram à época em que ele começou a frequentar uma igreja evangélica e se preocupam que ele possa ter sofrido uma “lavagem cerebral”. O DSM-5 inclui uma categoria possivelmente pertinente, listada sob “outros transtornos dissociativos especificados”, no capítulo sobre transtornos dissociativos. Esse transtorno é reservado para indivíduos que passam por uma perturbação de identidade devido a persuasão prolongada e coercitiva no contexto de experiências como prisão política de longo prazo ou recrutamento por seitas.

Também é possível que as crenças incomuns do sr. Coleman sejam uma manifestação não patológica de crenças religiosas compartilhadas com outros membros de sua igreja.

Aparentemente, porém, esses sintomas psicóticos surgiram antes de seu ingresso na igreja e podem ter sido um fator motivador subjacente para que ele se filiasse ao que, anteriormente, não despertava seu in-

teresse. Além disso, embora frequentasse a igreja constantemente, não há evidências de que ele tenha se vinculado a um culto ou a uma seita religiosa manipulativos. Outros membros da congregação também encaram suas alucinações como anômalas, indicando que suas noções não fazem parte de uma mentalidade religiosa ou cultural compartilhada.

O diagnóstico inicial de transtorno esquizofreniforme provisório é temporário. Um acompanhamento longitudinal irá esclarecer se os sintomas do sr. Coleman se rão atenuados ou se progredirão para uma doença psicótica crônica.

Leituras Recomendadas

- Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, et al: Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 168(11):1186–1194, 2011
Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al: Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophr Res* May 23, 2013 [publicação eletrônica anterior ao prelo]
Taminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA, van Os J: Deconstructing Psychosis: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2010

CASO 2.4

Controle da Mente

Rajiv Tandon

Itsuki Daishi era um estudante de engenharia de 23 anos, vindo do Japão, que foi encaminhado para a clínica de saúde mental estudantil da universidade por um professor que ficou preocupado com sua frequência irregular às aulas. Quando se encontraram para falar sobre o declínio de seu desempenho, o sr. Daishi disse ao professor que estava sendo atrapalhado pelos “aparelhos de escuta” e pelas “máquinas de controle do pensamento” colocados em seu apartamento.

Embora estivesse inicialmente cauteloso em conversar com um psiquiatra, o sr. Daishi ressaltou que estava aliviado por finalmente ter a oportunidade de conversar em um aposento onde ainda não haviam sido colocadas escutas. Ele disse que seus problemas haviam começado três meses antes, após retornar de uma viagem ao Japão. Afirmou que a primeira indicação de problema foi que seus colegas espirravam e sorriam de um modo estranho quando ele entrava na sala de aula. Um dia, ao voltar das aulas, percebeu dois estranhos do lado de fora de seu apartamento e ficou imaginando por que eles estavam ali.

O sr. Daishi afirmou ter percebido pela primeira vez que havia escutas em seu apartamento cerca de uma semana depois de ter visto as duas pessoas desconhecidas do lado de fora dele. Quando assistia à televisão, reparava que os repórteres faziam co-

mentários indiretos e críticas sobre ele. Essa experiência era mais acentuada quando ele assistia à Fox News, a qual, ele acreditava, o selecionara devido a seu “intelecto superior” e sua intenção de um dia se tornar primeiro-ministro do Japão. Ele achava que a emissora estava tentando “enlouquecê-lo” incutindo ideias conservadoras em seu cérebro e que isso era possível por meio de minúsculos aparelhos de controle da mente que haviam instalado em seu apartamento.

O sono do sr. Daishi ficou cada vez mais irregular conforme ficava mais atento, temia que todos na faculdade e no prédio estivessem “de conluio na conspiração”. Ele retraiu-se e parou de frequentar as aulas, mas continuou a se alimentar e a manter sua higiene.

Negou sentir-se animado ou eufórico. Descreveu seu nível de energia como “o.k.” e seu pensamento como coerente, “exceto quando tentam colocar ideias na minha cabeça”. Admitiu ter passado várias horas com medo extremo durante sua ida recente ao Japão. Naquela ocasião, havia fumado “um monte de maconha”, começou a ouvir sons estranhos e a acreditar que seus amigos riam dele. Negou consumo de *Cannabis* desde sua volta aos Estados Unidos e negou ter experimentado outras substâncias de abuso, afirmando que, normalmente, sequer bebia álcool. Também negou história anterior de alucinações auditivas ou visuais.

Quando o tio do sr. Daishi, indicado como seu responsável local, foi contatado, descreveu seu sobrinho como um garoto saudável, inteligente e ligeiramente tímido, sem história anterior de doenças psiquiátricas maiores. Descreveu os pais dele como afetuosos e incentivadores, embora o pai “pudesse ser um pouco rígido”. Não havia história familiar de doenças mentais maiores.

Durante o exame, o sr. Daishi estava bem-arrumado e cooperativo, com atividade psicomotora normal. Seu discurso era coerente e orientado para objetivos. Descreveu seu humor como “com medo”. A gama e a mobilidade de sua expressão afetiva estavam normais. Negou ideias de culpa, suicídio ou desvalia. Estava convencido de que era continuamente monitorado e de que havia aparelhos de “controle da mente” em seu apartamento. Negou alucinações. Suas funções cognitivas estavam inteiramente dentro dos limites normais. Parecia não ter *insight* sobre suas crenças.

Uma averiguação mostrou que os resultados dos testes laboratoriais do sr. Daishi estavam normais: a tomografia computadorizada da cabeça não apontou nada extraordinário e o exame de urina para detecção de drogas resultou negativo para quaisquer substâncias de abuso.

Diagnóstico

- Transtorno delirante do tipo misto.

Discussão

O sr. Daishi satisfaz os critérios para transtorno delirante, o qual exige um ou mais delírios que persistem durante um período superior a um mês, mas sem outros sintomas psicóticos. A maioria dos delírios do sr. Daishi é de natureza persecutória e relacionada a aparelhos de monitoração. Ele apresenta delírios de referência (colegas espiando e sorrindo para ele), de perseguição

(“tentando me enlouquecer”, aparelhos de monitoração) e de inserção de pensamentos (“máquinas tentando colocar ideias na minha cabeça”). Justifica-se o especificador “tipo misto” porque a aparente motivação de ter sido selecionado parece ser grandiosa (seu “intelecto superior” e planos de se tornar primeiro-ministro do Japão), mas não apresenta outros sintomas de mania.

Outros transtornos psicóticos também devem ser considerados. A duração de três meses dos sintomas é longa demais para transtorno psicótico breve (inferior a um mês) e breve demais para esquizofrenia (superior a seis meses), mas é adequada para transtorno esquizofreniforme (entre um e seis meses de duração). O sr. Daishi não parece, contudo, apresentar um segundo sintoma (p. ex., alucinações, sintomas negativos ou desorganização), conforme a exigência para o diagnóstico esquizofreniforme. No DSM-IV, um único delírio bizarro – o delírio de inserção de pensamentos – seria adequado para alcançar os critérios sintomáticos para transtorno esquizofreniforme (ou esquizofrenia), mas delírios bizarros não recebem mais tratamento especial entre os transtornos do espectro da esquizofrenia do DSM-5.

A ausência de sintomas maníacos ou depressivos maiores de humor exclui o diagnóstico de transtorno bipolar (com sintomas psicóticos), o transtorno depressivo maior (com sintomas psicóticos) e o transtorno esquizoafetivo.

Deve-se considerar transtorno psicótico induzido por substância, tendo em vista o consumo recente e significativo de *Cannabis* pelo sr. Daishi. Seus sintomas realmente parecem ter se desenvolvido logo após o consumo de uma substância conhecida por causar psicose (*Cannabis*, adulterada ou não com outra substância como a fenciclidina), além disso, a *Cannabis* pode ser considerada um fator desencadeador que o sr. Daishi deveria evitar no futuro. No entanto, o DSM-5 exclui o diagnóstico de transtorno psicótico induzido por subs-

tância quando os sintomas persistem durante um período significativo de tempo (p. ex., um mês) após a descontinuação do uso da substância.

Leituras Recomendadas

Cermolacce M, Sass L, Parnas J: What is bizarre about bizarre delusions? A critical review. Schizophr Bull 36(4):667–679, 2010

Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J: The diagnostic status of first-rank symptoms. Schizophr Bull 34(1):137–154, 2008

Tandon R: The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. Psychiatr Clin North Am 35(3):557–569, 2012 PubMed ID: 22929866

Tandon R, Carpenter WT: DSM-5 status of psychotic disorders: 1 year prepublication. Schizophr Bull 38(3):369–370, 2012

CASO 25

Triste e Psicótico

Stephan Heckers

Personality
lidade

John Evans era um homem de 25 anos, branco, desempregado e solteiro que há anos consultava um psiquiatra para o manejo de psicose, depressão, ansiedade e abuso de maconha e álcool.

Depois de uma infância aparentemente normal, aos 15 anos o sr. Evans começou a apresentar humor disfórico, anedonia, baixa energia e isolamento social. Mais ou menos na mesma época, ele começou a consumir álcool e fumar maconha todos os dias. Além disso, desenvolveu ataques de pânico recorrentes, marcados por um início repentino de palpitações, diaforese e pensamentos de que iria morrer. No auge da depressão e do pânico, ele recebeu duas vezes uma combinação de sertralina,

100 mg ao dia, e psicoterapia. Nos dois casos, seus sintomas depressivos mais intensos desapareceram em algumas semanas e ele descontinuou o uso da sertralina após alguns meses. Entre os episódios de depressão grave geralmente era visto triste, irritável e sem motivação. Seu desempenho escolar piorou por volta da 2ª série do ensino médio e permaneceu mínimo até a formatura. Ele não cursou faculdade como seus pais esperavam, continuou a morar em casa e fazia “bicos” no bairro.

Por volta dos 20 anos, o sr. Evans desenvolveu um episódio psicótico no qual ele estava convicto de que havia assassinado pessoas quando tinha 6 anos de idade. Embora não conseguisse se lembrar quem

evento precipitante
fator patogênico
fator atípico
fator delírio

humor

essas pessoas eram ou as circunstâncias dos assassinatos, estava absolutamente convencido de que isso havia ocorrido, algo que era confirmado pelas vozes que continuamente o acusavam de ser um assassino. Ele também se convenceu de que outras pessoas iriam puni-lo pelo ocorrido e, portanto, temia por sua vida. Nas semanas que se seguiram, ficou tomado por culpa e obcecado com a ideia de que deveria se matar cortando os pulsos, o que culminou em sua internação psiquiátrica. Embora seu afeto no momento da admisão fosse ansioso, em alguns dias ele ficou muito deprimido, com anedonia proeminente, baixa qualidade de sono e apetite e concentração reduzidos. Com o uso combinado de medicamentos antipsicóticos e antidepressivos, os sintomas depressivos e psicóticos entraram em remissão após quatro semanas. Assim, a duração total do episódio psicótico foi de aproximadamente sete semanas, quatro das quais também foram caracterizadas por depressão maior. Ele foi hospitalizado com o mesmo padrão de sintomas outras duas vezes antes dos 22 anos – cada uma das quais começou com várias semanas de delírios e alucinações relacionadas à convicção de que havia assassinado alguém quando era criança, seguidas por depressão grave que durou mais um mês. Ambas as recaídas ocorreram quando ele aparentemente seguia as dosagens adequadas de antipsicóticos e antidepressivos. Durante os três anos anteriores a essa avaliação, o sr. Evans havia aderido ao tratamento com clozapina, não apresentara alucinações nem delírios. Ele também havia aderido à medicação antidepressiva e à psicoterapia de apoio, embora sua disforia, sua irritabilidade e sua falta de motivação nunca tivessem se resolvido por completo.

Sua história era significativa para abuso de maconha e de álcool, com início aos 15 anos. Antes do início da psicose aos 20 anos, ele fumava vários cigarros de maconha quase diariamente e bebia em de-

masia nos fins de semana, com apagões eventuais. Depois do início da psicose, ele reduziu significativamente seu uso de maconha e álcool, passando por dois períodos de abstinência que duraram vários meses, mas ainda continuou a ter episódios psicóticos até os 22 anos. Ele começou a frequentar grupos de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, alcançando sobriedade de maconha e álcool aos 23 anos, permanecendo sóbrio por dois anos.

Diagnósticos

- Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo.
- Transtorno por uso de álcool em remissão.
- Transtorno por uso de *Cannabis* em remissão.



Discussão

O sr. Evans luta contra depressão e ansiedade desde a adolescência, situação agravada pelo uso frequente de maconha e de álcool. Primeiramente, foi diagnosticado com depressão e transtorno de pânico e recebeu o tratamento condizente. Ele não ingressou na faculdade, como sua família esperava, e não obteve emprego desde a formatura no ensino médio. Aos 20 anos, surgiu a psicose e ele precisou ser internado.

Seu principal sintoma psicótico é a paranoia, com delírios de perseguição e para-mnésia de homicídio. Os delírios são agravados por alucinações auditivas, as quais ele percebe como confirmação de seus delírios. Os delírios e as alucinações ocorreram quase diariamente dos 20 aos 22 anos, até que foram resolvidos com uso de clozapina. Embora relate dificuldades relativas à memória, não exibiu comprometimento cognitivo acentuado nem desorganização do pensamento. Ele se encontra socialmente isolado e minimamente capaz de interagir com outros. A extensão, a gravidade

→ Uso psicótico atípico
↳ Depressão

*Será que indicar que seu personalidade
pré-mórbida era astenica?*

34 Casos Clínicos do DSM-5

e a duração de seus sintomas psicóticos são condizentes com o diagnóstico de um transtorno do espectro da esquizofrenia.

A psicose do sr. Evans surgiu após vários anos de depressão, ansiedade e ataques de pânico. Desde o início de sua doença psicótica, ele passou por múltiplos episódios de depressão, os quais surgem após períodos de delírio e alucinações e exibem culpa avassaladora, anedonia proeminente, baixa qualidade do sono e surtos ocasionais de irritabilidade. Ele pode se tornar suicida quando a intensidade da psicose e da depressão atinge seu auge.

O sr. Evans, portanto, satisfaz os critérios do DSM-5 para transtorno esquizoafetivo. Ele passou por um período ininterrupto em que os sintomas depressivos maiores eram concomitantes com os sintomas de esquizofrenia. Também apresentou períodos (com duração de várias semanas) de alucinações e delírios sem sintomas proeminentes de humor. Desde o início das fases ativa e residual de sua esquizofrenia, os sintomas depressivos maiores estiveram presentes durante a maior parte do tempo.

O sr. Evans também usou maconha e álcool durante oito anos. Embora esse uso possa ter contribuído para o surgimento de seus sintomas psicóticos e de humor, ele continuou a vivenciar delírios, alucinações e depressão significativos dos 20 aos 22 anos, quando interrompeu o uso de maconha e álcool durante vários meses. Um transtorno depressivo, de ansiedade ou psicótico induzido por álcool ou *Cannabis* poderia ter sido levado em consideração em diversos momentos na vida do sr. Evans, mas a persistência de seus sintomas psicóticos e de humor durante meses após a descontinuação do uso de maco-

nha e álcool indica que ele não apresenta um transtorno psiquiátrico induzido por substância.

Sua resposta ao tratamento com medicamentos antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores do humor é típica: várias tentativas malsucedidas com medicamentos antipsicóticos; a necessidade de tratamento combinado durante períodos de exacerbação; e tentativas malsucedidas de redução gradual da dose dos medicamentos antidepressivos ou antipsicóticos.

Um fator complicador com relação ao diagnóstico de transtorno esquizoafetivo do DSM-5 é a realidade de que, ao passo que o DSM-5 exige que o transtorno do humor esteja presente durante a maior parte das fases ativa e residual da esquizofrenia, transtornos do humor e psicóticos têm a propensão de variar significativamente com relação à resposta ao tratamento e ao curso clínico. Por exemplo, enquanto os transtornos depressivo e bipolar tendem à ciclicidade, a esquizofrenia – uma vez que se desenvolve – tende a persistir. Além disso, transtornos depressivo e bipolar geralmente são mais responsivos ao tratamento do que a esquizofrenia, especialmente porque a janela de tempo diagnóstica para esta última inclui a fase residual de esquizofrenia, a qual pode ser fortemente resistente a intervenções psiquiátricas. Ainda deve-se esperar para ver como essa restrição dos critérios para transtorno esquizoafetivo irá afetar a identificação e o tratamento desse grupo de pacientes.

Leituras Recomendadas

Heckers S: Diagnostic criteria for schizoaffective disorder. Expert Rev Neurother 12(1):1-3, 2012

CASO 2.6

Psicose e Cannabis

Melissa Nau

Heather Warm

Kevin Foster, um homem branco de 32 anos com história de transtorno bipolar, foi levado ao pronto-socorro pela polícia depois que sua esposa chamou o 911 para relatar que ele estava ameaçando pular da janela do hotel.

Nessa ocasião, o sr. Foster e a esposa estavam de férias, comemorando cinco anos de casados. Para celebrar o evento, decidiram tatuar-se. Mais tarde, foram a um parque próximo, onde o sr. Foster comprou e fumou um cigarro de maconha. Na hora que se seguiu, ele começou a acreditar que os símbolos em sua tatuagem tinham significado e poder misteriosos. Ficou convencido de que o tatuador estava conspirando com outras pessoas contra ele e que sua esposa o traía. Depois de voltar para o hotel, o paciente procurou evidências da infidelidade da esposa no celular dela e ameaçou pular da janela. A esposa do paciente, uma médica de pronto-socorro, conseguiu convencê-lo a dormir, achando que o episódio desapareceria.

No dia seguinte, o paciente continuava paranoide e delirante. Novamente ameaçou pular da janela e indicou que não teria escolha a não ser matar a esposa da próxima vez que ela dormisse. Ela chamou o 911 e seu marido foi levado ao pronto-socorro de um grande hospital próximo. Mais tarde, no mesmo dia, ele foi internado em uma unidade psiquiátrica para casos agu-

dos com diagnóstico de transtorno psicótico não especificado.

O paciente fumava *Cannabis* esporadicamente desde os 18 anos, mas havia começado a fumar diariamente cinco anos antes dessa internação. Tanto ele quanto a esposa negaram que ele tivesse usado outras substâncias ilícitas e o paciente indicou que raramente bebia álcool. Até um ano antes, nunca havia se consultado com um psiquiatra e nem amigos nem a família diriam que ele tinha problemas psiquiátricos significativos.

No ano anterior, contudo, o sr. Foster havia sido hospitalizado quatro vezes por questões psiquiátricas. Duas vezes com sintomas clássicos de mania e uma vez devido a depressão suicida. Além disso, sete meses antes dessa apresentação, o paciente havia sido internado devido a um episódio de seis semanas de psicose induzida por *Cannabis*, que respondeu bem a risperidona. Na época, seu sintoma principal era paranoia. Há dois meses havia entrado em um programa de internação de um mês para tratamento de abuso de substância para o transtorno por uso de *Cannabis*. Até o fim de semana dessa internação, ele não havia usado maconha nem álcool ou qualquer outra substância, desde que havia sido liberado da clínica de reabilitação. Também apresentava bom funcionamento durante a monoterapia com lítio, administrada por três meses.

O sr. Foster tinha emprego fixo como montador de filmes desde a formatura na faculdade. Seu pai tinha transtorno bipolar, e seu avô paterno havia cometido suicídio com arma de fogo, mas não havia recebido diagnóstico psiquiátrico.

No segundo dia da internação, o paciente começou a perceber que sua esposa não o traía e que os símbolos em sua tatuagem não tinham significado. Ao terceiro dia, afirmou espontaneamente que a paranoia havia sido resultado da intoxicação por *Cannabis*. Recusou-se a continuar com risperidona, mas prosseguiu com a monoterapia com lítio. Ele teve alta com consulta de acompanhamento com seu psiquiatra ambulatorial.

Diagnósticos

- Transtorno psicótico induzido por *Cannabis*.
- Transtorno bipolar em remissão.

Discussão

Logo após fumar um cigarro de maconha, o sr. Foster começou a acreditar que os símbolos de sua nova tatuagem tinham significado e poder misteriosos. Horas depois, ele se tornou paranoide em relação ao tatuador e delirantemente ciumento. Ameaçou matar a si mesmo e à sua esposa. Foi internado em uma unidade psiquiátrica. Os sintomas psicóticos desapareceram alguns dias depois e o paciente recuperou *insight* adequado. Essa trajetória de sintomas se encaixa no transtorno psicótico induzido por substância/medicamento do DSM-5, o qual requer delírios ou alucinações que se desenvolvem durante, ou logo após, uma intoxicação por substância (ou abstinência ou exposição a medicamentos).

Um critério diagnóstico adicional do DSM-5 para transtorno psicótico induzido por *Cannabis* diz respeito à determinação de se os delírios do sr. Foster não poderiam ser mais bem explicados por um transtor-

no psicótico primário como esquizofrenia ou por sintomas psicóticos inseridos em depressão ou mania. Seus sintomas se resolveram no prazo de três dias, o que é típico de uma psicose induzida por *Cannabis*, mas não de um transtorno psicótico independente. A rápida resolução dos sintomas fundamenta a probabilidade de que foram causados por *Cannabis*.

A história psiquiátrica do sr. Foster complica o diagnóstico de dois modos distintos. Primeiramente, das suas quatro hospitalizações psiquiátricas no ano anterior, uma foi decorrente de delírios paranoides no contexto de uso de *Cannabis*, levando a uma hospitalização de seis semanas. A duração dos delírios paranoides não está clara, mas aparentemente eles duraram muito mais do que seria típico para uma psicose induzida por *Cannabis*. O DSM-5 alerta especificamente que a persistência de uma psicose além de um mês após a exposição implica que a psicose pode ser independente em vez de induzida por substância.

Em segundo lugar, das outras três internações psiquiátricas do sr. Foster, duas foram causadas por mania “clássica” e uma por “depressão suicida”. Não está claro se paranoia ou psicose fizeram parte desses episódios. O DSM-5 destaca que uma história de episódios psicóticos não relacionados a substâncias deixariam uma psicose induzida por substância menos provável.

O relato de caso não deixa claro se esses episódios psiquiátricos podem ser reunidos em um único diagnóstico abrangente. Por exemplo, o sr. Foster poderia ter transtorno bipolar com episódios recorrentes de depressão e mania. A *Cannabis* poderia ajudá-lo a dormir – o que poderia reduzir a mania –, mas possivelmente desencadearia episódios. Se episódios maníacos e depressivos (com ou sem psicose) forem desencadeados por uma substância, mas os sintomas persistirem durante um período de tempo prolongado, então o diagnóstico mais preciso será transtorno bipolar,

especialmente se sintomas semelhantes se desenvolverem durante a ausência do uso de substância. O sr. Foster tem uma história familiar significativa de transtorno bipolar, o que poderia fundamentar ainda mais esse diagnóstico. No entanto, ele não confirma nenhum sintoma de humor durante seu episódio psicótico mais recente, e os sintomas se resolveram no período de dois a três dias. Esse histórico parece indicar que, embora o sr. Foster tenha satisfeito critérios para transtorno bipolar em outras ocasiões, ele parece estar em remissão atualmente.

Múltiplos transtornos do espectro da esquizofrenia podem ser considerados. No entanto, devido à duração de três dias dos sintomas, a maioria dos diagnósticos é rapidamente eliminada das possibilidades. Além disso, o sr. Foster parece ter apenas um domínio afetado (delírios). Transtorno delirante envolve apenas delírios, mas a duração mínima é de um mês. Transtorno psicótico breve também exige apenas um dos quatro sintomas primários do espectro da esquizofrenia, mas exige uma avaliação para determinar se o precipitante é uma substância ou um medicamento.

Dessa vez, portanto, transtorno psicótico induzido por *Cannabis* parece ser o

diagnóstico mais provável para esse episódio específico do sr. Foster. Pode ser possível obter elucidação por meio de uma investigação mais profunda dos registros médicos anteriores, mas seria ainda mais proveitoso um acompanhamento longitudinal contínuo.

Leituras Recomendadas

Caton CL, Hasin DS, Shrout PE, et al: Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *Br J Psychiatry* 190:105–111, 2007

Ekleberry S: Treating cooccurring Disorders: A Handbook for Mental Health and Substance Abuse Professionals. Binghamton, NY, Haworth, 2004

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al: Prevalence and cooccurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61(8):807–816, 2004

Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD: Current status of cooccurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *Am J Psychiatry* 170(1):23–30, 2013

CASO 2.7

Infestação de Pulgas

Julie B. Penzner

Lara Gonzalez, uma jornalista autônoma de 51 anos, divorciada, foi sozinha ao pronto-socorro solicitar uma avaliação dermatológica por causa de infestação de pulgas. Quando o exame da pele não revelou evidências para a queixa e a paciente insistiu que não estava a salvo em casa, ela foi internada em um serviço psiquiátrico com “transtorno psicótico não especificado”.

Suas preocupações começaram cerca de uma semana antes da apresentação. Para lidar com uma crise financeira, ela havia alugado um quarto extra em sua casa para hóspedes temporários e começado a cuidar de animais de estimação para alguns vizinhos. Sob essas condições, percebeu insetos marrons escondendo-se em sua pele, nas paredes, recobrindo seus tapetes e o colchão. Ela jogou fora uma sacola com roupas, acreditando que ouvia pulgas “esfregando e arranhando dentro do saco”. Ela não estava dormindo bem e havia passado as 36 horas anteriores à apresentação limpando a casa freneticamente, com medo que os hóspedes não pagassem se vissem as pulgas. Tomou vários banhos usando produtos para tratar infestações de bichos. Chamou um dedetizador que não encontrou evidências de pulgas, mas não acreditou nele. Estava chateada com a infestação, mas não sofria sintomas depressivos ou maníacos nem paranoíta. Não usava drogas nem álcool. Ninguém na família tinha história de doença psiquiátrica. A sra. Gonzalez teve depressão uma vez

no passado e foi tratada brevemente com um antidepressivo. Não apresentava problemas médicos relevantes.

Suas preocupações com a infestação começaram em meio ao diagnóstico de câncer invasivo de sua irmã, o início da menopausa, as dificuldades financeiras que provavelmente a forçariam a se mudar dos Estados Unidos de volta para a Argentina (seu país de origem) e o rompimento recente com seu namorado. Como parâmetro, descreveu a si mesma como uma pessoa obsessiva que sempre teve fobias de contaminação, que se agravavam em momentos de ansiedade.

Durante o exame de estado mental, a sra. Gonzalez estava calma e participativa, com relacionamento e contato visual normais. Ela ofereceu uma pequena sacola plástica contendo “pulgas e larvas” que havia coletado no hospital enquanto esperava a avaliação. A inspeção da sacola revelou pedaços de fios e de reboco. Seu discurso tinha um tom de urgência e descreveu seu humor como “triste agora”. Ficava lacrimosa em intervalos, mas, fora isso, reagia com sorrisos. Seus pensamentos estavam excessivamente inclusivos e intensamente concentrados em pulgas. Ela expressou a crença de que, cada vez que um fio de cabelo caía de sua cabeça, ele se transformava em uma larva. Quando chorava, acreditava que um ovo saía de seu canal lacrimal. Não estava suicida nem homicida. Expressou uma crença inabalá-

vel de que os fiapos eram larvas e de que estava infestada. Negou alucinações. Sua cognição estava intacta. Seu *insight* estava prejudicado, mas seu julgamento foi considerado razoavelmente adequado.

O exame dermatológico revelou que não havia insetos nem larvas na pele da sra. Gonzalez. Os resultados do exame neurológico, a tomografia computadorizada da cabeça, os testes laboratoriais e os dados toxicológicos estavam normais. Ela teve alta medicada com antipsicóticos de baixa dosagem e consultas semanais para psicoterapia de apoio. Sua preocupação melhorou em alguns dias e se resolveu totalmente em duas semanas. Ela desenvolveu *insight* suficiente para se referir à crença de que havia pulgas em sua pele como um “pensamento maluco”. Atribuiu sua “fuga da realidade” a estressores múltiplos e conseguiu elaborar a noção de que dependia de seu delírio como forma de desviar sua atenção dos problemas reais. Sua família confirmou a rápida volta a seus padrões de normalidade.

Diagnóstico

- Transtorno psicótico breve com estressores evidentes.

Discussão

Os delírios da sra. Gonzalez com retorno rápido ao funcionamento total pré-mórbido sugerem um diagnóstico de transtorno psicótico breve com estressores evidentes. Anteriormente denominado “psicose reativa breve”, um transtorno psicótico breve (com ou sem estressores evidentes) não pode ser diagnosticado até o retorno aos parâmetros de referência. O diagnóstico diferencial dessa condição é importante.

No momento da admissão, a paciente foi diagnosticada com “transtorno psicótico não especificado”, uma expressão usada com frequência quando a psicose está presente, mas as informações são incom-

pletas. Apenas depois que seus sintomas se resolveram rapidamente, ela pôde ser diagnosticada com um transtorno psicótico breve. O *insight* da sra. Gonzales retornou de forma rápida, e ela conseguiu estabelecer a conexão entre seus sintomas e os estressores que os antecederam. Embora o tratamento provavelmente reduza a duração de um episódio psicótico agudo, o DSM-5 não contabiliza especificamente o tratamento nas exigências de que o episódio dure menos de um mês.

Vale observar que os estressores podem ser positivos (p. ex., casamento, novo emprego, bebê recém-nascido) ou negativos, como no caso da sra. Gonzalez. Um prognóstico favorável costuma estar associado a uma história de bom funcionamento pré-mórbido, estressores agudos significativos e ausência de história familiar ou pessoal de doença psiquiátrica.

A falta de sono da sra. Gonzalez, sua agitação comportamental e a história depressiva pré-mórbida também poderiam sugerir episódio bipolar, mas não há outros sintomas que sustentem esse diagnóstico. De modo semelhante, sua obsessão delirante com infestação de pulgas sugere um possível transtorno delirante, os sintomas da sra. Gonzalez, porém, se resolveram rápido demais para que essa probabilidade existisse. Pacientes com transtornos da personalidade podem ter “micropsicoses”, no entanto, a sra. Gonzalez não parece apresentar transtorno da personalidade nem vulnerabilidade específica da personalidade. Simulação e transtorno factício parecem improváveis, assim como *delirium* e outras doenças médicas.

Episódios psicóticos breves têm baixa prevalência na população, o que poderia indicar que psicoses breves são incomuns. Mas também é possível que pessoas com sintomas psicóticos de curtíssima duração não busquem auxílio psiquiátrico. Além disso, a brevidade e a imprevisibilidade dos sintomas dificultam pesquisas e o desenvolvimento de especialização por parte

de clínicos ou de instituições. Também se observa que episódios psicóticos breves apresentam estabilidade relativamente baixa ao longo do tempo, o que faz sentido, uma vez que – ao contrário da esquizofrenia – episódios psicóticos breves têm, por definição, curta duração e não podem ser diagnosticados sem que haja tanto a remissão dos sintomas quanto um acompanhamento criterioso.

Leituras Recomendadas

- Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A: Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 94(6):460–464, 1996
Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, et al: McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry* 70(4):458–466, 2009

CAPÍTULO 3

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

O transtorno bipolar exibe um período distinto de mania ou hipomania. Por exemplo, um paciente pode sofrer um início relativamente agudo de euforia, redução da necessidade de dormir, grandiosidade, pressão por falar, pensamentos acelerados e uma variedade de indiscrições comportamentais. Na ausência de fatores complicadores, é provável que esse paciente seja imediatamente identificado como apresentando um episódio maníaco como parte de um transtorno bipolar tipo I nos termos do DSM-5.

Contudo, há muitos fatores que complicam o diagnóstico do transtorno bipolar, o que explica parcialmente a abundância de casos neste capítulo. A maioria das complicações está relacionada à avaliação

de sintomas. Em primeiro lugar, o DSM-5 identifica sete sintomas que normalmente se agrupam no transtorno bipolar, dos quais três são necessários para o diagnóstico de mania. Cada um desses sintomas exige discernimento clínico tanto no que se refere à duração quanto à intensidade, e determinados problemas, como “distraibilidade” e “redução da necessidade de sono”, não são sempre óbvios durante a avaliação clínica. Um diagnóstico de mania exige que os sintomas desse agrupamento persistam durante a maior parte do dia, todos os dias, por no mínimo uma semana. Esse padrão requer uma história precisa, a qual pode ser de difícil obtenção de qualquer paciente, mas especialmente daquele que pode apresentar pouco

insight sobre a presença de um problema psiquiátrico (como costuma ser o caso de indivíduos com transtorno bipolar). Informações de outras fontes podem ser fundamentais para avaliar um caso possível de mania. Uma história precisa de bipolaridade é ainda mais difícil de obter quando o sintoma de apresentação é depressão e os sintomas maníacos podem não ter se manifestado durante vários anos. Metade dos pacientes com transtorno bipolar abusa de substâncias, o que pode complicar a apresentação, o diagnóstico e o tratamento. Depressão é um sintoma tão comum no transtorno bipolar que o transtorno era chamado antigamente de “maníaco-depressivo”. Contudo, a relação entre os dois estados do humor não está sempre clara, esse foi um dos motivos pelos quais o transtorno bipolar foi deslocado para seu próprio capítulo no DSM-5. Descobriu-se que a depressão pode estar ausente no transtorno bipolar, mas também pode ser o estado do humor dominante tanto no que se refere à frequência quanto à intensidade dos sintomas. O humor pode oscilar entre dois extremos de depressão e mania ou os dois podem coexistir (p. ex., um episódio de humor com características mistas). A relação entre os sintomas depressivos e maníacos fica ainda mais complicada pelo fato de que os pacientes são mais propensos a queixas espontâneas de disforia do que de euforia. Por fim, como costuma ser o caso para transtornos em todo o DSM-5, um diagnóstico de bipolaridade exige prejuízo. Alguns dos sintomas básicos de mania – aumento da atividade, euforia e loquacidade – podem levar a aumento de eficiência e prazer, pelo menos a curto prazo, o que complica ainda mais a avaliação. O DSM-5 aborda essas incertezas descrevendo múltiplas síndromes dentro de um espectro bipolar. Por exemplo, ambos os diagnósticos de mania e hipomania exigem “três dos sete critérios listados, na maior parte do dia, quase todos os dias”. Contudo, mania requer ao menos um epi-

sódio com duração mínima de sete dias, enquanto para hipomania é exigido apenas quatro dias de duração. Em vez de causar um comprometimento acentuado do funcionamento social ou profissional como se observa na mania, a hipomania requer uma mudança inequívoca dos parâmetros de referência, observável por terceiros. Esses critérios levam em consideração a realidade de que pacientes maníacos e hipomaníacos costumam não ter *insight* e enfatizam que hipomania é menos grave que mania. Hipomania é um aspecto fundamental do transtorno bipolar tipo II do DSM-5. Uma segunda característica de distinção desse transtorno é a exigência de pelo menos um episódio depressivo maior em uma ocasião em que os sintomas hipomaníacos não estão presentes. Essa exigência contrapõe-se ao transtorno bipolar tipo I, o qual não requer a presença de depressão na história.

Outros pacientes podem ter sintomas clássicos de mania ou hipomania, mas com um precipitante fisiológico evidente. Por exemplo, um paciente pode desenvolver sintomas maníacos imediatamente após receber prednisona (um esteroide) para a intensificação repentina de lúpus eritematoso sistêmico (lúpus). O cerne do dilema diagnóstico é determinar se o paciente tem transtorno bipolar, o que, supostamente, justificaria uma medicação estabilizadora do humor; ou se ele teve uma reação relativamente comum a esteroides (i.e., um transtorno chamado normal e imprecisamente de “psicose por esteroide”, mais bem identificado, porém, pelo DSM-5 como transtorno bipolar induzido por medicamento), a qual poder ser tratada por meio da redução da medicação esteroide; ou – talvez mais provavelmente – se tem um caso de lúpus neuropsiquiátrico (i.e., um transtorno bipolar devido a outra condição médica), cujo tratamento mais indicado seria um *aumento* de esteroides. Um dos motivos pelos quais o diagnóstico de bipolaridade é contestado de forma tão veemente é que estabelecer o

diagnóstico correto tem importância vital para o tratamento do paciente.

O espectro bipolar também envolve grupos de indivíduos cujos sintomas relacionados à mania são significativos, mas não satisfazem os critérios para transtorno bipolar tipo I ou II devido à quantidade ou à duração dos sintomas. Por exemplo, alguns pacientes exibem um curso crônico de alternância de sintomas hipomaníacos e de sintomas depressivos sublimiares. Para alcançar o limiar diagnóstico para transtorno ciclotímico no DSM-5, esses sintomas devem causar sofrimento e ser persistentes (a maioria dos dias durante um período mínimo de dois anos – um ano em adolescentes – e um período assintomático inferior a dois meses) e o indivíduo jamais deve ter satisfeito os critérios para episódio maníaco ou depressivo maior. Esse grupo de pacientes apresenta o transtorno ciclotímico do DSM-5, um transtorno muito semelhante ao transtorno depressivo persistente (distimia) do DSM-5 tanto no que se refere à duração quanto à intensidade dos sintomas.

Outros pacientes apresentam sintomas maníacos significativos, mas uma história adequada não vem à tona devido à situação (p. ex., consulta no pronto-socorro); nesses casos, o diagnóstico, nos termos do DSM-5, seria transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado. Vários outros pacientes são diagnosticados com outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado de acordo com o DSM-5. Entre eles, estão indivíduos cujos sintomas maníacos ou persistem durante um período inadequado de tempo (p. ex., apenas de dois a três dias em vez dos quatro necessários), ou persistem por mais de quatro dias, mas não satisfazem três dos sete critérios sintomáticos para hipomania. Outros ainda satisfazem os critérios para hipomania, mas não apresentam história de depressão maior e, portanto, não satis-

fazem os critérios para transtorno bipolar tipo II. Outros apresentam hipomania crônica e sintomas depressivos sublimiares, mas não satisfazem o critério de 24 meses para ciclotimia.

Diagnósticos do espectro bipolar têm gerado uma controvérsia significativa. Uma das questões diz respeito à duração. Estabelecer um diagnóstico no qual os sintomas precisam estar presentes durante apenas alguns dias e não necessariamente causam sofrimento significativo é difícil. Outra complicação se refere à intensidade do sintoma. Fazer a distinção entre normal e anormal nem sempre é fácil quando as variáveis incluem comportamentos humanos essenciais como loquacidade, tomada de riscos, necessidade de sono e autoestima.

A abordagem do DSM-5 para essa controvérsia é equilibrar dois interesses que competem entre si. O primeiro é identificar agrupamentos de sintomas robustos e bem definidos que ocorrem em pacientes em sofrimento. O segundo é evitar transformar a experiência humana normal em patologia. Sem testes confiáveis para “transtorno bipolar”, cabe ao clínico fazer uso desses critérios e seguir evidências disponíveis tanto para o estabelecimento do diagnóstico quanto para o tratamento desses pacientes desafiadores.

Leituras Recomendadas

Cosgrove VE, Suppes T: Informing DSM-5: biological boundaries between bipolar I disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *BMC Med* May 14, 2013 [publicação eletrônica anterior ao prelo]

Strakowski SM: The Bipolar Brain: Integrating Neuroimaging and Genetics. New York, Oxford University Press, 2012

Swann AC, Lafer B, Perugi G, et al: Bipolar mixed states: an International Society for Bipolar Disorders Task Force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *Am J Psychiatry* 170(1): 31–42, 2013

CASO 3.1

Perturbado Emocionalmente

Donald M. Hilty

Um homem afro-americano, aparentemente na faixa dos 30 anos, foi levado ao pronto-socorro pela polícia. O formulário de encaminhamento indicava que ele era esquizofrênico e um “indivíduo perturbado emocionalmente”. Um dos oficiais de polícia afirmou que o homem ofereceu pagamento em troca de sexo enquanto estava no assento de trás da viatura. Ele referia a si mesmo como o “Novo Jesus” e não forneceu outro nome. Recusou-se a sentar e, em vez disso, correu pela sala de emergência. Foi imobilizado e recebeu lorazepam, 2 mg, e haloperidol, 5 mg, via intramuscular. Difenidramina intravenosa (Benadryl) foi disponibilizada em caso de efeitos colaterais extrapiiramidais. A equipe da baixa escreveu que ele apresentava “transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado” e o transferiu para a equipe psiquiátrica de plantão no pronto-socorro.

Apesar de estar imobilizado, continuava euforicamente agitado, falando sobre receber mensagens de Deus. Ao ser perguntado quando havia dormido pela última vez, afirmou que não precisava mais dormir e que havia “sido tocado pelo Paraíso”. Seu discurso era rápido, desorganizado e difícil de entender. Foram realizados exames de química do sangue, toxicológico e hemograma completo. Depois de mais 45 minutos de agitação, recebeu outra dose de lorazepam, a qual o acalmou,

mas ainda assim não o adormeceu. Suas contenções foram removidas.

Uma análise do registro médico eletrônico indicou que ele havia passado por um episódio semelhante dois anos antes. Na época, o exame toxicológico resultara negativo. Ele havia sido internado durante duas semanas em um serviço de internação psiquiátrica e teve diagnóstico de alta de “transtorno esquizoafetivo”. Na ocasião, recebeu prescrição de olanzapina e foi encaminhado para uma clínica ambulatorial para acompanhamento. Esse boletim médico fazia referência a outras duas internações em um hospital regional, mas os registros não estavam disponíveis fora do horário comercial.

Uma hora após receber o haloperidol e o lorazepam iniciais, o paciente foi entrevistado enquanto estava sentado em uma cadeira no pronto-socorro. Ele era um homem afro-americano com sobre peso, desarrumado e cheirando mal, embora não exalasse odor de álcool. Seu contato visual era fraco, mas olhava para pessoas próximas, para o relógio na parede, para o examinador, para uma enfermeira que passava ou para qualquer coisa ou pessoa que se movesse. Seu discurso era desorganizado, rápido e difícil de acompanhar. Sua perna saltava para cima e para baixo, mas não saiu de sua cadeira nem ameaçou o entrevistador. Descreveu seu humor como “nada mal”. Seu afeto era lábil. Com

frequência ria sem motivo específico, mas ficava irritadamente frustrado quando achava que não o estavam entendendo. Seu processo de pensamento era desorganizado. Apresentava delírios de grandiosidade e suas percepções eram relativas a “Deus fala comigo”. Negou outras alucinações, bem como pensamento suicida e homicida. Quando perguntado sobre a data, respondeu com um longo discurso sobre o significado subjacente da data do dia, que ele errou apenas por um dia. Lembrou-se dos nomes dos dois oficiais de polícia que o levaram ao hospital. Recusou-se a realizar mais testes cognitivos. Seu *insight* e julgamento pareciam ruins.

A irmã do paciente chegou uma hora depois, após ter sido chamada por um vizinho que havia visto seu irmão, Mark Hill, ser levado por uma viatura da polícia. A irmã afirmou que ele parecia estranho uma semana antes, discutindo de forma atípica com parentes em uma reunião no feriado. Disse que ele alegou que não precisava dormir na ocasião e que falava sobre seus “dons”. Ela havia tentado entrar em contato com o sr. Hill desde então, mas ele não atendia ao telefone nem respondia a *e-mails* ou mensagens de texto. Afirmou que não gostava de falar sobre os problemas dele, mas havia visto duas vezes um frasco de olanzapina em sua casa. Ela sabia que o pai havia sido chamado de esquizofrênico e bipolar, mas não o via desde a infância. Ela afirmou que o sr. Hill não costumava usar drogas. Informou também que ele tinha 34 anos e era professor de matemática, tendo recentemente terminado um semestre letivo.

Ao longo das 24 horas seguintes, o sr. Hill acalmou-se significativamente. Continuou a acreditar que não o entendiam e que não precisava ser hospitalizado. Falava rapidamente e alto. Seus pensamentos pulavam de uma ideia para outra. Falou sobre ter uma ligação direta com Deus e que tinha “um papel importante na Terra”, mas negou ter ligação com alguém

chamado “Novo Jesus”. Continuou tenso e apreensivo, mas negou paranoia e medo.

Uma bateria de exames físicos revelou que não havia anormalidades além de bolhas nos pés. O paciente não tremia, seus reflexos de estiramento estavam simétricos e receberam pontuação 2 de um total de 4. Não demonstrou assimetria neurológica. Seu exame toxicológico resultou negativo e o nível de álcool no sangue era zero. Os primeiros resultados laboratoriais eram pertinentes para nitrogênio da ureia sanguínea elevado e nível de glicose no sangue de 210 mg/dL. O volume corporcular médio, o índice de aspartato aminotransferase/alanina aminotransferase e o nível de magnésio eram normais.

Diagnóstico

- Transtorno bipolar tipo I, episódio atual maníaco, grave, com características psicóticas congruentes com o humor.

Discussão

O objetivo primário inicial para o sr. Hill era segurança. Com essa finalidade, ele recebeu sedativos e foi imobilizado durante uma hora.

A atenção da equipe se voltou rapidamente para o diagnóstico, e a compreensão do paciente evoluiu ao longo das 24 horas em que ele ficou no pronto-socorro. Na admissão, a equipe registrou que ele apresentava “transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado”, um diagnóstico usado com frequência quando pacientes apresentam sintomas psicóticos para a equipe de avaliação que não dispõe de informações suficientes para estabelecer um diagnóstico mais específico. Nesse momento, a questão diagnóstica crucial era entre o diagnóstico que parece mais óbvio (p. ex., uma psicose) e diagnósticos que são comuns e com potencial imediatamente mais perigoso (p.

ex., psicose ou *delirium* induzidos por intoxicação ou abstinência de substância).

A busca nos registros médicos eletrônicos foi importante, pois indicou que o paciente havia apresentado, dois anos antes, sintomas semelhantes e exame toxicológico negativo. Mais tarde, no mesmo dia da admissão atual, a equipe de avaliação recebeu novas informações na forma de resultados negativos do exame toxicológico e laboratorial, sugerindo que o sr. Hill não era um usuário intenso e crônico de álcool (nível zero de álcool no sangue e volume corporcular médio, índice de aspartato aminotransferase/alanina aminotransferase e nível de magnésio normais). A história fornecida pela irmã juntamente com os reflexos normais do sr. Hill, a ausência de tremores e a cognição aparentemente intacta (boa memória dos nomes dos policiais e orientação pelo menos quanto à data) tornaram a abstinência de álcool altamente improvável.

Ficou evidente que o sr. Hill apresentava algum tipo de psicose, mas a equipe não pareceu desenvolver um diagnóstico claro. Ele se apresentou no pronto-socorro com um agrupamento clássico de sintomas: humor expansivo e irritável, grandiosidade, redução da necessidade de sono, pressão por falar, pensamentos acelerados, distractibilidade, agitação e comportamento sexual inadequado. Bolhas nos pés seriam compatíveis com a caminhada incessante, nitrogênio da ureia sanguínea elevado e níveis normais de creatinina seriam compatíveis com desidratação. Em outras palavras, ele satisfaz todos os critérios do DSM-5 para um episódio maníaco. Seus sintomas psicóticos talvez fossem mais impressionantes, mas seriam especificadores para a doença bipolar em vez de uma indicação de que o diagnóstico pertencia ao espectro da esquizofrenia. Informações da história – muitas das quais ficaram disponíveis apenas no final do dia que o sr. Hill passou no pronto-socorro – indicaram que ele era um professor de matemática de 34 anos que havia recentemente terminado o semestre letivo. Pessoas com esquizofrenia

raramente conseguem manter um emprego com tal nível de exigência, como o de professor, enquanto pessoas com doença bipolar frequentemente são bastante funcionais entre episódios.

Se a apresentação do sr. Hill ocorrida dois anos antes realmente foi semelhante à do episódio atual, dado que não havia evidências reais para uma história de pensamento psicótico intermórbido, é estranho que a equipe anterior tivesse concluído que ele apresentava transtorno esquizoafetivo. Uma explicação possível para esse fato é a de que questões culturais tenham contribuído para o diagnóstico esquizoafetivo. Afro-americanos parecem ser diagnosticados com esquizofrenia com muito mais frequência que indivíduos brancos não latinos, apesar de não haver uma real incidência elevada do transtorno nessa população. O motivo para isso não está evidente. É possível que clínicos de um subgrupo cultural diferente não consigam obter uma história adequada devido a algum tipo de mal-entendido mútuo. Também é possível que o pouco acesso a cuidados de saúde mental – talvez relacionado a disparidades econômicas ou níveis mais baixos de confiança no sistema médico e/ou de saúde mental – leve a menos tratamentos sistemáticos de afro-americanos. Esses fatores podem conduzir a sintomas psicóticos mais persistentes, graves ou bizarros, que, por sua vez, podem ser erroneamente interpretados como se tivessem mais probabilidade de associação à esquizofrenia.

O diagnóstico de transtorno do espectro da esquizofrenia teria consequências para o sr. Hill. Ele dificilmente conseguiria receber medicamentos estabilizadores do humor, por exemplo, o que poderia levar a mais episódios tanto de mania quanto de depressão. Ele também poderia ser tratado apenas com medicamentos como a olanzapina, que é muito conhecida por causar ganho de peso. Percebe-se que o sr. Hill está obeso e que seu nível de glicose no sangue é de 210 mg/dL. A equipe responsável por seu tratamento precisa esclarecer seu diag-

nóstico ativamente, tanto para reduzir os diversos efeitos negativos de sua provável doença bipolar, quanto para evitar efeitos metabólicos iatrogênicos como diabetes.

Leituras Recomendadas

Gara MA, Vega WA, Arndt S, et al: Influence of patient race and ethnicity on clinical asses-

sment in patients with affective disorders. Arch Gen Psychiatry 69(6):593–600, 2012
 Strakowski SM, Keck PE Jr, Arnold LM, et al: Ethnicity and diagnosis in patients with affective disorders. J Clin Psychiatry 64(7):747–754, 2003
 Whaley AL: Psychometric analysis of the Cultural Mistrust Inventory with a Black psychiatric inpatient sample. J Clin Psychol 58(4):383–396, 2002

CASO 3.2

Ciclos de Depressão

Michael Gitlin

Nancy Ingram, uma analista de ações de 33 anos, casada e mãe de duas crianças, foi levada ao pronto-socorro depois de 10 dias do que o marido descreveu como “outro ciclo de depressão”, caracterizado por temperamento explosivo, choro e praticamente nenhum sono. Ele observou que esses “períodos negros” ocorriam desde que ele a conheceu, mas ela passara por pelo menos meia dúzia desses episódios no ano anterior. Ele afirmou que normalmente eles melhoravam algumas semanas depois de retomar a administração de fluoxetina. Acrescentou que ponderava se o álcool e o clonazepam agravavam seus sintomas, porque era comum que tivesse reforçado seu uso quando esses períodos negros começavam.

O marido da sra. Ingram disse que resolveu levá-la ao pronto-socorro depois de

ter descoberto que ela recentemente havia criado um *blog* intitulado As Melhores Opções de Ações por Nancy Ingram. Essa atividade não apenas destoava do normal, como também, pelo fato de estar empregada como analista de ações para um banco de investimentos, ia contra a política da empresa. Afirmou que ela trabalhava sem parar na escolha de ações para o *blog*, negligenciando suas próprias refeições e também suas responsabilidades no trabalho e em casa com as crianças. Em relação a isso, ela argumentava que estava bem e que o *blog* iria deixá-los “ricos como Creso”.

A paciente havia sido diagnosticada com depressão pela primeira vez na faculdade, após o suicídio do pai. Ele era um homem de negócios que abusava do álcool, era extremamente inconstante e que

a paciente amava muito. A avó paterna havia sofrido vários “esgotamentos nervosos”, mas seu diagnóstico e sua história de tratamento eram desconhecidos. Desde a faculdade, seu humor normalmente era “pra baixo”, entremeado com episódios recorrentes de aumento de disforia, insônia, discurso atípicamente rápido e hiper-vigilância. Ela havia tentado psicoterapia esporadicamente e tomado uma série de medicamentos antidepressivos, mas seu marido observou que a depressão de base continuava e que os períodos negros aumentavam de frequência.

Seu psiquiatra ambulatorial indicou que a sra. Ingram parecia ter distimia e depressão maior recorrente. Ele também afirmou que nunca a vira durante seus períodos de irascibilidade e insônia – ela se recusava a marcar consultas até que os períodos “realmente deprês” melhorassem – e que ela lhe negou acesso ao marido ou a qualquer outra fonte de informação.

Durante o exame, a paciente caminhava irritada de um lado para outro na sala. Vestia calça jeans e uma camisa desleixadamente desabotoada. Seus olhos pareciam vidrados e sem foco. Reagiu à entrada do examinador sentando-se e explicando que tudo era um mal-entendido, que ela estava bem e precisava voltar para casa imediatamente para cuidar de seus negócios. Seu discurso era rápido, com pressão por falar e muito difícil de interromper. Ela admitiu que não dormia, mas negou que isso fosse um problema. Negou alucinações, mas admitiu, com um sorriso, que tinha uma habilidade excepcional de prever o mercado de ações. Negou-se a fazer testes de cognição, afirmando que dispensava a oportunidade de ser uma “foca amestrada, uma cobaia, um cachorro que ladra, muito obrigada, posso ir embora agora?”. Seu *insight* da situação parecia ruim, e seu julgamento foi considerado prejudicado.

Diagnóstico

- Transtorno bipolar, episódio atual maníaco com características mistas e ciclagem rápida.

Discussão

A sra. Ingram apresenta choro, irritabilidade, baixa qualidade do sono, humor triste e tratamentos cada vez mais malsucedidos para depressão maior recorrente. Quando seus sintomas são mais intensos e incapacitantes, ela se recusa a consultar seu psiquiatra ambulatorial. Sua avaliação, portanto, foi limitada e o relato de caso apresenta sintomas que parecem não ter sido incorporados à avaliação diagnóstica. Por exemplo, a sra. Ingram apresenta discurso rápido com pressão por falar, contrastando com os padrões de discurso lentos e não espontâneos encontrados na depressão. Ela também criou um *blog* de investimentos do tipo “fique rico logo”, o que reflete um comprometimento de seu discernimento e pode levar à sua demissão. Esses são sintomas clássicos de mania, os quais devem levar a uma reformulação de seus sintomas “depressivos”. Sua incapacidade de dormir – típica de depressão, geralmente acompanhada por fadiga diurna – parece ser mais bem descrita como uma redução da necessidade de sono sem fadiga diurna. Irritabilidade pode fazer parte de depressão, mas é particularmente típica em pessoas que apresentam características mistas de ambas, depressão e mania. A atitude desdenhosa e de zombaria durante a entrevista fundamenta ainda mais esse diagnóstico, assim como seu *insight* e julgamento ruins. A história indica pelo menos seis episódios desse tipo no ano anterior, o que satisfaz os critérios do DSM-5 para o subtipo de ciclagem rápida de mania bipolar.

Embora ao menos algumas de suas “depressões” anteriores pareçam ter sido

caracterizadas por irritabilidade opressiva, o relato de caso não indica se os episódios anteriores foram acompanhados pelo nível de grandiosidade, disposição em assumir riscos e disfunção que acompanham o episódio atual. Mesmo assim, evidentemente a sra. Ingram apresenta uma história de características depressivas crônicas, possivelmente distimia, de modo que esses aspectos foram acompanhados por sintomas hipomaníacos e, no momento dessa apresentação, claramente maníacos. A combinação de sintomas depressivos e maníacos indica que o transtorno bipolar de ciclagem rápida da sra. Ingram é acompanhado por "características mistas".

Como ela nunca se consultou com seu psiquiatra durante os episódios hipomaníacos anteriores e se recusou a permitir contato entre ele e outras pessoas que a conhecem, o psiquiatra não estava ciente deles e a estava tratando como se ela tivesse depressão unipolar. Isso significa que ela provavelmente também tenha passado por episódios depressivos verdadeiros (diferentes de seus períodos hipomaníacos mistos recorrentes), para os quais ele prescreveu fluoxetina.

Sua "resposta" anterior à fluoxetina não é fácil de ser interpretada com as informações apresentadas. Entre as possibilidades estão: a fluoxetina foi eficaz no tratamento de depressões evidentes, as quais podem ter se seguido às hipomanias mistas (a clássica sequência de intervalos de mania-depressão no transtorno bipolar); a sra. Ingram mudava o ciclo de seus episódios enquanto tomava fluoxetina, a qual não surtia efeito positivo; ou o uso do antidepressivo, especialmente sem um estabilizador do humor, a estava induzindo um padrão de ciclagem mais rápido, o qual poderia parecer com respostas rápidas a um antidepressivo com recaídas sub-

sequentes e rápidas para o próximo estado de humor.

A história familiar da sra. Ingram é compatível com doença psiquiátrica maior, mas não está suficientemente clara para sugerir, de forma específica, transtorno bipolar. Uma história familiar de suicídio com abuso de álcool (ocorrido com o pai da paciente) não ajuda a distinguir entre depressão unipolar e bipolar. A descrição do pai da sra. Ingram como inconstante poderia refletir o efeito do abuso de álcool, transtorno bipolar não identificado ou ambos. De modo semelhante, a descrição da avó paterna como tendo passado por "esgotamentos nervosos" sugere um transtorno psiquiátrico maior, mas sem especificidade diagnóstica.

O aumento do uso de clonazepam e álcool durante esses estados maníacos é muito comum. O transtorno bipolar está associado ao índice mais elevado de comorbidade com drogas ou álcool entre todos os transtornos psiquiátricos sem contar os transtornos por uso de substância. No caso da sra. Ingram, o uso de clonazepam e álcool poderia representar automedicação de sua disforia irritável ou a tendência de indivíduos maníacos ao excesso em todos os comportamentos. A história familiar da sra. Ingram de abuso de álcool aumenta ainda mais seu risco.

Leituras Recomendadas

- Coryell W, Solomon D, Turvey C, et al: The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60(9):914-920, 2003
- Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, et al: Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. *J Clin Psychiatry* 64(12):1483-1494, 2003
- Lee S, Tsang A, Kessler RC, et al: Rapid-cycling bipolar disorder: cross-national community study. *Br J Psychiatry* 196(3):217-225, 2010

CASO 3.3

Preocupação Suicida

Maria A. Oquendo

Olivia Jacobs, uma estudante universitária de arquitetura de 22 anos, foi encaminhada para uma consulta psiquiátrica urgente depois de ter dito à colega de quarto que estava pensando em suicídio. A sra. Jacobs tinha história de sintomas de humor que estavam sob controle com lítio e sertralina, mas seus sintomas depressivos haviam retornado logo depois de ter chegado a uma nova cidade para estudar, três meses antes. Ela ficava pensando nas formas como poderia se matar sem incomodar os outros. Seus pensamentos suicidas dominantes envolviam disparar uma arma contra a cabeça enquanto se debruçava sobre a janela, para não sujar a casa de estudante. Embora não tivesse acesso a uma arma, passava tempo na internet pesquisando lugares onde poderia comprá-la.

A história psiquiátrica da sra. Jacobs teve início aos 15 anos de idade, quando ela começou a consumir álcool e maconha regularmente, geralmente em dancearias com amigos. As duas substâncias a acalmavam, e negou que o uso delas tenha se tornado problemático. Ela não consumia álcool nem maconha desde que havia ingressado na faculdade.

Por volta dos 17 anos, começou a passar por episódios depressivos breves e intensos, marcados por choro, sentimentos de culpa, anedonia, desesperança, baixa energia e má concentração. Ela dormia mais de 12 horas por dia e negligenciava suas responsabilidades acadêmicas e domésticas.

Esses episódios depressivos geralmente mudavam depois de algumas semanas e se transformavam em períodos de aumento de energia, pressão por falar e criatividade incomum. Ela costumava ficar grande parte da noite trabalhando em projetos e construindo maquetes arquitetônicas. Esses episódios acelerados duravam cerca de cinco dias e eram entrecortados por sentimentos de que seus amigos haviam se virado contra ela e que não eram realmente seus amigos. Preocupada especialmente com a paranoia, sua família a levou a um psiquiatra que a diagnosticou com transtorno bipolar tipo II e prescreveu lítio e sertralina. Embora os humores da sra. Jacobs não tenham se estabilizado completamente com esse regime, ela se saiu bem em uma universidade local a ponto de ser aceita em um programa de graduação longe de casa. Nesse momento, a depressão voltou, e pela primeira vez ela teve pensamentos suicidas intensos.

Durante a avaliação, a paciente estava visivelmente deprimida e chorosa, com lentidão psicomotora. afirmou que era muito difícil sair da cama e não frequentava as aulas na maioria da semana. Relatou desesperança, má concentração e culpa por gastar o dinheiro da família nos estudos que ela não conseguia realizar. afirmou pensar em suicídio na maior parte do tempo e que não encontrava nada que a distraísse. Negou beber ou fumar maconha recentemente, dizendo que não tinha vontade de “se

divertir". Reconheceu sentimentos profundos de vazio e afirmou que, algumas vezes, cortara seus braços superficialmente para "sentir como era". Afirmou que sabia que se cortar assim não a mataria. Relatou despersonalização e ataques de pânico eventuais. Negou ter instabilidade de humor, desrealização, problemas com impulsividade, preocupações com sua identidade ou medo de ser abandonada.

Diagnósticos

- Transtorno bipolar tipo II, episódio atual depressivo; nível elevado de preocupação com suicídio.
- Transtorno de ansiedade não especificado.

Discussão

A sra. Jacobs se apresenta com depressão atual marcada por humor deprimido, anedonia, problemas de sono, anergia, retardo psicomotor, culpa excessiva e pensamentos recorrentes sobre suicídio. Esses sintomas causam sofrimento significativo e parecem ter persistido durante três meses, muito além das duas semanas exigidas para o diagnóstico de depressão maior do DSM-5.

Além dos sintomas depressivos, ela foi tratada para transtorno bipolar tipo II, que exibe sintomas de depressão maior e hipomania. De acordo com sua história, ela teve múltiplos períodos de cinco dias de aumento de energia, pressão por falar, aumento de criatividade e de produtividade e redução da necessidade de sono. Esses sintomas são consistentes com a definição de hipomania. Além deles, no entanto, a paciente acreditou temporariamente que seus amigos haviam se voltado contra ela e que não eram seus amigos de verdade. Caso esses sintomas paranoides sejam considerados psicóticos, então justifica-se um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I. Nesse caso, a paranoia parece ser mais uma ideia supervalorizada do que um

delírio manifesto, mas uma avaliação criteriosa da capacidade da paciente em um teste de realidade seria importante.

A doença da sra. Jacobs começou no final da adolescência. A média de idade do início do transtorno bipolar é de aproximadamente 25 anos, de modo que os sintomas normalmente começam entre os 15 e os 30 anos de idade. Um início em idade precoce sugere uma forma mais grave da doença, e embora a sra. Jacobs tenha sido, com frequência, bastante funcional, ela já apresentou múltiplos episódios tanto de depressão como de hipomania no decorrer de seus 22 anos.

A sra. Jacobs também tem história de uso de álcool e maconha, o que ela relatou como tendo um "efeito calmante". Descerne-se a intensidade de uso dessas substâncias; no entanto, metade das pessoas que satisfazem os critérios para transtorno bipolar também apresentam comorbidade com transtorno por uso de álcool e/ou substância. Essas duas substâncias em si podem constituir um problema, obviamente, mas qualquer uma das duas poderia também ter ajudado a desencadear alguns de seus primeiros sintomas de humor. Contudo, ela não usou nenhuma das duas nos três meses transcorridos desde sua depressão mais recente e, para que seu transtorno do humor seja considerado "induzido por substância", seus sintomas de humor não poderiam persistir além de um mês depois de interromper o uso de álcool e maconha. Em outras palavras, independentemente do papel desempenhado pelas substâncias no desencadeamento dos sintomas, o transtorno bipolar tipo II da sra. Jacobs assumiu um curso próprio.

Transtornos de ansiedade normalmente também são comórbidos com transtorno bipolar. A sra. Jacobs descreveu um "efeito calmante" do uso de maconha e álcool, o que talvez seja um indicador de uma ansiedade não identificada. Mais tarde ela passou por episódios de despersonalização e ataques de pânico, os quais causaram

profundo sofrimento. Na falta de mais informações, provavelmente seria justificado um diagnóstico de transtorno de ansiedade de não especificado.

O transtorno da personalidade *borderline* também é frequentemente comórbido com transtorno bipolar de início precoce, especialmente do tipo II. No caso da sra. Jacobs, a presença de despersonalização, sentimentos de vazio, uso de substância, autoagressão não suicida e preocupação com pensamentos suicidas poderiam ser considerados sintomas de transtorno da personalidade *borderline*. Ao mesmo tempo, no entanto, ela negou problemas com impulsividade (além do abuso de substância), instabilidade do humor fora de episódios, desrealização, preocupações com sua identidade e temores de abandono. Embora a possibilidade de um transtorno da personalidade não possa ser totalmente descartada, a sra. Jacobs atualmente não satisfaz os critérios para transtorno da personalidade *borderline*. Em vez disso, a sobreposição de sintomas é provavelmente decorrente de seus transtornos bipolar e de ansiedade.

A ideação suicida da sra. Jacobs é preocupante. O transtorno bipolar está associado aos índices mais elevados de suicídio entre todas as condições psiquiátricas, totalizando 25% de todos os suicídios consumados. *Grosso modo*, um terço das pessoas

com transtorno bipolar relata pelo menos uma tentativa de suicídio, de 8 a 20% dos pacientes bipolares consumam suicídio, e a letalidade das tentativas pode ser ainda mais elevada no transtorno bipolar tipo II do que no tipo I. É difícil predizer quais pacientes irão agir a partir dos pensamentos suicidas, embora tenham sido encontradas associações com idade precoce de início, primeiros episódios depressivos, história familiar de atos suicidas e comportamentos agressivos e impulsivos. Ao se levar em consideração o diagnóstico e a ideação suicida dessa paciente, seu nível atual de risco de suicídio parece ser elevado.

Leituras Recomendadas

- Chaudhury SR, Grunbaum MF, Galfalvy HC, et al: Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *J Affect Disord* 104(1-3):245-250, 2007
- Chen YW, Dilsaver SC: Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 39(10):896-899, 1996
- Oquendo MA, Currier D, Liu SM, et al: Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NE-SARC). *J Clin Psychiatry* 71(7):902-909, 2010

CASO 3.4

Depressões Episódicas

Victoria E. Cosgrove
Trisha Suppes

Pamela Kramer, uma bibliotecária casada de 43 anos, se apresentou em uma clínica ambulatorial de saúde mental com uma longa história de depressões episódicas. Mais recentemente, ela descreveu humor deprimido durante o mês transcorrido desde que havia começado em seu novo emprego. Afirmou que estava obcecada com a preocupação de que seu novo chefe e colegas pensassem que seu trabalho era inadequado e lento e que ela era antipática. Também não tinha energia nem entusiasmo em casa e, em vez de brincar com os filhos ou de conversar com o marido, ficava assistindo à televisão durante horas, comia em excesso e dormia demais. Essa rotina levou a um ganho de quase três quilos em apenas três semanas, o que fez com que ela se sentisse ainda pior consigo mesma. Havia começado a chorar várias vezes por semana, o que relatou como o sinal de que ela “sabia que a depressão havia voltado”. Também afirmou que havia começado a pensar com frequência em morte, mas nunca havia tentado o suicídio.

A sra. Kramer disse que não se lembrava direito de sua história de depressões, portanto havia trazido o marido, que a conhecia desde a faculdade. Eles concordaram que ela havia ficado deprimida pela primeira vez na adolescência e havia passado por pelo menos cinco episódios definidos de depressão na idade adulta. Esses episódios geralmente incluíam humor de-

primido, anergia, desmotivação, hipersonnia, hiperfagia, sentimentos profundos de culpa, libido diminuída e ideação suicida de leve a moderada, sem planejamento. Suas depressões também foram entrecortadas por períodos de energia “em excesso”, irritabilidade, pressão por falar e fuga de ideias. Esses episódios de energia excessiva podiam durar horas, dias, ou algumas semanas. O humor deprimido não desaparecia durante esses períodos, mas “pelo menos conseguia fazer algumas coisas”.

Ao ser perguntado, o marido da sra. Kramer descreveu ocasiões distintas quando ela parecia extraordinariamente animada, feliz e autoconfiante, uma “pessoa diferente”. Nesses momentos ela falava rapidamente, parecia cheia de energia e otimismo, era muito eficiente nas tarefas domésticas e começava (e seguidamente terminava) novos projetos. Ela precisava de pouco sono e ainda continuava entusiasmada no dia seguinte. A sra. Kramer lembava-se desses períodos, mas afirmou que eles pareciam “normais”. A única vez que ela sorriu durante a entrevista foi em resposta a uma pergunta sobre hipersexualidade, quando afirmou que, embora seu marido parecesse estar incluindo seus períodos bons como parte de sua doença, ele não estava reclamando de quando ela teve seu episódio mais longo dessa natureza (cerca de seis dias) quando eles começaram a namorar na faculdade. A partir de então,

ela relatou, esses episódios eram “bastante frequentes” e duravam dois ou três dias.

Devido ao seu humor baixo periódico e aos pensamentos sobre morte, ela havia se consultado com diversos psiquiatras desde meados da adolescência. A psicoterapia normalmente funcionava “bem” até que ela apresentasse outro episódio depressivo, quando não conseguia ir às consultas e simplesmente desistia. Ao todo, ocorreram três tentativas de uso de antidepressivos com dosagem e duração adequadas (de seis meses a três anos), cada uma associada com alívio de curto prazo da depressão, seguido por recaída. Tanto sozinha quanto na presença do marido, a sra. Kramer negou história de abuso de álcool e substâncias. Uma tia e o avô maternos haviam sido internados várias vezes por mania, embora a sra. Kramer rapidamente explicasse que ela “não se parecia nem um pouco com eles”.

Durante o exame, a aparência da sra. Kramer era a de uma mulher acima do peso, bem-arrumada, que frequentemente desvia o olhar e tinha a propensão de falar muito suavemente. Nenhum movimento motor anormal foi observado, mas seus movimentos eram restritos e ela não gesticulou com as mãos. Seu humor era deprimido. Seu afeto era triste e contido. Seus processos de pensamento eram fluidos, embora possivelmente mais lentos. Em seu conteúdo de pensamento destacou-se conteúdo depressivo, incluindo ideação suicida passiva sem evidências de paranoia, alucinações ou delírios. Seu *insight* e julgamento estavam preservados.

Diagnóstico

- Transtorno bipolar tipo II, episódio atual depressivo, de gravidade moderada.

Discussão

Os recorrentes sintomas de depressão da sra. Kramer causaram sofrimento significativo, bem como prejuízo no funcionamento. Eles

também constituem o ímpeto recorrente de procurar tratamento psiquiátrico. Portanto, é tentador se concentrar apenas nos sintomas depressivos e chegar a um diagnóstico de transtorno depressivo maior recorrente.

De modo geral, no entanto, é importante ampliar a busca de diagnósticos, o que é útil particularmente no caso de pacientes cujo curso sintomático ou sintomas específicos são atípicos ou cuja resposta ao tratamento tenha sido inadequada. A sra. Kramer relata uma tia e um avô que foram hospitalizados com episódios de mania bipolar. Embora a história familiar não faça parte dos critérios do DSM-5, uma história familiar expressiva em relação a transtorno bipolar deve motivar uma investigação cuidadosa dos diagnósticos que integram o espectro bipolar. Ao serem questionados, a sra. Kramer e o marido relatam que suas depressões são entrecortadas por episódios de irritabilidade, pressão por falar e fuga de ideias. Além disso, eles descrevem episódios múltiplos e recorrentes que não são relacionados à depressão, durante os quais ela é perceptivelmente diferente de seus parâmetros de referência: dorme menos, funciona de modo mais eficiente e parece atípicamente feliz, animada, motivada e otimista.

A sra. Kramer insiste que seus períodos de premência de atividade não são como os da tia e do avô e que seus sintomas, na realidade, não parecem atingir a intensidade e duração que são características da mania bipolar. Na realidade, os períodos de alta energia da sra. Kramer são mais bem descritos pelo termo *hipomania*.

Tanto mania quanto hipomania no DSM-5 exigem pelo menos três dos sete sintomas associados, mas há diferenças importantes. Uma delas é o efeito dos sintomas: a mania requer o acompanhamento de sofrimento ou disfunção, enquanto hipomania requer apenas que os sintomas sejam distintamente perceptíveis para um observador. As exigências de duração também são diferentes. Mania requer uma semana de persistência dos sintomas, enquanto hipomania requer quatro dias. Se

um indivíduo satisfaz os critérios para mania em algum momento, o transtorno bipolar tipo I seria o principal diagnóstico relacionado ao humor. Caso os critérios para hipomania tenham sido satisfeitos em algum momento, sem história de mania ao longo da vida, então o diagnóstico depende de o indivíduo ter uma história de depressão maior. Em caso positivo, justifica-se um diagnóstico de transtorno bipolar tipo II conforme o DSM-5, em vez de transtorno bipolar tipo I, no qual a história de depressão deve ser investigada, mas não é parte integral do diagnóstico do DSM-5. Conforme foi descrito na introdução deste capítulo, a denominação de espectro bipolar também inclui categorias para pessoas que não satisfazem exatamente os critérios para quantidade, duração ou cujos sintomas se desenvolveram no contexto de uma doença médica ou de uso de medicamentos ou de substâncias de abuso.

Como esses indivíduos raramente solicitam ao psiquiatra que avalie sua “energia e entusiasmo atípicos”, o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II frequentemente depende de uma análise criteriosa da história. No caso da sra. Kramer, ela descreveu períodos em que precisava menos de sono e ficava extraordinariamente loquaz, com sensação de urgência e produtiva; essas características satisfariam os critérios sintomáticos para hipomania. Com relação à duração dos sintomas, a maioria dos episódios hipomaníacos da sra. Kramer dura apenas de dois a três dias, o que não satisfaria os critérios para transtorno bipolar tipo II. Contudo, um de seus primeiros episódios durou seis dias. Uma vez que um episódio hipomaníaco tenha ocorrido em um paciente com história de pelo menos um episódio depressivo anterior, o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II se estabelece, mesmo se os episódios hipomaníacos posteriores forem inferiores ao limitar de 4 dias para episódio hipomaníaco.

Como se observa no caso da sra. Kramer, sintomas hipomaníacos costumam interferir na depressão em pacientes com

transtorno bipolar tipo II. Em outras palavras, hipomania nem sempre está associada a humor “bom” ou “elevado”. Pode ser válido perguntar, por exemplo, sobre “depressão com energia”.

O transtorno bipolar tipo II não é simplesmente uma versão atenuada do transtorno bipolar tipo I. A maioria das pessoas com transtorno bipolar tipo II apresenta comorbidades que figuram em todo o DSM-5, cuja lista inclui transtornos alimentares, transtornos da personalidade e transtornos de ansiedade. Suicídio é um risco importante e deve ser investigado abertamente. Os episódios debilitantes e recorrentes da sra. Kramer são típicos. Além disso, o diagnóstico pode ser equivocado. Conforme se observa na situação dessa paciente, os períodos hipomaníacos podem não causar problemas e, com frequência, são uma mudança bem-vinda da depressão. Mesmo assim, o diagnóstico preciso é importante para aperfeiçoar o tratamento necessário para aliviar a dor e o sofrimento que costumam acompanhar o transtorno bipolar tipo II.

Leituras Recomendadas

- Nusslock R, Frank E: Subthreshold bipolarity: diagnostic issues and challenges. *Bipolar Disord* 13(7–8):587–603, 2011
- Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, et al: Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 161(12): 2222–2229, 2004
- Suppes T, Mintz J, McElroy SL, et al: Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Bipolar Treatment Network: a sex-specific phenomenon. *Arch Gen Psychiatry* 62(10):1089–1096, 2005
- Wozniak J, Faraone SV, Martelon M, et al: Further evidence for robust familiality of pediatric bipolar I disorder: results from a very large controlled family study of pediatric bipolar I disorder and a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 73(10): 1328–1334, 2012

CASO 3.5

Irritabilidade e Tristeza

Robert L. Findling

Rachel, uma menina de 15 anos, foi encaminhada para avaliação psiquiátrica devido a suas crescentes dificuldades em casa e na escola ao longo do ano anterior. A mãe afirmou que sua preocupação principal era a de que “os remédios de Rachel não estão funcionando”. Rachel disse que não tinha nenhuma queixa em particular.

Em reuniões com a paciente e sua mãe, tanto juntas quanto separadas, ambas relataram que as notas de Rachel caíram de A e B para C e D, que ela perdeu muitos de seus amigos mais antigos e que os conflitos em casa chegaram ao ponto que sua mãe a descreveu como “detestável e maldosa”.

Rachel foi ao psiquiatra pela primeira vez aos 7 anos de idade, quando foi avaliada para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) devido a inquietação, impulsividade e distratibilidade. Depois de tentativas frustradas de intervenções comportamentais, a paciente iniciou o tratamento com medicação à base de metilfenidato aos 8 anos. Observou-se uma melhora na escola, em sua vida social e em casa. Nos seis anos seguintes, Rachel se saiu bem e era “bem parecida com as outras crianças, desde que ela tomasse seu remédio”.

Por volta dos 14 anos, no entanto, Rachel ficou “mal-humorada”. Em vez de ser uma “adolescente cheia de vida”, ela passava dias sozinha sem conversar com ninguém. Durante esses períodos de tristeza persistente, ela dormia mais do que o normal, reclamava que seus amigos não gosta-

vam mais dela e não parecia interessada em nada. Em outros momentos ela virava uma “peste” em casa, frequentemente gritando com a irmã e os pais até o ponto em que todos ficavam “pisando em ovos”. Foi mais ou menos nessa época que as notas de Rachel despencaram e seu pediatra aumentou a dosagem de sua medicação para TDAH.

A história familiar de Rachel era relevante devido ao seu pai, que “tinha problemas de verdade”. Embora a mãe não soubesse seu diagnóstico, ele havia sido tratado com lítio. O pai havia deixado a família antes de Rachel nascer, os dois nunca haviam se encontrado.

Ao investigar os períodos de irritabilidade, disforia e isolamento social, o clínico perguntou se houve momentos nos quais Rachel se encontrasse particularmente de bom humor. A mãe lembrou-se de vários períodos nos quais sua filha ficava “animada” durante uma ou duas semanas. Ela ria de “qualquer coisa”, ajudava entusiasmadamente com as tarefas domésticas e, às vezes, até tomava a iniciativa de fazê-las. Como havia “fases boas”, a mãe não achava que esses episódios eram dignos de nota.

Rachel não apresentava problemas médicos. Negou o uso de álcool, de substâncias ilícitas e de medicamentos além dos receitados para TDAH.

Durante o exame, enquanto estava sozinha, a aparência de Rachel era a de uma adolescente arrumada casualmente, coerente e orientada para objetivos. Pare-

cia desconfiada e triste, com um pouco de afeto contido. Ela não gostava de como estava se sentindo, afirmando que se sentia deprimida durante uma semana, depois ficava bem, então “divertidíssima” durante alguns dias, depois “homicida”, como se alguém estivesse “me remexendo por dentro”. Ela não sabia por que se sentia assim e odiava não saber como iria se sentir no dia seguinte. Negou sintomas psicóticos, confusão e pensamentos suicidas e homicidas. Sua cognição estava preservada.

Diagnóstico

- Transtorno ciclotímico.

Discussão

Rachel apresenta uma história de pelo menos um ano de redução no funcionamento na escola, em casa e com amigos. Ela parece ter vários humores diferentes, sendo que cada um deles parece durar pelo menos uma semana. Esses humores incluem ficar irritadiça, retraída e animada, sendo que todos eles parecem ser significativamente diferentes de seu padrão basal. A mãe acredita que “pode ser uma fase”, mas a persistência, a recorrência e a intensidade desses humores começaram a ter repercussões na vida de Rachel e, portanto, a mãe ficou preocupada.

Ao tentar formular um diagnóstico para Rachel, percebemos que muito do relato de caso parece estar filtrado pela perspectiva da mãe. Embora seja útil, esse relato pode estar sujeito a enfatizar o comportamento, aspecto observado mais prontamente pelos pais e pelos professores. Ao avaliar adolescentes, é importante investigar a perspectiva que eles mesmos têm de seus estados de humor. Além disso, é útil diferenciar entre oscilações de humor que são reações a eventos externos e episódios de humor propensos a serem espontâneos e episódicos. No caso de Rachel, a entrevista forneceu informações importantes.

Por exemplo, ela esclareceu que não gostava dessas flutuações de humor e negou precipitantes específicos.

Uma complicação da história de Rachel é a presença de sintomas relativamente inespecíficos. Irritabilidade, disforia e labilidade emocional fazem parte de várias condições psiquiátricas, especialmente durante a adolescência, quando geralmente iniciam os transtornos psiquiátricos maiores. Além disso, é importante diferenciar os estados de humor que são esperados como parte do desenvolvimento dos que não o são. Mesmo assim, do que se aprendeu com a história de Rachel, um transtorno do humor é o diagnóstico mais provável.

O aspecto clínico de Rachel que mais se destaca é a flutuação entre diferentes estados emocionais. Ela descreve uma semana ou duas de hipomania seguidas de uma semana ou duas de tristeza, seguidas de algumas semanas de irritabilidade. Esses sintomas parecem se encaixar no transtorno ciclotímico do DSM-5, o qual exige múltiplos episódios hipomaníacos e múltiplos episódios depressivos subsindrônicos ao longo de um período de dois anos (um ano para adolescentes como Rachel). Para satisfazer os critérios, ela deveria ter apresentado os sintomas durante pelo menos metade do tempo, e não deveria ter apresentado um período superior a dois meses sem sintomas. Além disso, ela não deveria ter alcançado os critérios para mania, depressão maior ou transtorno do espectro da esquizofrenia. Ainda que o transtorno ciclotímico possa ser encarado como um transtorno que não se equipara em intensidade ao transtorno bipolar tipo I, ele pode causar sofrimento e disfunção significativos, além de afetar de modo drástico a trajetória da adolescência.

Embora o diagnóstico diferencial potencial para Rachel seja amplo, vários outros diagnósticos merecem menção específica. Uma investigação mais aprofundada poderia levar a um diagnóstico de bipolaridade. Seu pai parece ter apresentado um transtorno bipolar (ele tinha “problemas

de verdade” e tomava lítio) e, mesmo que Rachel seja ciclotímica, ela corre risco de desenvolver um transtorno bipolar evidente no futuro.

Quanto mais for desenvolvida uma aliança com Rachel, mais pode ser possível avaliar completamente suas questões de personalidade. Por exemplo, ciclotimia costuma ser comórbida com transtorno da personalidade *borderline*. O sono não é mencionado no relato de caso, mas dificuldades no ciclo de sono e vigília podem alimentar a instabilidade afetiva. Talvez, o mais provável em relação a uma menina de 15 anos seja abuso de substância, uma vez que muitas drogas de abuso podem induzir sintomas de humor por meio de intoxicação ou abstinência. Rachel pode revelar abuso de substância ao longo do tempo, mas também poderia ser útil obter um exame toxicológico que pode ser encaixado legitimamente como parte da avaliação de rotina de Rachel. Mesmo que o exame revele apenas sua medicação para TDAH, seus sintomas deveriam levar em

consideração se ela estaria tomando uma dosagem excessiva em alguns dias e nenhuma dose em outros.

Leituras Recomendadas

- Akiskal HS, Downs J, Jordan P, et al: Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives: mode of onset and prospective course. *Arch Gen Psychiatry* 42(10):996–1003, 1985
- Findling RL, Youngstrom EA, McNamara NK, et al: Early symptoms of mania and the role of parental risk. *Bipolar Disord* 7(6):623–634, 2005
- Van Meter A, Youngstrom EA, Youngstrom JK, et al: Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample. *J Affect Disord* 132(1–2):55–63, 2011
- Van Meter A, Youngstrom EA, Demeter C, Findling RL: Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample: replication and extension. *J Abnorm Child Psychol* 41(3):367–378, 2012
- Van Meter AR, Youngstrom EA, Findling RL: Cyclothymic disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev* 32(4):229–243, 2012

CASO 3.6

Deus me Curou!

Stephen J. Ferrando

Sebastian Lopez, um editor *freelancer* hispânico de 27 anos, foi levado por seu companheiro, que estava preocupado, à clínica que há muito acompanhava sua infecção com HIV. No que o paciente entrou na sala de espera da clínica, anunciou: "Deus me curou! Posso parar de tomar antivirais!".

Enquanto o sr. Lopez se remexia na cadeira, escrevendo energicamente em um bloco amarelo, seu companheiro forneceu a história recente. Ele afirmou que o paciente estava bem até aproximadamente um mês antes, quando começou um projeto de edição extraordinariamente intenso. Depois de cerca de 10 dias dormindo pouco, o sr. Lopez parecia irascível, com certo senso de urgência e "olhos vidrados". Naquela noite, os dois foram a uma festa comemorar o final do projeto de trabalho. Apesar de vários anos frequentando os Narcóticos Anônimos e da abstinência de substâncias ilícitas, o sr. Lopez tomou um estimulante, metanfetamina cristal. Passando por ansiedade aguda e paranoia de que estavam sendo seguidos, ele bebeu três martinis, mas ainda assim não dormiu naquela noite. Nos dias que se seguiram, o paciente ficou menos paranoide, mas parecia cada vez mais perturbado e tinha mais pressão por falar.

O projeto de trabalho do sr. Lopez foi devolvido com vários comentários negativos e solicitações de correção. Em vez de se concentrar na edição, ele ficava acor-

dado até tarde todas as noites, decidido a encontrar uma cura para o HIV. Ele fez abordagens inadequadas e hipersexuais a outros homens na academia de ginástica, onde passava a maior parte do dia. Perdeu pelo menos 2,5 quilos depois de resolver que deveria tomar suplementos vitamínicos em vez de se alimentar e de tomar sua medicação antirretroviral. Recusou-se a ir ao pronto-socorro, mas finalmente concordou em comparecer à consulta de rotina na clínica onde recebia tratamento para aids para mostrar a seus médicos como ele estava reagindo bem apesar de não ter tomado seus medicamentos por mais de um mês.

A história psiquiátrica do sr. Lopez não apresentava um episódio anterior de mania manifesta, mas ele esteve deprimido, quando era adolescente, durante a fase inicial do processo de assumir publicamente sua homossexualidade. O episódio foi entremeado por uma *overdose* voluntária e internamento psiquiátrico de duas semanas, assim como tratamento com medicamentos antidepressivos e psicoterapia. Ele descontinuou a medicação porque o deixava "ligado e irritadiço" e interrompeu a psicoterapia porque "não servia para nada". Ele usou metanfetamina frequentemente durante vários anos, o que o levou a atos sexuais sem proteção com estranhos.

O sr. Lopez foi diagnosticado com HIV aos 22 anos. Nessa ocasião, foi para

um centro ambulatorial de reabilitação por abuso de substâncias e interrompeu o uso de estimulantes e álcool. Sua contagem mais baixa de linfócitos CD4 havia sido de 216 células/mm³ quando tinha 24 anos, época na qual sua carga viral era de 1,6 milhão de cópias. Consta que, desde então, ele aderiu à medicação antirretroviral. Sua contagem de CD4 mais recente, seis meses antes desse episódio, era de 526 células/mm³. Sua carga viral havia sido indetectável. Ele sofria de fadiga, mas não apresentava nenhuma doença relacionada à aids. Uma ressonância magnética do encéfalo revelou leve atrofia cortical e doença na substância branca periventricular além do esperado para sua faixa etária. O companheiro não tinha certeza sobre quando o sr. Lopez havia descontinuado a medicação antirretroviral, mas achava que podia ter sido meses antes. Ele também se perguntava se o sr. Lopez não havia “perdido o compasso”, do ponto de vista cognitivo, ao longo do ano anterior.

A história psiquiátrica da família foi relevante por causa de uma tia materna, a qual havia recebido lítio e diversos cursos de electroconvulsoterapia, mas seu diagnóstico era desconhecido.

Durante o exame, a aparência do paciente era a de um jovem vestido disiplinadamente que contou uma história urgente e desconexa de eventos ocorridos ao longo do mês anterior. Era difícil orientá-lo e se encontrava extraordinariamente irritável e depreciador. Ele pensava apenas em ter descoberto uma cura para o HIV por meio de compostos multivitamínicos e exercícios. Negou alucinações e ideação suicida e homicida. Recusou-se a fazer teste cognitivo, seu *insight* e julgamento pareciam ruins.

Diagnóstico

- Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido à infecção por HIV, com características maníacas.

Discussão

O sr. Lopez apresenta vários sintomas clássicos de mania. Ele passou por um período distinto de humor elevado e irritável com aumento de atividade voltada a objetivos. Esses sintomas estiveram presentes todos os dias, durante o dia inteiro ou quase, por várias semanas. Ele demonstra grandiosidade, redução da necessidade de sono, pressão por continuar falando, aumento da atividade voltada para objetivos e hippersextualidade impulsiva. Esses comportamentos facilmente satisfazem a exigência de três dos setes critérios sintomáticos para um episódio maníaco do DSM-5.

O diagnóstico de mania bipolar também requer uma avaliação da etiologia, com um enfoque específico sobre possíveis efeitos fisiológicos de medicamentos ou de uma condição médica. No caso do sr. Lopez, essa avaliação fica complicada.

Além da síndrome clássica de mania, o sr. Lopez tem uma história pessoal de depressão e, durante um curso de antidepressivos, ele ficou “ligado e irritadiço”. Essa reação aos medicamentos sugere resposta maníaca ou hipomaníaca e risco elevado para transtorno bipolar. Além disso, o uso de lítio por sua tia implica provável história familiar de transtorno bipolar. Na ausência de outras comorbidades, essa apresentação sugeriria o diagnóstico de transtorno bipolar, episódio maníaco único.

Contudo, esse caso é complicado por duas comorbidades significativas: o uso de metanfetamina cristal e infecção por HIV. Anfetaminas podem induzir psicose paranoide e sintomas maníacos de humor no contexto de uso tanto agudo quanto crônico. Nesse caso, os sintomas do sr. Lopez parecem ter começado antes de ele ter usado metanfetamina cristal (ele estava irascível, com senso de urgência e com os “olhos vidrados”) e persistiram durante semanas após o uso relatado desse estimulante. Ele apresenta uma história de vários anos de abuso de metanfetamina cristal sem rela-

tos de mania, o que poderia afastar a anfetamina como principal contribuinte para esse episódio. Ademais, a mania induzida por estimulante normalmente se resolve em um período de um a dois dias, o que se encaixaria melhor na reação paranoide aguda do sr. Lopez à metanfetamina cristal. Entretanto, ele pode ter escondido seu uso de metanfetamina cristal durante semanas ou meses ou ter usado anfetaminas para ajudá-lo a completar seu projeto de edição mais recente. Qualquer um dos estimulantes poderia ter contribuído para a falta de sono, que é tanto um precipitante quanto um sintoma de mania.

A infecção por HIV também está associada ao transtorno bipolar. Sintomas maníacos podem ocorrer em qualquer estágio da infecção, mas estão mais intimamente associados ao estágio relativamente tardio de transtorno neurocognitivo associado ao HIV. Os sintomas podem ser idênticos à mania clássica, mas o transtorno neurocognitivo parece contribuir para irritabilidade atípicamente proeminente e lentidão cognitiva. É difícil avaliar um paciente que não coopera quanto ao declínio cognitivo, especialmente quando ele está maníaco, mas afirmou-se que o sr. Lopez “perdeu o compasso” ao longo do ano anterior, está irritável e apresenta uma ressonância magnética que exibe o tipo de achados não específicos frequentemente encontrados em pacientes com infecção por HIV e supressão do sistema imune. Aparentemente, o sr. Lopez não seguiu seu tratamento com antirretrovirais durante pelo menos um mês, mas é possí-

vel que não o siga há mais tempo, além disso, ele não teve uma avaliação recente de suas células T ou da carga viral.

Temporariamente, então, justifica-se o diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido à infecção por HIV, com características maníacas, do DSM-5 para o sr. Lopez. Um exame toxicológico pode ajudar a esclarecer se ele continuou a usar anfetaminas, enquanto uma contagem de células T e uma avaliação da carga viral podem ajudar a determinar o grau de supressão do sistema imunológico. Depois da estabilização psiquiátrica e da retomada dos medicamentos antirretrovirais, seria útil obter uma avaliação neuropsicológica para esclarecer o grau de comprometimento neurocognitivo.

Leituras Recomendadas

Ferrando SJ, Loftus T: Mood disorders, delirium and other neurobehavioral symptoms and disorders in the HAART era, in *The Spectrum of Neuro-AIDS Disorders: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment*. Edited by Goodkin K, Shepshak P, Verma A. Washington, DC, American Society for Microbiology Press, 2009, pp 393–410

Ferrando SJ, Lyketsos CG: HIV-associated neurocognitive disorders, in *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry*. Edited by Cohen MA, Gorman JM. New York, Oxford University Press, 2008, pp 109–120

Ferrando SJ, Nims C: HIV-associated mania treated with electroconvulsive therapy and highly-active antiretroviral therapy. *Psychosomatics* 47(2):170–174, 2006

CASO 3.7

Estranhamente Calado

Jessica Daniels

Taaj Mustafa, um universitário recém-formado de 22 anos, foi levado ao pronto-socorro por seus amigos ao reaparecer estranhamente calado depois de um sumiço de três dias. Os amigos do sr. Mustafa relataram que ele havia recebido recentemente tratamento para câncer de testículo, mas que estava de bom humor na última vez que o viram, quatro noites antes. Ele não havia aparecido para uma reunião planejada para o dia seguinte e não respondia a *e-mails*, mensagens de texto, nem chamadas telefônicas. Eles não sabiam como entrar em contato com seus pais ou parentes e não dispunham de um histórico.

No pronto-socorro, o sr. Mustafa se relacionava com os outros de maneira estranha, com postura ereta e rígida, sem fazer contato visual e sem responder a perguntas. Depois de cerca de 10 minutos, ele subitamente agarrou uma componente da equipe pelo braço. Embora parecesse não ter intenção ou objetivo de machucá-la, recusou-se a largá-la, e ela foi incapaz de livrar-se até a intervenção de um segurança. Nesse momento ele recebeu haloperidol e lorazepam via intramuscular. Durante a hora que se seguiu, suas extremidades ficaram rígidas e, enquanto se encontrava deitado no leito hospitalar, manteve os braços acima da cabeça com os cotovelos dobrados. Ele foi internado para atendimento médico. Uma tomografia compu-

tadorizada (TC) da cabeça, testes laboratoriais de rotina e um exame toxicológico de urina não acrescentaram dados relevantes, exceto que sua creatina quinase (CPK) estava elevada em 906 IU/L. Ele estava com taquicardia de 110 batimentos por minuto. Não apresentava febre, e a pressão arterial estava dentro dos parâmetros normais.

Durante o exame, a aparência do sr. Mustafa era a de um jovem magro, deitado na cama com a cabeça fora do travesseiro em uma posição estranha. Ele levantava e abaixava rigidamente os braços. O cabelo caia em tufo. Olhava direto para frente, com piscadas ocasionais, sem fazer contato visual. Não estava diaforético nem parecia estar com dor. O exame físico revelou uma resistência inicial contra todo tipo de movimento dos braços. Quando um braço era movido em uma posição pelo examinador, ficava naquela posição. Não havia mioclonia evidente. Falando com uma latência longa e produção significativamente reduzida, ele expressou medo de que estivesse morrendo. Ao expressar lentamente sua ansiedade, o corpo permaneceu rígido e duro. Negou alucinações auditivas ou visuais. Estava totalmente desperto, alerta e orientado para tempo e lugar, mas não participou de outros testes cognitivos.

O sr. Mustafa permaneceu sem alterações clínicas durante três dias enquanto recebia líquidos por via intravenosa. Não

foi administrado nenhum medicamento psicoativo. Testes laboratoriais, um eletrencéfalograma (EEG) e uma ressonância magnética (RM) do encéfalo não revelaram nada destoante e sua CPK seguiu uma tendência à redução após atingir um pico de 1.100 IU/L. No quarto dia de internação, o sr. Mustafa recebeu uma dose de teste de lorazepam intravenoso 1 mg e então uma dose de repetição de 1 mg após 5 minutos. Ele não ficou sedado. Seu estado mental não mudou, exceto pelo discurso ligeiramente mais produtivo após a segunda dose. Foi iniciada a administração de lorazepam intravenoso, 1 mg a cada período de quatro a seis horas. Depois de 24 horas, sua rigidez se resolveu, o discurso estava fluente e com senso de urgência, e ele se tornou bastante ativo e agitado. Andava de um lado para o outro no corredor, seguia as enfermeiras e tentava sair do hospital. Disse à equipe, a outros pacientes e a visitantes que ele era um grande artista e que havia curado seu câncer. Sua CPK ficou normal e a taquicardia se resolveu. Continuava sem febre.

Os pais do sr. Mustafa chegaram, vindos de outra cidade, no sexto dia de internação. Relataram que sua história psiquiátrica anterior havia sido uma depressão que ele desenvolvera após ser diagnosticado com câncer de testículo um ano antes. O sr. Mustafa estava sendo medicado com 50 mg/dia de sertralina e estava bem até 10 dias antes da internação, quando descobriu que estava com recidiva do câncer de testículo com metástase retroperitoneal. Foi submetido imediatamente a quimioterapia com cisplatino, etoposídeo e dexametasona. Depois de receber a quimioterapia, o sr. Mustafa disse aos pais pelo telefone que se sentia “excelente”, mas desde então não respondia mais a seus telefonemas e e-mails. Esse não era um comportamento totalmente estranho de seu filho, que entrava em contato “irregularmente”, mas eles ficaram cada vez mais preocupados e

finalmente pegaram um avião para visitá-lo depois da falta de notícias durante 10 dias. Os pais também mencionaram que a única história familiar relevante era o transtorno bipolar grave de um tio por parte de mãe, o qual havia sido tratado com eletroconvulsoterapia.

Diagnóstico

- Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por esteroide, com mania, grave e características psicóticas congruentes com humor e características catatônicas.

Discussão

O sr. Mustafa apresenta um comportamento extremamente desorganizado e anormal. Ele mantém uma postura rígida e bizarra com flexibilidade cérea. Carece de respostas verbais e motoras apropriadas (mutismo e estupor), mantém uma postura rígida e fixa (catalepsia) e exibe movimentos repetitivos ou ritualísticos (estereotipia). Os sintomas do sr. Mustafa facilmente satisfazem três das 12 características psicomotoras exigidas para um diagnóstico do DSM-5 de catatonia.

A catatonia está historicamente ligada à esquizofrenia, de modo que um terço da população com esquizofrenia tem um episódio de sintomas catatônicos em algum momento da vida. Tornou-se evidente, no entanto, que a maioria dos pacientes com catatonia tem transtorno depressivo ou bipolar. Outros pacientes têm sintomas catatônicos como parte de uma condição médica (p. ex., encefalite hepática), uma reação a medicamentos (síndrome neuroléptica maligna [SNM]) ou uma reação a substância ilícita (p. ex., cocaína). A amplitude da etiologia potencial é um motivo importante pelo qual o DSM-5 geralmente usa a expressão *catatonia* como especificador de modificação em vez de nomeá-la um tipo específico de transtorno.

Depois que a catatonia for identificada e o paciente for estabilizado, o enfoque clínico a seguir é o diagnóstico da causa subjacente. Essa busca é urgente porque muitas das causas de catatonia são clinicamente perigosas. Além disso, a catatonia pode causar morbidade grave e mortalidade decorrente de desidratação, imobilidade e autolesão. Ademais, independentemente da etiologia, a catatonia pode progredir para catatonia maligna, que é marcada por febre, instabilidade autonômica e alto índice de mortalidade.

Os exames neurológicos e físicos normais do sr. Mustafa, a TC da cabeça, a RM do encéfalo e o EEG pareceram descartar vários eventos neurológicos que podem simular catatonia, como acidente vascular cerebral (AVC) (e mutismo acinético), malignidade do sistema nervoso central e quadriplegia. A ausência de febre tornou pouco provável que seus sintomas fossem causados por encefalite infecciosa. Um exame toxicológico de urina descartou intoxicação aguda por cocaína e fenciclidina. Outras causas médicas de catatonia foram avaliadas e descartadas por avaliações de tireoide, glicose, HIV, hemograma completo, vitamina B₁₂, função hepática, anticorpos de lúpus e um painel metabólico completo. Devido à história de câncer, considerou-se um quadro paraneoplásico, mas ele se recuperou antes da realização de uma punção lombar.

A SNM é uma preocupação grave. Descrita no capítulo “Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos” do DSM-5, a SNM é uma emergência psiquiátrica caracterizada por rigidez muscular, febre, instabilidade autonômica, alterações cognitivas e CPK elevada. O sr. Mustafa ficou “duro” depois de receber haloperidol no pronto-socorro, ficou confuso e apresentava uma CPK elevada. Contudo, em nenhum momento ficou febril e seus sinais vitais permaneceram estáveis, exceto

por uma leve taquicardia que foi resolvida pelo tratamento com lorazepam. A CPK elevada provavelmente refletiu sua agitação e sua rigidez recentes e não alcançou os índices ainda mais elevados associados à SNM. Enquanto a SNM está associada ao uso de antipsicóticos, a síndrome serotonérígica está associada a medicamentos antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs). Embora o sr. Mustafa esteja tomando sertralina e pudesse ter ocorrido uma sobredose, ele não apresenta a mioclonia e os sintomas gastrintestinais típicos.

Sem nenhuma anormalidade médica e neurológica evidentes, uma condição psiquiátrica parece ser a causa mais provável da catatonia. Embora mal conseguisse falar, o sr. Mustafa afirmou que estava com medo e preocupado quanto a estar morrendo ou já estar morto. A ansiedade extrema é a experiência afetiva mais comum dos pacientes catatônicos, a ponto de a catatonia, às vezes, ser vista como uma reação “congelante” extrema. Contudo, essa experiência afetiva não indica a condição psiquiátrica subjacente e, devido à incapacidade típica de comunicação do paciente, o diagnóstico correto costuma ser retardado até a resolução da catatonia.

O diagnóstico e o tratamento frequentemente ocorrem de forma simultânea com o uso de lorazepam intravenoso de baixa dosagem. Ao contrário da maioria dos outros pacientes, pessoas com catatonia costumam parecer mais alertas e participativas depois da administração de benzodiazepínicos. O mutismo e o estupor do sr. Mustafa parecem ter mostrado uma melhora sutil imediata e melhoraram significativamente após 24 horas. Quando sua catatonia melhorou, a mania subjacente se tornou mais evidente. Além disso, os pais forneceram uma história colateral indispensável, o que informou que seu episódio maníaco, aparentemente, foi desencadeado por um regime de quimioterapia à base de esteroides.

Leituras Recomendadas

Daniels J: Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 21(4):371–380, 2009

Fink M: Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. *Acta Psychiatr Scand Suppl* (441):1–47, 2013

Smith JH, Smith VD, Philbrick KL, Kumar N: Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 24(2):198–207, 2012

CASO 3.8

Uma Mudança Pós-parto

Ian Jones

Ursula Norman, uma enfermeira de 32 anos, foi levada ao setor de emergência seis dias após ter dado à luz. Seu marido indicou que ela estava agindo de forma muito estranha e que estava convencida de que havia sufocado e matado seu bebê.

O marido relatou que, depois de uma gestação normal e parto sem complicações, a sra. Norman voltou para casa, feliz com seu primeiro filho. Contudo, no terceiro dia após o parto, seu humor e seu afeto começaram a alternar rapidamente entre euforia e choros. Ela ficou irritável e ansiosa. Dormia apenas uma hora por noite, mesmo quando o bebê estava dormindo. Seu comportamento ficou cada vez mais bizarro, com agitação e excesso de atividade. Seu discurso era rápido e digressivo. Embora não fosse uma pessoa religiosa anteriormente, estava convencida de que

Deus falava por meio dela e que tinha poderes especiais que poderiam acabar com os problemas do mundo. Disse ao marido que conseguia identificar pessoas más olhando em seus olhos e que estava começando a ficar preocupada quanto a estar rodeada de pessoas diabólicas, incluindo sua própria mãe. O mais perturbador era que, sempre que estava longe do filho, ficava totalmente convencida de que o havia sufocado e ninguém conseguia convencê-la do contrário.

A sra. Norman tinha uma história de três episódios de depressão maior durante a adolescência e no início da faixa dos 20 anos. Esses episódios se resolveram com psicoterapia e medicamentos antidepressivos. Ela também havia passado por uma internação psiquiátrica por mania três anos antes do parto, depois de um voo da Ásia para a

Europa. Após um tratamento com medicamentos antipsicóticos, ficou deprimida durante vários meses. Embora se tenha falado sobre um diagnóstico de transtorno bipolar na época, ela ficou relutante em aceitá-lo, atribuindo o episódio a estresse e *jet lag*. Ela descontinuou sua medicação psiquiátrica devido à tentativa de engravidar.

A própria mãe da sra. Norman havia sido internada em um hospital psiquiátrico logo após o nascimento do primeiro filho. Esse episódio não era comentado no ambiente familiar, de modo que havia poucos detalhes disponíveis. Ela não tinha outra história familiar relevante.

Até pouco antes do parto, a sra. Norman era enfermeira em uma unidade renal e apresentava funcionamento elevado. Seu marido era chefe de uma equipe de vendas, e os dois viviam em circunstâncias sociais tranquilas. Ela não tinha história de uso de drogas ilícitas e, antes da gravidez, bebia apenas duas ou três unidades de álcool por semana.

Durante o exame de estado mental, a sra. Norman caminhou pela sala, aparentemente incapaz de sentar-se durante mais do que alguns momentos. Distraía-se facilmente e falava em demasia e demonstrou fuga de ideias, passando rapidamente de um assunto para outro. Seu humor era lábil. Algumas vezes, parecia alegremente eufórica, em outras, beirava o choro; além disso, podia se tornar rapidamente irritável quando achava que não a estavam entendendo. Era evidente que ela exibia uma série de crenças delirantes, mas não estava disposta a falar sobre a maioria delas com o examinador. Insistiu veementemente que havia matado seu próprio filho, o que levou a vários minutos de choro, mas voltou a apresentar euforia nervosa depois de alguns momentos. Ela negou intenção de machucar a si mesma ou a outros. Parecia desatenta, com má concentração, mas não se submeteu a testes cognitivos formais.

Os resultados do exame físico e dos testes laboratoriais estavam dentro da normalidade.

Diagnóstico

- Transtorno bipolar tipo I, episódio atual maníaco, grave, com características psicóticas e início no periparto.

Discussão

A sra. Norman apresenta fuga de ideias, pressão por falar, distratibilidade, agitação, labilidade, acentuada redução do sono, hiper-religiosidade atípica, delírios sobre amigos e família e sólida, embora errônea, crença de que matou seu filho. Ela apresenta história de múltiplos episódios depressivos maiores e hospitalização psiquiátrica por mania. Esses elementos a qualificam para um diagnóstico do DSM-5 de transtorno bipolar tipo I grave e com características psicóticas.

A sra. Norman também está, evidentemente, passando por um episódio que é tradicionalmente chamado de psicose pós-parto – o início repentino de uma psicose afetiva no início do período pós-parto. Várias características de seu quadro são típicas dessa psicose. Seu início ocorre no começo do período pós-parto, geralmente na primeira semana do puerpério. Episódios de psicose pós-parto habitualmente exibem um início rápido e logo podem se degenerar em uma psicose deflagrada e grave. Como ocorre neste caso, os episódios costumam manifestar uma apresentação “caleidoscópica”, com pensamentos delirantes, por exemplo, mudando frequentemente em vez de se tornarem fixos e sistematizados. Devido a essas características, a psicose pós-parto é uma emergência psiquiátrica genuína e normalmente requer internação. Uma avaliação abrangente de risco é fundamental, tanto para ideação suicida quanto para risco de danos para o bebê.

A gravidez resulta em episódio pós-parto grave em uma a cada mil gestações, mas algumas mulheres correm risco consideravelmente mais elevado. Por exemplo, mulheres com transtorno bipolar sofrem episódios pós-parto graves em aproxima-

damente um a cada quatro partos. Em mulheres com história de psicose pós-parto, o risco para gestações subsequentes é superior a um em cada dois.

Mulheres que correm alto risco de episódio pós-parto grave devem ser identificadas durante o período pré-natal. Com sua história de transtorno bipolar e uma provável história familiar de psicose pós-parto, a sra. Norman corria um risco muito elevado, apesar de ter passado bem durante vários anos. Devido à sua história, ela deveria ter sido monitorada intensivamente durante a gestação e o período pós-parto. Depois de sua recuperação, será importante discutir sobre planos com relação a futuras gestações tanto com ela quanto com seu companheiro. Seu caso também ilustra que episódios pós-parto graves podem ter início repentino em mulheres que passaram por uma gestação tranquila e sem fatores de predisposição psicosocial específicos.

A sra. Norman evidentemente apresenta diagnóstico tanto episódico quanto vitalício de transtorno bipolar. Contudo, em muitos casos, especialmente aqueles nos quais a psicose pós-parto constitui o primeiro episódio, o diagnóstico pode ser mais incerto. Um episódio de pós-parto grave de início rápido, mesmo na ausência de história psiquiátrica anterior, deve despertar a suspeita de um diagnóstico de bipolaridade.

O diagnóstico específico de psicose pós-parto não é uma opção no DSM-5, mas, assim como depressão pós-parto, a expressão continua sendo de uso comum por clínicos, pelas próprias mulheres e por

grupos de apoio (p. ex., Action on Postpartum Psychosis [Ação para Psicose Pós-parto]: www.app-network.org). Em vez disso, o DSM-5 sugere o uso de um especificador descriptivo, “com início no periparto”.

Há uma série de motivos pelos quais a sinalização do contexto perinatal de episódios é importante. Em primeiro lugar, o bebê é um elemento importante e pode afetar decisões de manejo (p. ex., hospitalização). Em segundo, um episódio grave pós-parto tem implicações importantes sobre gestações futuras. Em terceiro, a relação íntima entre episódios pós-parto graves e transtorno bipolar deve motivar avaliações criteriosas da história de transtorno bipolar e também orientar o tratamento psiquiátrico clínico no futuro.

Leituras Recomendadas

- Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, et al: Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry* 70(2):168–175, 2013
- Jones I, Heron J, Blackmore ER, et al: Puerperal psychosis, in *Oxford Textbook of Women and Mental Health*. Edited by Kohen D. Oxford, UK, Oxford University Press, 2010, pp 179–186
- Munk-Olsen T, Laursen T, Pedersen CB, et al: New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 296(21):2582–2589, 2006
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, et al: Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 69(4):428–434, 2012

CASO 3.9

Ansiedade

Holly A. Swartz

Victoria Owens, uma organizadora de eventos de 58 anos, marcou consulta com um psiquiatra para ajudá-la com sua ansiedade. A sra. Owens chegou à consulta bem-vestida e um pouco agitada. Falando em ritmo normal, explicou que seus sintomas depressivos haviam começado há dois anos, quando deu início ao processo de divórcio do seu quarto marido. Ela descreveu humor baixo, preocupação incapacitante com o futuro e má concentração. Esses sintomas progrediram para anedonia, diminuição da energia, hipersonia com interrupção do sono, ideação suicida passiva e aumento do apetite com desejo de ingerir carboidratos. Ela parou de ir ao trabalho e começou a passar a maior parte do dia na cama.

A sra. Owens, inicialmente, buscou tratamento com um homeopata, o qual recebeu vários remédios que não surtiram efeito. Por fim, consultou seu médico internista, o qual recebeu 0,25 mg de alprazolam, três vezes ao dia, conforme necessário. Essa medicação reduziu a preocupação, mas surtiu pouco efeito sobre seu humor. Seu médico, então, recebeu 50 mg de sertralina por dia, com titulação até 200 mg diárias. Ao longo dos dois meses seguintes, o sono da sra. Owens melhorou e os pensamentos suicidas pararam. Contudo, ela ficou mais ansiosa, irritável, agitada e enérgica e percebeu que seus pensamentos se moviam rapidamente. Negou impulsividade e sintomas psicóticos.

A sra. Owens tinha história antiga de episódios depressivos semelhantes. O primeiro episódio dessa natureza havia ocorrido durante a faculdade, com duração de vários meses, e não foi tratado.

Ao ser indagada de maneira específica, descreveu múltiplos períodos de sua vida nos quais havia apresentado humor moderadamente elevado, pensamentos rápidos e aumento de energia. Aparentemente, muitas conquistas em sua vida haviam acontecido durante esses períodos. Por exemplo, quando era uma jovem mãe solteira, recentemente divorciada e desempregada, ela concordou em organizar um chá de panela para sua melhor amiga. Muniu-se de várias revistas sobre noivas e trabalhos manuais, decidida a criar uma festa fabulosa com pouco dinheiro. Dedicou-se totalmente ao projeto e aparentemente dispunha de energia e ideias sem fim. Essa festa foi um sucesso retumbante e deu início à carreira da sra. Owen como organizadora de festas. Ela escondia as oscilações de humor de seus clientes e colegas, tirando vantagem de seus estados de humor elevado para projetar uma imagem cheia de energia, mas depois se retraía, evitando trabalhar quando seu humor ficava baixo. Ela também se tornava mais irritável durante os episódios de energia elevada, de modo que acreditava que cada um de seus casamentos havia começado e terminado devido à tendência de “ficar emotiva” quando estava assim. Embora esses períodos pudesse durar

várias semanas, ela não passava por alterações no sono, não se entregava a comportamentos de risco, não falava rapidamente e tampouco tinha sentimento de grandiosidade, de modo que não os encarava como aspectos problemáticos.

A sra. Owens também relatou que consumia álcool em demasia quando estava na faixa dos 40 anos, mas hoje em dia raramente bebe. Negou tentativas de suicídio e internações psiquiátricas anteriores. Sua mãe havia sido tratada com sertralina para depressão, e seu irmão tomava lítio para transtorno bipolar.

Diagnóstico

- Outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado.

Discussão

A sra. Owens tem uma história de episódios depressivos recorrentes acompanhados por múltiplos episódios com energia e humor elevados que satisfazem o critério de duração (superior ou igual a quatro dias) para hipomania, mas não apresentam sintomas suficientes para satisfazer todos os critérios sindrômicos de um episódio hipomaníaco. Ela confirmou tanto humor quanto energia elevados durante esses episódios, mas apenas dois dos sete sintomas do Critério B: pensamentos acelerados e aumento da atividade direcionada a objetivos. Como é típico em indivíduos com transtorno bipolar sublimiar, a sra. Owens vivencia esses episódios de forma egossintônica e não os relata espontaneamente. Tal como esperado, episódios hipomaníacos sublimiares passam facilmente despercebidos a menos que o entrevistador os investigue atentamente.

Transtorno depressivo maior também deve ser incluído no diagnóstico diferencial. A sra. Owens inicialmente consultou seu médico internista com sintomas clássicos de depressão. Devido à história anterior de

múltiplos episódios depressivos e ausência de queixas espontâneas de hipomania, seu clínico geral provavelmente supôs que a sra. Owens sofria de transtorno depressivo maior e a tratou com um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS). Contudo, o medicamento precipitou um estado misto composto por humor irritável e ansioso, pensamentos rápidos e aumento de energia. Quando pacientes depressivos como a sra. Owens desenvolvem sintomas mistos, maníacos ou hipomaníacos após a exposição a antidepressivos, deve-se considerar um diagnóstico de bipolaridade. O estado misto da sra. Owens enquanto era medicada com um ISRS não é suficiente para o diagnóstico de transtorno bipolar, mas certamente desperta a atenção. A história familiar de transtorno bipolar (nesse caso, um irmão tratado com lítio) aumenta ainda mais a probabilidade de que ela apresente uma forma de transtorno bipolar. Embora o transtorno do humor mais comum entre parentes de primeiro grau de indivíduos com transtorno bipolar seja transtorno depressivo maior, ter um parente com transtorno bipolar realmente aumenta o risco que o indivíduo corre de também apresentar esse transtorno.

Apesar de características compatíveis com transtorno bipolar, o quadro clínico da sra. Owens é complicado. Além de sintomas hipomaníacos sublimiares, ela também relatou uma história de relacionamentos instáveis, labilidade emocional, abuso anterior de substância e ansiedade. O transtorno bipolar e os transtornos da personalidade – em particular o transtorno da personalidade *borderline* – costumam ser concomitantes e podem ser difíceis de desemaranhar porque apresentam características clínicas em comum. Por exemplo, tanto o transtorno bipolar quanto o transtorno da personalidade *borderline* são caracterizados por níveis aumentados de comportamento impulsivo, labilidade afetiva e irritabilidade. No caso da sra. Owens, a labilidade e a irritabilidade parecem estar restritas aos episódios de humor, o que sugere que elas sejam secundárias a

um transtorno do humor em vez de problemas globais de regulação do afeto. Contudo, a comorbidade entre transtorno do humor e transtorno da personalidade não pode ser descartada.

Até um terço dos pacientes com transtorno bipolar são diagnosticados com transtornos de ansiedade comórbidos que, por sua vez, estão associados a piores resultados psiquiátricos. O transtorno bipolar costuma ser diagnosticado erroneamente como transtorno de ansiedade talvez devido ao alto índice de comorbidade. De modo semelhante, transtornos por uso de substância e transtornos bipolares frequentemente ocorrem ao mesmo tempo. Uma investigação mais aprofundada é necessária para determinar a presença de

comorbidades, e há uma grande probabilidade de que a sra. Owens sofra de mais de um transtorno psiquiátrico.

Leituras Recomendadas

Deltito J, Martin L, Riefkohl J, et al: Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Disord* 67(1–3):221–228, 2001

Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK: “Cade’s disease” and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 47(2):125–134, 2002

Merikangas KR, Jin R, He JP, et al: Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry* 68(3):241–251, 2011

CAPÍTULO 4

Transtornos Depressivos

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

Depressão é uma das palavras mais usadas na psiquiatria e também uma das mais ambíguas. Como sintoma pode assumir o significado de tristeza, mas como diagnóstico, pode ser aplicada a indivíduos que negam se sentir tristes. O humor deprimido é uma experiência humana normal e comum, mas também pode refletir uma condição gravemente debilitante, angustiante e potencialmente fatal. A depressão pode se apresentar de diversas formas, com muitos precipitantes, comorbidades potenciais e sintomas associados esperados.

O DSM-5 faz uso de evidências disponíveis para ajustar detalhadamente múltiplas categorias diagnósticas. Por exemplo, embora o transtorno bipolar tenha sido historicamente visto como “depressão maníaca” e, portanto, como um subconjunto da depressão, tem ficado cada vez mais

claro que, embora os transtornos bipolar e depressivo apresentem semelhanças, eles também têm diferenças relevantes com relação à apresentação clínica, à história familiar, ao curso longitudinal e ao tratamento. Por esses motivos, o transtorno bipolar foi deslocado para seu próprio capítulo no DSM-5. Contudo, a sobreposição persiste e os capítulos sobre transtornos depressivos e transtornos bipolares se aprofundam em detalhes na tentativa de fazer essa distinção por meio das diferenças entre diagnósticos que, algumas vezes, são sutis.

O transtorno depressivo maior continua sendo a depressão arquetípica e seus critérios diagnósticos prosseguem fundamentalmente inalterados no DSM-5. O diagnóstico ainda depende da avaliação da apresentação clínica (cinco de nove sintomas), história (persistência superior a duas semanas) e relevância (sofrimento ou

prejuízo significativo). Com a finalidade de subdividir ainda mais essa categoria abrangente, o DSM-5 fornece especificadores que distinguem o episódio com base em gravidade e recorrência, bem como em fatores como melancolia, características psicóticas e catatonia. Uma mudança útil no DSM-5 é a desvinculação entre psicose e gravidade, de forma que o clínico pode descrever com precisão pessoas cujos sintomas depressivos são, digamos, moderados, mas apresentam psicose associada.

O capítulo sobre transtornos depressivos também inclui várias alterações que foram alvo de exame minucioso. Talvez a mais discutida delas tenha sido a exclusão do período de luto. É amplamente aceito que o luto pela morte de um ente querido é uma reação humana normal, de modo que o DSM-IV esclareceu que um período de luto de dois meses era necessário antes que, de modo geral, se pudesse diagnosticar depressão maior. No entanto, evidências indicam que a vasta maioria das pessoas em luto não desenvolve os sintomas de depressão maior. Em outras palavras, a depressão maior que ocorre no contexto de luto não é uma reação “normal”. O sofrimento de depressão maior tende a incluir sentimentos mais intensos de culpa, desvalia e pensamentos suicidas, por exemplo, além de declínio funcional mais intenso. Ademais, indivíduos que desenvolvem sintomas depressivos maiores logo após a morte de um ente querido apresentam índices elevados de depressão em suas histórias pessoal e familiar, são propensos a um prognóstico pior e a responder a medicamentos antidepressivos. Em outras palavras, indivíduos que desenvolvem todas as características de uma depressão maior após a morte de um ente querido são semelhantes às pessoas que desenvolvem depressão maior após qualquer outro tipo grave de estresse e merecem o mesmo nível de atendimento clínico.

Assim como a tristeza é uma reação normal à perda, ataques de raiva fazem parte da infância normal. Contudo, há

crianças cujo baixo nível de tolerância à frustração e descontrole comportamental ultrapassam a experiência humana normal; tal desregulação afetiva não apenas causa aflição a pais, professores e colegas, mas também perturba as crianças afetadas e ameaça desencaminhar seu desenvolvimento normal. Uma segunda alteração no DSM-5 é que essas crianças são classificadas como tendo transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH). Controvérsias sobre o TDDH se encaixam em duas facções. Na primeira, há a preocupação de que o DSM-5 possa transformar a experiência normal da infância em patologia. Na segunda, há a noção de que esse comportamento é descrito mais precisamente dentro do espectro bipolar de transtornos. No entanto, as evidências indicam que o TDDH realmente descreve um grupo de crianças pré-púberes que estão significativamente perturbadas e disfuncionais e correm risco de ter uma vida inteira pontilhada por dificuldades. Além disso, o TDDH parece não ser apenas uma forma infantil de transtorno bipolar. Na realidade, é bem mais provável que o TDDH se converta, na idade adulta, em um transtorno depressivo ou de ansiedade do que em um transtorno bipolar.

Uma terceira mudança é o deslocamento do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) do apêndice para o texto principal do DSM-5. Assim como o TDDH não se refere aos “ataques de raiva” comuns, o TDPM não descreve os sintomas leves e temporários que são normalmente denominados de “tensão pré-menstrual”. Em vez disso, o TDPM descreve um agrupamento coeso de sintomas que causa prejuízo e sofrimento significativos e persistentes.

Levantaram-se preocupações de que essas três alterações pudessem levar a uma “patologização” da experiência humana normal e, secundariamente, ao excesso do uso de medicamentos psiquiátricos. O campo da psiquiatria realmente deveria reconhecer tanto as limitações das

evidências atuais como as forças externas que podem tentar influenciar a área para benefício próprio. Ao mesmo tempo, as evidências indicam que esses três diagnósticos refletem três grupos de pessoas que estão sofrendo e estão significativamente disfuncionais. É verdade também que as pessoas que satisfazem esses critérios já estão buscando auxílio psiquiátrico e o desenvolvimento de critérios diagnósticos rigorosos permite a replicação de pesquisas em intervenções biopsicossociais eficazes.

Leituras Recomendadas

Keller MB, Coryell WH, Endicott J, et al (eds): Clinical Guide to Depression and Bipolar Disorder: Findings From the Collaborative Depression Study. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013

Kramer P: Against Depression. New York, Penguin, 2006

Maj M: Clinical judgment and the DSM-5 diagnosis of major depression. World Psychiatry 12(2):89–91, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683250>. Acessado em 29 de agosto, 2013.

CASO 4.1

Instável e Irritável

William C. Wood

Wyatt era um menino de 12 anos encaminhado por seu psiquiatra a um programa de hospitalização parcial para adolescentes devido aos constantes conflitos que assustavam tanto seus colegas de aula quanto seus familiares.

De acordo com seus pais, Wyatt geralmente era instável e irritável, com episódios frequentes em que agia como “um monstro enfurecido”. Desse modo, ficou quase impossível estabelecer limites. Mais recentemente, Wyatt quebrou a porta de um armário para pegar o *videogame* que havia sido retido para convencê-lo a fazer o dever de casa. Na escola, ele era conhecido por ter

pavio curto e recentemente havia sido suspenso por socar outro garoto no rosto depois de perder uma partida de xadrez.

Durante a infância, Wyatt era um menino extremamente ativo, “sempre correndo”. Também era um “garoto sensível”, constantemente preocupado que as coisas dessem errado. Seu nível de tolerância à frustração sempre foi inferior ao de seus pares, de modo que seus pais desistiram de levá-lo às compras porque sabiam de antemão que ele ficaria histérico se não lhe comprasse os brinquedos que queria.

Os relatos no boletim da escola indicavam inquietude, oscilação na atenção e im-

pulsividade. Quando Wyatt tinha 10 anos, um psiquiatra infantil o diagnosticou com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), tipo combinado. Ele foi encaminhado para um terapeuta comportamental e começou a tomar metilfenidato, com melhora nos sintomas. Ao chegar à 5^a série, sua instabilidade emocional se tornou mais acentuada e persistente. Ele geralmente estava de mau humor, reclamando que a vida era “injusta”. Wyatt e seus pais começaram a travar batalhas diárias para estabelecer limites durante o café da manhã, enquanto ele demorava para se aprontar para ir à escola e – no final da tarde – continuavam discutindo sobre deveres de casa, *videogames* e horário de dormir. Durante essas discussões, o menino frequentemente gritava e atirava objetos próximos. Quando chegou à 7^a série, seus pais estavam cansados e os irmãos o evitavam.

De acordo com os pais, ele não tinha problemas de apetite e, embora discutessem sobre o horário de dormir, ele não parecia apresentar um distúrbio do sono. Aparentemente gostava de suas atividades diárias, mantinha uma boa energia e não tinha história de euforia, grandiosidade ou redução da necessidade de sono que durasse mais de um dia. Embora o descrevessem como “instável, isolado e solitário”, seus pais não achavam que ele estava deprimido. Negaram história de alucinações, abuso, trauma, conduta suicida ou homicida, desejo de autoagressão ou qualquer desejo premeditado de ferir os outros. Ele e seus pais negaram que o menino tivesse alguma vez consumido álcool ou drogas. Sua história médica não tinha informações relevantes. Sua história familiar era relevante em relação a ansiedade e depressão no pai, alcoolismo nos avós paternos e possivelmente TDAH sem tratamento na mãe.

Durante a entrevista, Wyatt estava levemente ansioso, mas participativo. Seu corpo se virava para a frente e para trás enquanto estava sentado na cadeira. Ao analisar seus ataques de raiva e sua agressividade física, ele disse: “É como se eu

não conseguisse evitar. Não tenho a intenção de fazer nada disso, mas quando fico com raiva, não penso em nada. É como se me desse um branco”. Ao ser perguntado sobre como se sentia em relação a seus ataques, Wyatt pareceu bastante triste e afirmou seriamente: “Odeio quando fico assim”. Quanto a se pudesse mudar três coisas em sua vida, ele respondeu: “Teria mais amigos, me sairia melhor na escola e pararia de me irritar tanto”.

Diagnósticos

- Transtorno disruptivo da desregulação do humor.
- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, apresentação combinada.

Discussão

O psiquiatra de Wyatt o encaminhou a um programa de internação parcial para adolescentes devido à irritabilidade persistente e aos ataques de raiva recorrentes e graves.

Ao avaliar esse menino de 12 anos, seria importante observar a natureza, a gravidade, a frequência e a duração dos ataques. Eles estão fora do âmbito “normal de desenvolvimento” das crianças? O que os provoca? Os ataques ocorrem em casa, na escola, com pares ou em mais de um contexto? Como eles afetam sua vida? Qual o humor geral desse menino no intervalo entre ataques? Os ataques refletem falta de controle sobre suas reações emocionais ou são um comportamento calculado para atingir um resultado desejado? Em que idade esses ataques emocionais e/ou comportamentais começaram? Há sintomas depressivos neurovegetativos correspondentes? Alguma vez ele já exibiu sintomas do tipo maníaco como grandiosidade, redução da necessidade de sono, pressão por falar ou pensamentos acelerados? Em caso positivo, esses sintomas persistiram por tempo suficiente para satisfazer os crité-

rios de um episódio maníaco? Ele abusa de substâncias? Alguma vez exibiu sintomas psicóticos como paranoia, delírios ou alucinações de qualquer natureza?

No caso de Wyatt, sua irritabilidade intensa parece ser persistente, enquanto seus ataques tendem a ser extremos e incongruentes com seu nível geral de desenvolvimento. Eles estão evidentemente interferindo em todos os aspectos de sua vida. Esse comportamento não parece estar sob seu controle, e a irritabilidade e os ataques não lhe proporcionam nada positivo; na verdade, as três coisas que ele afirma que mais gostaria de mudar estão relacionadas ao sintoma (“parar de me irritar tanto”) ou às consequências dos sintomas (“ter mais amigos” e “me sair melhor na escola”). Esses sintomas vêm se agravando desde o início do ensino fundamental. Ele não apresenta sintomas neurovegetativos proeminentes de depressão e não há história de mania, psicose ou abuso de substância. Portanto, ele satisfaz os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH), um novo diagnóstico no DSM-5 listado entre os transtornos depressivos.

A característica fundamental do TDDH é irritabilidade crônica, grave e persistente, incongruente com o estágio de desenvolvimento da criança e que causa prejuízo significativo. O DSM-5 define essa característica fundamental como apresentando duas manifestações clínicas proeminentes: ataques de raiva graves e frequentes (verbais ou comportamentais) e humor raivoso ou irritável, persistente e crônico, presente entre os graves ataques de raiva.

Embora alguns dos sintomas do TDDH possam se sobrepor aos sintomas de outros diagnósticos, esse transtorno parece realmente representar um grupo de jovens cujos perfis de sintoma diferem dos perfis de outros diagnósticos do DSM-5 e vão além dos “ataques de raiva” congruentes com a idade. Por exemplo, o transtorno bipolar também pode levar a conflitos interpessoais e irritabilidade. Contudo, crianças e adolescentes com TDDH não

exibem outros sintomas fundamentais de mania, como redução da necessidade de sono, pressão por falar, ciclagem do humor e pensamentos acelerados que persistem durante vários dias. Transtornos disruptivos do comportamento – como transtorno de oposição desafiante, transtorno explosivo intermitente e transtorno da conduta – diferem do TDDH no sentido de que não são caracterizados por intensa irritabilidade persistente entre ataques.

De acordo com a definição do DSM-5, o TDDH não pode coexistir com o transtorno bipolar, com o transtorno de oposição desafiante ou mesmo com o transtorno explosivo intermitente. Caso o paciente tenha alguma vez passado por um episódio maníaco, o diagnóstico de transtorno bipolar suplanta o diagnóstico de TDDH. Caso o paciente satisfaça os critérios para transtorno explosivo intermitente ou transtorno de oposição desafiante, mas também satisfaça os critérios para TDDH, ele deve ser diagnosticado apenas com TDDH.

O TDDH pode ser comórbido com uma variedade de outros diagnósticos. Por exemplo, Wyatt apresenta problemas anti-gos relativos a atenção e ansiedade. Quando estava na escola primária, ele foi diagnosticado com TDAH do tipo combinado, o que indica que satisfez a maioria dos critérios em ambas as categorias do TDAH: atenção e hiperatividade-impulsividade. Observou-se também que Wyatt tem preocupações crônicas. Embora essa característica não tenha sido investigada mais a fundo na história, esse paciente pode muito bem corresponder às exigências para um transtorno de ansiedade.

Será importante acompanhar Wyatt longitudinalmente. O objetivo disso, obviamente, é empregar a avaliação diagnóstica e o plano de tratamento mais austeros, que, no entanto, podem mudar no contexto do desenvolvimento geral do paciente. Como um adolescente com diagnóstico de TDDH, ele vai continuar correndo o risco de desenvolver uma série de condições psiquiátricas comórbidas, incluindo outros

transtornos do humor, de ansiedade e por uso de substância.

Leituras Recomendadas

- Axelson D, Findling RL, Fristad MA, et al: Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *J Clin Psychiatry* 73(10):1342–1350, 2012
- Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H: Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry* 170(2):173–179, 2013

Leibenluft E: Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 168(2):129–142, 2011

Margulies DM, Weintraub S, Basile J, et al: Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? *Bipolar Disord* 14(5):488–496, 2012

Mikita N, Stringaris A: Mood dysregulation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S11–16, 2013

Wozniak J, Biederman J, Kiely K, et al: Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(7):867–876, 1995

CASO 4.2

Tristeza Pós-parto

Kimberly A. Yonkers
Heather B. Howell

Yvonne Perez era uma mulher de 23 anos que se apresentou para uma avaliação psiquiátrica ambulatorial duas semanas depois do parto de seu segundo filho. Ela foi encaminhada pela enfermeira encarregada da amamentação, a qual estava preocupada com o humor deprimido, o afeto embotado e a fadiga da paciente.

A sra. Perez afirmou que estava receosa e sem entusiasmo desde que descobriu que estava grávida. Ela e o marido haviam

planejado esperar alguns anos antes de ter outro filho e ele havia deixado claro que preferia que ela interrompesse a gestação, uma opção que ela não considerou devido à sua religião. Ele também estava aborrecido porque ela estava “cansada demais” para assumir um emprego fora de casa durante a gravidez. A sra. Perez, então, passou a ficar cada vez mais disfórica, desesperançada e sobrecarregada depois do parto. A amamentação não estava indo

bem e ela havia começado a achar que seu bebê a estava “rejeitando” quando se recusava a mamar no peito, cuspiu o leite e chorava. Seu filho passou a ter muitas cólicas e ela se sentiu na obrigação de segurá-lo quase o dia inteiro. Ela questionava se merecia essa dificuldade porque a gestação não fora planejada.

O marido ficava fora de casa na maior parte do tempo devido ao trabalho e ela achava muito difícil cuidar do novo bebê e da filha, uma menina ativa e exigente de 16 meses. Ela dormia pouco, sentia-se constantemente cansada, chorava com frequência e se preocupava sobre como conseguiria superar as dificuldades do dia. Sua sogra havia recém chegado para ajudá-la a cuidar das crianças.

A sra. Perez era uma mulher hispânica, fluente em inglês, que havia trabalhado em uma cafeteria até a metade de sua primeira gestação, quase dois anos antes. Fora criada em um ambiente onde recebia bastante apoio de seus pais, com uma família numerosa. Ela havia se mudado para uma região diferente do país quando o marido fora transferido por causa do trabalho, de modo que não tinha parentes morando perto. Embora ninguém em sua família tivesse se consultado com um psiquiatra, aparentemente vários familiares tiveram depressão. Ela não apresentava história nem tratamento psiquiátrico anterior. Negou o uso de drogas ilícitas ou álcool. Durante vários anos teve o hábito de fumar, o qual interrompeu na primeira gestação. A sra. Perez tinha história de asma. Com exceção de complementos multivitamínicos com ferro, não tomava nenhum medicamento.

Durante o exame de estado mental, a sra. Perez apresentou-se como uma jovem cooperativa e vestida de forma casual. Fez um pouco de contato visual, mas tinha a inclinação de voltar os olhos para o chão quando falava. Seu discurso era fluente, mas lento, com latência aumentada quando respondia às perguntas. O tom da fala era monótono. Ela confirmou o humor baixo e seu afeto era contido. Negou pensa-

mentos de suicídio e homicídio. Também negou alucinações e delírios, embora se perguntasse se a situação atual era um castigo por não querer o filho. Estava totalmente orientada e pôde registrar três objetos, mas lembrou-se de apenas um deles depois de 5 minutos. Sua inteligência estava na média. A qualidade de seu *insight* e do julgamento era de razoável para boa.

Diagnóstico

- Transtorno depressivo maior, episódio único, gravidade moderada, sem características psicóticas e com início no periparto.

Discussão

A sra. Perez apresenta humor baixo, pouca energia e má qualidade do sono, retardado psicomotor, culpa e má concentração. O relato de caso não faz referência ao apetite, à capacidade de sentir prazer, tampouco à presença de pensamentos sobre morte, mas ela evidentemente tem mais do que os cinco (entre nove) sintomas exigidos para satisfazer os critérios para um diagnóstico do DSM-5 de depressão maior. Os fatores que contribuem são o parto recente, uma história familiar de depressão e múltiplos estressores psicosociais, incluindo a falta de apoio do marido, problemas financeiros, um bebê com cólicas, uma criança bastante ativa e a distância geográfica de sua família de origem.

O relato de caso não deixa claro, mas aparentemente a sra. Perez teve sintomas depressivos significativos durante a gestação, sendo encaminhada a um psiquiatra nesse momento específico não porque estava drasticamente mais depressiva, mas porque foi observada por um profissional da área da saúde, a enfermeira responsável pela amamentação. Se a sra. Perez tivesse ficado deprimida apenas depois do parto, ela poderia não ter apresentado sintomas durante as duas semanas neces-

sárias para depressão maior. Nesse caso, um diagnóstico mais apropriado poderia ser transtorno de adaptação com humor deprimido. Um início puerperal também poderia aumentar seu risco de desenvolver transtorno bipolar em vez de transtorno depressivo unipolar. O que contesta um diagnóstico de transtorno bipolar nessa paciente é a ausência de sintomas maníacos ou psicóticos conhecidos, bem como a ausência de história de episódios de humor ou história familiar de transtorno bipolar. Ainda assim, o fato de que ela passou por um agravamento acentuado depois do parto aumenta o risco de que ela desenvolva transtorno bipolar.

Se a sra. Perez apresentasse humor baixo ao longo da gestação e um breve agravamento depois do parto, então seus sintomas poderiam ser vistos como um transtorno depressivo menor (no DSM-5, diagnosticado como transtorno depressivo com outra especificação) em vez de transtorno depressivo maior.

A partir da história disponível, parece mais provável que a sra. Perez tenha apresentado sintomas depressivos significativos ao longo da gestação. Ela afirmou sentir-se “receosa e sem entusiasmo” e “cansada demais” para trabalhar. Essa não seria uma trajetória de depressão incomum, uma vez que metade das mulheres cuja depressão é identificada após o parto já estava deprimida durante a gravidez. O DSM-5 agora inclui um especificador “com início no periparto” para mulheres que desenvolvem um transtorno do humor durante ou logo após uma gestação. A sra. Perez também se preocupa que o filho a esteja rejeitando e que sua situação atual seja um castigo. Essas parecem ser ideias supervvalorizadas em vez de delí-

rios, mas seria razoável realizar avaliações contínuas para identificar pensamento psicótico.

Também é importante fazer uma avaliação do risco de suicídio em todas as pessoas com sintomas de depressão maior. A sra. Perez nega esses sintomas, mas seria potencialmente útil investigar qualquer tipo de pensamento que ela possa ter em relação à morte, sobre sua família viver melhor sem ela e de que seria melhor para seus filhos se eles estivessem mortos.

É importante esclarecer o subtipo depressivo porque muitas mulheres com sintomas depressivos subsindrônicos puerperais melhoram espontaneamente no prazo de algumas semanas após o parto. Isso pode ocorrer mesmo na ausência de tratamento formal. Por esse motivo, e porque muitas mulheres desejam continuar com a amamentação, uma abordagem inicial de tratamento pode ser psicoterapêutica em vez de farmacológica.

Leituras Recomendadas

- Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, et al: Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 69(4):428–434, 2012
- O’Hara MW, Swain AM: Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 8:37–54, 1996
- Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al: Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 158(11):1856–1863, 2001
- Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, et al: The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry* 31(5):403–413, 2009

CASO 4.3

Luto e Depressão

Richard A. Friedman

Andrew Quinn, um empresário de 60 anos, voltou a consultar com seu psiquiatra duas semanas após a morte do filho de 24 anos. O jovem, que sofria de depressão maior e abuso de substância, foi encontrado rodeado por vários frascos de comprimidos vazios e um bilhete suicida incoerente.

O sr. Quinn era muito próximo de seu filho problemático e imediatamente se sentiu devastado, como se sua vida houvesse perdido o sentido. Nas duas semanas que se seguiram, ele visualizava o filho e estava “obcecado”, imaginando como poderia ter impedido o abuso de substância e o suicídio. Preocupava-se quanto a ter sido um mau pai e ter dedicado tempo demais à própria carreira, passando pouco tempo com o filho. Sentia-se constantemente triste, retraiu-se da vida social de hábito e não conseguia se concentrar no trabalho. Embora nunca tenha bebido anteriormente mais do que alguns copos de vinho por semana, aumentou seu consumo de álcool para meia garrafa todas as noites. Naquela época, o psiquiatra disse que ele estava sofrendo com o luto e que essa reação era normal. Eles concordaram em marcar consultas para apoio e para avaliar o desenrolar da situação clínica.

O sr. Quinn retornou a seu psiquiatra para consultas semanais. Na sexta semana depois do suicídio, seus sintomas se agravaram. Em vez de imaginar sobre o que poderia ter feito de diferente, começou a pensar

que ele era quem deveria ter morrido, não o filho. Continuou tendo problemas para dormir, mas também costumava acordar às 4h30 da manhã e ficar olhando para o teto, sentindo-se oprimido por fadiga, tristeza e sentimento de desvalia. Esses sintomas melhoravam durante o dia, mas também sentia falta de autoconfiança, de apetite sexual e de entusiasmo de forma persistente e atípica. Perguntou ao psiquiatra se ainda estava em luto ou se estava com depressão maior.

O sr. Quinn apresentava uma história de dois episódios depressivos maiores que melhoraram com psicoterapia e medicamentos antidepressivos, mas sem episódios significativos desde os 30 anos. Negou história de abuso de álcool ou substância. Ambos os pais haviam sido “depressivos”, mas sem tratamento. Ninguém na família havia cometido suicídio anteriormente.

Diagnóstico

- Transtorno depressivo maior.

Discussão

Nas semanas após o suicídio do filho, o sr. Quinn desenvolveu tristeza, insônia, retraiamento social, redução do prazer em atividades e má concentração. Esse grupo de sintomas é típico de luto, reconhecido tanto pelo público leigo quanto por profissionais da área da saúde, como uma reação humana normal à morte de um ente querido.

Na primeira consulta com o psiquiatra, o sr. Quinn demonstrou múltiplos sintomas que normalmente são encontrados em depressão maior, mas, naquele momento, eles pareciam ser mais bem identificados como luto normal. Esse ponto de vista ganha respaldo pelo fato de que o luto – apesar de causar sofrimento e disfunção – tipicamente atinge sua conclusão naturalmente no prazo de dois a seis meses, sem atendimento clínico específico.

O DSM-IV reconheceu a normalidade do luto ao declarar que um diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM) deve ser adiado durante dois meses, a menos que a apresentação clínica seja caracterizada por sintomas graves não usuais como ideação suicida ou psicose. A exclusão do luto no DSM-IV tem um bom motivo: embora ele sem complicações possa ser algo doloroso, dura pouco e é benigno, sem prejudicar gravemente o funcionamento nem aumentar o risco de suicídio como ocorre na depressão maior.

Algumas pessoas, no entanto, realmente desenvolvem um transtorno do humor após a morte de um ente querido, assim como depois de outros traumas, como ruína financeira, perdas decorrentes de desastres naturais ou doenças e incapacidade médica grave. Por causarem prejuízo e sofrimento extremo, essas síndromes do humor justificam atendimento clínico antes de alcançarem o limite de dois meses do DSM-IV, tempo durante o qual a maior parte dos sintomas depressivos pode ser atribuída ao luto.

Devido à sobreposição significativa de sintomas entre luto e depressão maior, à dificuldade em predizer quais sintomas irão persistir ou se intensificar e quais irão melhorar por si, assim como à incerteza sobre o que é psicologicamente diferente entre a perda de um ente querido e, por exemplo, a perda da casa devido a um desastre natural, dedicou-se bastante atenção para ajustar as diferenças entre TDM e luto.

Essa redefinição da exclusão do luto foi uma das alterações propostas para o

DSM-5 que mais gerou controvérsia. Ela não apenas trata de uma experiência humana universal – o luto —, mas também traz à tona uma preocupação fundamental sobre a psiquiatria, ambas de dentro e de fora da área: o que é normal? Diversos esboços do DSM-5 foram debatidos e muitas pessoas (incluindo a mim) ficaram preocupadas que a remoção do luto iria “medicalizar” o luto normal e equivocadamente rotular indivíduos saudáveis com um diagnóstico psiquiátrico.

A versão final do DSM-5 fez alterações razoavelmente modestas, mas as controvérsias incorporadas à exclusão do luto são relevantes neste caso.

Ao avaliar os sintomas depressivos no contexto do luto, o DSM-5 sugere que o psiquiatra do sr. Quinn use seu discernimento clínico para diferenciar entre o vazio e a perda típicos do luto e o humor persistentemente depressivo, a anedonia e as ruminações pessimistas que são mais características do TDM. No luto, a disforia deve se attenuar gradativamente em semanas, embora possa haver interrupção por picos de pesar propensos a se concentrar no indivíduo falecido. Os sintomas depressivos do TDM estão menos exclusivamente ligados ao falecido, menos propensos a serem interrompidos por emoções positivas e mais propensos a serem acompanhados por autocritica e sentimentos de desvalia.

Durante a consulta do sr. Quinn, duas semanas após o suicídio de seu filho, seu psiquiatra interpretou, corretamente, a reação como dentro dos limites de uma reação normal de luto. Ao mesmo tempo, o paciente apresentava fatores de risco para TDM que não costumam estar presentes em indivíduos durante o luto. Ele tem uma história pessoal de dois episódios depressivos maiores anteriores; sua história familiar é positiva para depressão em relação a ambos os pais; e seu filho também podia estar depressivo. Todos esses fatores aumentam a probabilidade de que o sr. Quinn desenvolva TDM no contexto da morte de seu filho.

Embora estivesse adiado um diagnóstico de TDM, o psiquiatra marcou consultas semanais para o sr. Quinn. Depois de cerca de seis semanas, seus sintomas se agravaram, tanto em termos de intensidade como no desenvolvimento de sintomas cognitivos e neurovegetativos, tornando o diagnóstico de transtorno depressivo maior evidente. A exclusão do luto de dois meses do DSM-IV pode ter encorajado o psiquiatra do sr. Quinn retardar o diagnóstico de TDM por várias semanas, até que a data limite de dois meses fosse alcançada. O DSM-5, ao contrário, não limita especificamente um diagnóstico de TDM durante um período de tempo entre duas semanas e dois meses. No caso do sr. Quinn, essa mudança provavelmente significa que ele receberia um diagnóstico de TDM mais rapidamente nos termos do DSM-5.

Especialistas favoráveis à remoção da exclusão de luto de 2 meses podem ficar tranquilos com a avaliação clínica do sr. Quinn. O agravamento dos sintomas e a história pessoal e familiar de depressão provavelmente justificam atendimento clínico específico. Essa preocupação é compreensível, especialmente porque de 10 a 20% dos indivíduos em luto progridem para vivenciar uma síndrome de luto complicado, caracterizada por saudades e preocupação perturbadora com o falecido, além de um sentimento de raiva e descrença direcionado à morte. Ademais, apenas metade dos indivíduos com depressão maior na população em geral e 33% de pacientes depressivos no contexto de cuidados primários recebem algum tipo de tratamento para depressão.

Para a maioria das pessoas em luto, no entanto, seus sintomas depressivos não indicam uma depressão maior. Por exemplo, um estudo que usou dados do National Epidemiologic Survey on Alcohol and

Related Conditions (Levantamento Epidemiológico Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas), mostrou que sujeitos que haviam sofrido uma síndrome depressiva relacionada ao luto no momento basal não apresentaram probabilidade maior, ao longo de um período de acompanhamento de três anos, de apresentar um episódio depressivo maior do que aqueles que não tinham história de depressão maior na vida no momento basal. Esses dados confirmam a opinião amplamente aceita de que, para a maioria das pessoas, o luto se resolve sozinho.

O DSM-5 reconhece essa realidade e pede aos clínicos que façam uso de seu discernimento ao tentarem distinguir entre depressão clínica e luto. Ainda está para ser comprovado se essa redução da barreira do diagnóstico depressivo maior irá ajudar a identificar pacientes nos quais se justifica um atendimento clínico ou encorajar a “medicalização” do luto. Por enquanto, os clínicos devem continuar a reconhecer que, embora o luto possa, às vezes, desencadear depressão maior, ele em si é uma reação emocional totalmente normal à perda e não requer tratamento.

Leituras Recomendadas

- Friedman RA: Grief, depression and the DSM-5. *N Engl J Med* 366(20):1855–1857, 2012
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289(23):3095–3105, 2003
- Mojtabai R: Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 68(9):920–928, 2011
- Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 293(21):2601–2608, 2005

CASO 4.4

Perda de Interesse na Vida

Anthony J. Rothschild

Barbara Reiss era uma mulher branca, de 51 anos, que foi levada ao pronto-socorro pelo marido com a queixa principal de "Estou com vontade de me matar".

A sra. Reiss havia começado a "perder interesse na vida" cerca de quatro meses antes. Na época, relatou depressão todos os dias durante a maior parte do dia. Os sintomas vinham se agravando há meses. Ela perdeu 4 quilos (peso atual = 47,63 kg) sem fazer dieta, apenas porque não sentia vontade de se alimentar. Tinha problemas em iniciar o sono quase todas as noites e acordava às 3 horas várias vezes durante a semana (normalmente acordava às 6h30). Apresentava redução de energia e concentração e da capacidade de desempenhar seu emprego administrativo em uma fábrica de comida para cães. Estava convencida de que havia cometido um erro que levaria milhares de cães à morte. Esperava ser presa a qualquer momento e preferia se matar a ir para a prisão.

Seu clínico geral havia reconhecido o humor deprimido uma semana antes e receitou sertralina, encaminhando-a para uma avaliação psiquiátrica.

A sra. Reiss negou história psiquiátrica anterior. Uma irmã havia sofrido de depressão. A paciente negou história de hipomania ou mania. Normalmente, bebia um copo de vinho durante o jantar e havia começado a tomar um segundo copo antes

de ir para a cama na esperança de conseguir dormir a noite inteira. Estava casada há 20 anos e tinha três filhos em idade escolar. Estava empregada nessa empresa há 13 anos. Negou o uso de drogas ilícitas.

O exame físico realizado por seu clínico geral, uma semana antes, não acrescentou dados relevantes. Todos os testes de laboratório resultaram normais, incluindo hemograma completo, eletrólitos, nitrogênio ureico no sangue, creatinina, cálcio, glicose, testes de função da tireoide, folato e vitamina B₁₂.

Durante o exame de estado mental, a sra. Reiss estava cooperativa e exibiu agitação psicomotora. Respondeu à maioria das perguntas de maneira curta, frequentemente dizendo apenas "sim" ou "não". O discurso tinha amplitude e tom normais, sem tangencialidade nem circunstancialidade. Ela negou ter alucinações ou pensamentos incomuns. Descreveu os erros que acreditava ter feito no trabalho, afirmou que logo seria presa pela morte de cachorros e insistiu que era tudo verdade, não "um delírio". As memórias recente e remota estavam amplamente preservadas.

Diagnóstico

- Transtorno depressivo maior, episódio único, moderado e com características psicóticas.

Discussão

Os critérios fundamentais para o diagnóstico de um episódio de transtorno depressivo maior (TDM) e a duração exigida de pelo menos duas semanas não mudaram do DSM-IV para o DSM-5. A sra. Reiss exibiu todos os nove critérios sintomáticos para depressão maior: humor deprimido, perda de interesse ou prazer, perda de peso, insônia, agitação psicomotora, perda de energia, culpa excessiva, problemas de concentração e pensamentos sobre morte. Apenas cinco desses sintomas são necessários para o diagnóstico de depressão maior.

Antes que se possa estabelecer um diagnóstico de depressão, deve-se descartar uma causa médica. Um exame médico recente não acrescentou dados relevantes e não há indicações de que a sra. Reiss tenha comorbidades médicas, muito menos alguma que pudesse causar depressão. Também é importante investigar a possibilidade de transtorno bipolar. O relato de caso não faz menção a sintomas como pressão por falar ou assumir riscos, mas sintomas maníacos, às vezes, podem passar despercebidos e um diagnóstico de transtorno bipolar pode afetar o tratamento de forma significativa. A paciente relata consumir dois copos de vinho por noite, o que dificilmente contribui para o quadro. No entanto, se estiver subestimando significativamente seu consumo de álcool, ela pode apresentar risco de transtorno depressivo induzido por álcool. Múltiplos medicamentos e substâncias de abuso podem causar depressão grave e psicose. Uma história colateral pode contribuir nesse aspecto, assim como um exame toxicológico.

A sra. Reiss também exibe sintomas psicóticos (delírios) no contexto do TDM. Uma das novidades do DSM-5 é a separação das características psicóticas da classifi-

ciação de gravidade da depressão maior. Em outras palavras, o TDM com características psicóticas não é inevitavelmente considerado “grave”. Os sintomas psicóticos da sra. Reiss seriam classificados como congruentes com o humor porque o conteúdo de seus delírios é compatível com os temas depressivos típicos de inadequação, culpa, doença, morte, niilismo e/ou castigo merecido. Destaca-se que, no DSM-5, uma hierarquia que dá precedência a características incongruentes com o humor está sendo introduzida para permitir a classificação de casos nos quais psicoses congruentes e incongruentes com o humor coexistam.

Características psicóticas podem, frequentemente, passar despercebidas na depressão maior. Embora os delírios da sra. Reiss sobre matar cães tenham sido relatados de forma espontânea e provavelmente não sejam verdadeiros, muitos pacientes são mais reservados e não revelam esse tipo de informação facilmente. Ademais, crenças fixas e errôneas que não são bizarras podem soar razoáveis para o clínico. Uma forma de abordar essa questão com pacientes é evitar o uso de palavras como *psicose* ou *delirante* e, vez disso, indagá-los sobre “preocupações irracionais”.

Leituras Recomendadas

- Maj M, Pirozzi R, Maglano L, et al: Phenomenology and prognostic significance of delusions in major depressive disorder: a 10-year prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry* 68(9):1411–1417, 2007
- Rothschild AJ (ed): *Clinical Manual for the Diagnosis and Treatment of Psychotic Depression*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009
- Rothschild AJ, Winer J, Flint AJ, et al: Missed diagnosis of psychotic depression at 4 academic medical centers. *J Clin Psychiatry* 69(8):1293–1296, 2008

CASO 4.5

Desespero

Cheryl Munday

Jamie Miller Abelson

James Jackson

Crystal Smith, uma dona de casa afro-americana de 33 anos de idade, compareceu em uma clínica ambulatorial buscando “alguém com quem conversar” sobre um sentimento de desespero que havia se intensificado nos últimos oito ou 10 meses. Ela estava particularmente chateada com o conflito conjugal e a desconfiança atípica da família do marido.

A sra. Smith afirmou que havia começado a acordar antes do amanhecer, sentindo-se triste e chorosa. Ela tinha dificuldade de sair da cama e executar as tarefas domésticas de hábito. Às vezes, sentia-se culpada por não ser “a mesma pessoa de sempre”. Em outras, ficava facilmente irritada com o marido e os sogros devido a desentendimentos de pouca importância. Ela antes contava com a sogra para ajudar com as crianças, mas não confiava mais tanta responsabilidade a ela. Essa preocupação, em conjunto com a insônia e a fadiga, acabou fazendo com que a sra. Smith levasse os filhos para a escola com atraso. Nos últimos meses, perdeu quase 6 quilos sem fazer dieta. Negou ideação suicida no momento, afirmando que “nunca faria uma coisa dessas”, mas reconheceu ter pensado que “devia simplesmente desistir” e que seria “melhor se estivesse morta”.

Há dois meses, a sra. Smith começou consultas com um psiquiatra que duraram

várias semanas, sendo medicada com fluoxetina, que ela experimentou relutantemente e logo a descontinuou porque o fármaco a deixava cansada. Também parou com a terapia, alegando que o psiquiatra não parecia entendê-la.

A sra. Smith morava com o marido, com quem estava casada há 13 anos, e dois filhos em idade escolar. Os pais do marido moravam na casa ao lado. Afirmou que seu casamento era bom, embora o marido tivesse sugerido que ela “se tratasse” para que parasse de “berrar com todo mundo o tempo inteiro”. Embora fosse historicamente sociável, ela dificilmente conversava com a própria mãe ou com as irmãs, muito menos com seus amigos. Visitava a igreja regularmente, mas parou de ir aos cultos porque sentia que tinha “pouca fé”. O pastor sempre lhe deu apoio, mas ela não conversou com ele sobre seus problemas porque “ele não iria querer saber desse tipo de coisa”.

A sra. Smith descreveu a si mesma como tendo sido uma criança extrovertida e simpática. Cresceu com os pais e três irmãos. Lembrou-se de ter ficado muito perturbada quando tinha 10 ou 11 anos, época em que seus pais se divorciaram e a mãe se casou novamente. Devido a brigas com outras crianças na escola, frequentava o orientador escolar, com quem

desenvolveu um vínculo. Ao contrário do psiquiatra com quem havia se consultado recentemente, a sra. Smith achava que o orientador não “se intrometia” e a ajudou a se recuperar. Afirmou que ficou mais quieta ao ingressar no ensino médio, com menos amigos e pouco interesse nos estudos. Casou-se aos 20 anos e trabalhou no comércio até o nascimento de seu primeiro filho, quando tinha 23 anos.

A sra. Smith não havia usado álcool desde sua primeira gravidez e negou o uso de substâncias ilícitas. Também negou uso anterior ou atual de medicamentos com receita além da breve experiência com o medicamento antidepressivo. Relatou uma boa saúde geral.

Durante o exame de estado mental, a aparência da sra. Smith era a de uma jovem arrumada de forma casual, coerente e orientada para objetivos. Ela teve dificuldade em manter contato visual com o terapeuta branco de meia-idade. Foi cooperativa, mas estava levemente reservada e lenta pra responder. Precisou de encorajamento para elaborar seus pensamentos. Ficava temporariamente chorosa e, de modo geral, parecia triste. Negou psicose, embora tenha relatado eventualmente desconfiar da família. Negou confusão, alucinações, pensamentos suicidas ou homicidas. A cognição, o *insight* e o julgamento foram todos considerados normais.

Diagnóstico

- Transtorno depressivo maior, moderado, com características melancólicas.

Discussão

A sra. Smith apresenta um período de 8 a 10 meses de humor persistentemente deprimido, anedonia, pouco sono, apetite reduzido com perda de peso, anergia e pensamentos sobre morte. Ela facilmente satisfaz as exigências de cinco dos nove

critérios sintomáticos para depressão maior. Não há evidências de que os sintomas sejam causados por uma substância ou por outra condição médica. Ela sofre e está disfuncional em um grau que justifica atendimento clínico. Portanto, satisfaz os critérios para transtorno depressivo maior (TDM) do DSM-5. Além disso, a sra. Smith tem características melancólicas clássicas: relata perda de prazer em quase todas as atividades, descreve uma qualidade distinta de humor deprimido (caracterizado por abatimento profundo ou desespero), regularmente fica pior no início do dia, apresentou perda de peso significativa e sente culpa excessiva.

A irritabilidade da sra. Smith é proeminente. Esse sintoma pode ser mais prontamente confirmado do que a tristeza, especialmente por afro-americanos, entre os quais o estigma psiquiátrico é elevado. Uma queixa de irritabilidade pode fazer parte de um quadro de mania ou hipomania, mas a sra. Smith não apresenta outros sintomas que o confirmem.

Um especificador importante para depressão diz respeito ao fato de se o TDM é de episódio único ou recorrente. Não está claro se a sra. Smith teve depressão maior depois do divórcio dos pais quando era criança. Para esclarecer isso, o clínico deve investigar mais a fundo os sintomas do passado mais distante. O fato de ter sido encaminhada para o orientador escolar naquela época devido a irritabilidade e brigas com colegas é interessante.

Saber sobre o divórcio dos pais da paciente pode ter ajudado os professores a reconhecer que ela estava em depressão, mas não teria sido incomum se ela fosse rotulada como “impulsiva e disruptiva” em vez de uma garota deprimida que precisava de ajuda.

Mais informações sobre o intervalo do curso também são necessárias para determinar se a sra. Smith apresentou humor triste persistente (dois anos, a maioria dos

dias) para considerar um diagnóstico adicional de transtorno depressivo persistente (distimia). A depressão maior persistente é mais comum em negros do que em brancos, assim como é mais grave e mais incapacitante, apesar da menor prevalência geral desse transtorno nessa parcela da população. O pouco uso de serviços de saúde mental por afro-americanos e a demora em buscar tratamento podem contribuir para a persistência da doença, assim como para índices mais baixos de uso de medicamentos antidepressivos. A sra. Smith informou que descontinuou o uso de fluoxetina porque isso a deixava cansada, mas pode ter sido porque ela desconfiava do medicamento e de seu terapeuta anterior.

A sra. Smith é cautelosa quanto a profissionais da área de saúde mental. Ela não gostou de seu psiquiatra anterior por ele ser “intrometido” e não manteve bom contato visual com seu psiquiatra mais recente, que é descrito como branco e de meia-idade. Diferenças em características raciais, étnicas e socioeconômicas podem afetar a aliança e a adesão ao tratamento, de modo que o resultado da sra. Smith pode depender parcialmente da capacidade de seu terapeuta em ter tato ao lidar com a desconfiança de cunho cultural que provavelmente irá afetar seu tratamento.

Leituras Recomendadas

- Alegria M, Chatterji P, Wells K, et al: Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatr Serv* 59(11): 1264–1272, 2008
- Cooper LA, Roter DL, Carson KA, et al: The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *Am J Public Health* 102(5):979–987, 2012
- Fava M, Hwang I, Rush AJ, et al: The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 15(8):856–867, 2010
- González HM, Croghan T, West B, et al: Antidepressant use in black and white populations in the United States. *Psychiatr Serv* 59(10):1131–1138, 2008
- González HM, Vega WA, Williams DR, et al: Depression care in the United States: too little for too few. *Arch Gen Psychiatry* 67(1):37–46, 2010
- Neighbors HW, Caldwell C, Williams DR, et al: Race, ethnicity, and the use of services for mental disorders: results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry* 64(4):485–494, 2007
- Williams DR, González HM, Neighbors H, et al: Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry* 64(3):305–315, 2007

CASO 4.6

Sentindo-se Triste Há Anos

Benjamin Brody

Diane Taylor, uma técnica de laboratório de 35 anos, foi encaminhada para o departamento de psiquiatria ambulatorial de um centro médico acadêmico pelo programa de assistência ao funcionário (PAF) de seu empregador, uma empresa farmacêutica de grande porte. Seu supervisor havia encaminhado a sra. Taylor ao PAF após uma crise de choro por receber uma crítica leve durante uma análise anual de desempenho que havia sido, de modo geral, positiva. Um pouco constrangida, disse ao psiquiatra que estava “se sentindo triste há anos” e que ouvir uma crítica a seu trabalho havia sido “demais”.

Originária do oeste do Canadá, a sra. Taylor havia se mudado para os Estados Unidos para fazer uma pós-graduação em química. Deixou a universidade antes de completar seu doutorado e começou a trabalhar como técnica de laboratório. Sentia-se frustrada com o trabalho, que ela encarava como um “beco sem saída”, mas temia não dispor de talento para encontrar um trabalho mais gratificante. Em consequência, lidava com sentimentos de culpa de que “não havia feito muito” de sua vida.

Apesar de seus problemas no trabalho, a sra. Taylor achava que conseguia se concentrar sem dificuldade. Negou pensamentos suicidas, mas às vezes se perguntava: “Qual é o sentido de viver?”. Ao ser indagada, relatou que eventualmente tinha dificuldades para dormir. Contudo, negou

mudanças em seu peso ou no apetite. Embora ocasionalmente saísse com colegas de trabalho, afirmou que se sentia tímida e pouco à vontade em situações sociais a menos que conhecesse bem as pessoas. Gostava de correr e de ficar ao ar livre. Embora seus relacionamentos românticos normalmente não “durasse muito”, achava que sua libido era normal. Havia percebido que os sintomas aumentavam e diminuíam de intensidade, mas permaneciam constantes ao longo dos últimos três anos. Não apresentava sintomas que sugerissem mania ou hipomania.

A sra. Taylor era filha única. Cresceu com um relacionamento apegado ao pai, um farmacêutico dono de uma farmácia. Descreveu-o como “um cara normal que gostava de caçar e pescar” e que gostava de levá-la em caminhadas. Sua mãe, uma enfermeira, parou de trabalhar logo depois de dar à luz e parecia emocionalmente distante e deprimida.

A sra. Taylor ficou deprimida pela primeira vez no ensino médio, quando o pai sofreu várias hospitalizações após desenvolver leucemia. Na época, foi tratada com psicoterapia, com boa resposta. Não tinha outra história psiquiátrica ou médica e seus medicamentos eram um composto multivitamínico e contraceptivos orais. Diante das opções de tratamento, manifestou preferência por uma combinação de medicamentos e psicoterapia. Começou a tomar citalopram e iniciou um curso de

psicoterapia de apoio. Depois de vários meses de tratamento, revelou que havia sido abusada sexualmente por um amigo da família na infância. Revelou-se também que ela tinha poucas amigas mulheres e um padrão persistente de relacionamentos disfuncionais e ocasionalmente abusivos com homens.

Diagnóstico

- Transtorno depressivo persistente (distimia).

Discussão

Há muito se reconhece que as doenças depressivas nem sempre são episódicas e que uma minoria significativa de pacientes sofre de formas crônicas de depressão com graus variados de gravidade. Versões mais antigas do DSM caracterizavam a depressão leve e crônica como um transtorno da personalidade. No DSM-III, no entanto, a forma mais leve de depressão foi introduzida como uma doença afetiva denominada transtorno distímico. Essa medida refletia um crescente corpo de pesquisas, o qual sugeria que a condição poderia responder a medicamentos anti-depressivos, mas isso gerou controvérsia. Esses pacientes sentem-se disfóricos *dado* a sua disfunção social crônica, suas dificuldades ocupacionais e seus estilos cognitivos taciturnos? Como outra possibilidade, sua depressão crônica subjacente leva a uma atrofia de seus relacionamentos e habilidades interpessoais e a um viés de atenção seletiva para os eventos negativos da vida?

A primeira concepção de distimia no DSM-III foi descrita como uma variação menos grave, porém mais crônica, da depressão maior aguda. Contudo, cada vez mais evidências indicaram que a distimia “pura” (i.e., depressão leve persistente sem episódios de depressão maior)

era incomum, o que originou a descrição de um espectro de depressões crônicas, no qual distimia era a manifestação mais leve. Ligeiramente mais grave era a “depressão dupla” ou episódio depressivo maior sobreposto a um estado distímico basal. A manifestação seguinte em termos de gravidade envolvia dois ou mais episódios depressivos maiores unidos por períodos de melhora incompleta. Dois anos de sintomas suficientemente graves para satisfazer todos os critérios do TDM representavam a forma mais grave. Na prática, muitos pacientes achavam difícil lembrar-se das flutuações de sintomas bem o bastante para dar sentido a essas distinções. Atualmente, o DSM-5 agrupa descrições contemporâneas desses padrões como especificadores sob o diagnóstico de transtorno depressivo persistente (distimia).

A sra. Taylor satisfaz os critérios para esse diagnóstico do DSM-5? Decididamente ela apresenta sintomas crônicos. Apesar do prejuízo significativo profissional e interpessoal, ela confirma sintomas psicológicos, mas não neurovegetativos, de depressão que ficam abaixo do limiar para depressão maior. Contudo, fica difícil afirmar se essa configuração foi constante ao longo dos últimos dois anos. Seria possível, por exemplo, que, apesar de a sra. Taylor negar dificuldades em se concentrar no momento da avaliação, seu empregador discordasse e apontasse ocorrências passadas. Os critérios do DSM-5 permitem a possibilidade de que, embora ela possa ter caído em depressão maior em determinados momentos, o diagnóstico atual ainda seja transtorno depressivo persistente (distimia).

A interação entre doença afetiva e personalidade também aparece na história da sra. Taylor. Ela manifesta traços de personalidade (ansiedade, retraimento, afetividade restrita, esquiva de intimidação e sensibilidade a críticas) que moldam a forma como ela encara o mundo e podem perpetuar seus sintomas depressi-

vos. Independentemente do fato de a sra. Taylor satisfazer ou não os critérios para transtorno da personalidade evitativa comórbido, esses traços de personalidade podem contribuir para complicar o tratamento e indicam um resultado desfavorável. Como outra possibilidade, esses traços disfuncionais da personalidade podem melhorar a partir da resolução de seus sintomas distímicos.

Leituras Recomendadas

Blanco C, Okuda M, Markowitz JC, et al: The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 71(12):1645–1656, 2010

Kocsis JH, Frances AJ: A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *Am J Psychiatry* 144(12):1534–1542, 1987

CASO 4.7

Oscilações do Humor

Margaret Altemus

Emma Wang, uma gerente de investimentos de 26 anos, foi espontaneamente a um consultório psiquiátrico devido às “oscilações de humor” que estavam destruindo seu relacionamento com o namorado.

Ela afirmou que sua briga mais recente começou porque ele estava ligeiramente atrasado para um encontro. Gritou com ele e, então, sem motivo aparente, terminou o relacionamento. Ficou desanimada depois, sentindo-se culpada e autocrítica. Quando ligou para o namorado a fim de fazer as pazes, ele se recusou, afirmando que estava cansado de suas “explosões de TPM”. Ela então se cortou superficialmente no antebraço, o que ela havia descoberto ser um método confiável para reduzir a ansiedade desde que era adolescente.

Afirmou que essas oscilações de humor surgiam do nada todos os meses e suas características eram de tensão, agressividade verbal, ansiedade, tristeza e arrependimento. Às vezes gritava com o namorado, mas também ficava irritada com amigos, com o trabalho e com a família. Durante a semana em que “virava monstro”, evitava socializar ou falar ao telefone; não era “divertida como de costume”, afirmou, e se isolava dos amigos. Ela conseguia trabalhar quando se sentia “arrasada”, mas realmente sentia pouca energia e tinha má concentração. Também ficava irascível, “com pena de si mesma” e arrependida de ter decidido “desperdiçar” sua juventude dando duro para uma instituição financeira que lhe era indiferente.

Quando se sentia “desesperada”, ficava determinada a buscar tratamento. Logo após o início da menstruação, melhorava drasticamente, voltava a ser do jeito de sempre e não dispunha de tempo para consultar com um psiquiatra. Também afirmou que, durante as semanas que se seguiam à menstruação, se sentia “ótima, fantástica, como sempre”.

Afirmou que as oscilações de humor sempre se iniciavam entre 7 e 10 dias antes do início do ciclo menstrual, “como uma TPM horrível”. Suas menstruações eram regulares. As mamas ficavam sensíveis, o corpo inchava, o apetite aumentava e ganhava peso. Quase ao mesmo tempo em que sua menstruação se iniciava, sentia-se “subitamente bem”. Negou uso de álcool ou de substância ilícita e não tinha história de sintomas psicóticos, maníacos ou obsessivos. Negou pensamentos suicidas e tentativas de suicídio anteriores, bem como internações psiquiátricas. Negou alergias e problemas médicos. O único medicamento que tomava era a pílula anticoncepcional. Sua história familiar era relevante em relação à mãe, com possível depressão. A sra. Wang nasceu em Taiwan e imigrou para os Estados Unidos aos 14 anos para frequentar um internato. Depois de se formar em uma escola de negócios conceituada, mudou-se para morar com a irmã mais velha.

Durante o exame de estado mental, a aparência da sra. Wang era a de uma mulher asiática vestida de acordo com a moda, usando joias de bom gosto e uma bolsa de grife. Seu cabelo estava ligeiramente torto. Ela manteve bom contato visual e foi agradável e cooperativa durante a entrevista. Seu discurso tinha velocidade, ritmo e volume normais. Descreveu seu humor como “bom, de modo geral”, seu afeto era completo, reativo e levemente irritável. Seu processo de pensamento era linear e ela não mostrou evidências de delírios, obsessões ou alucinações. Negou ideação suicida e homicida. Seu *insight*, seu julgamento e seu controle de impulsos estavam intactos, embora tenha indicado

uma história de comprometimento perimenstrual nessas áreas.

Diagnóstico

- Transtorno disfórico pré-menstrual.

Discussão

A sra. Wang apresenta oscilações do humor, irritabilidade, autoagressão não suicida (cortes), instabilidade interpessoal, ansiedade, tristeza, retraiamento social, redução da concentração e da energia e anedonia. Também descreve sintomas físicos como aumento do apetite, falta de destreza, fadiga e inchaço. Esses sintomas são graves o suficiente para prejudicar seus relacionamentos sociais e seu funcionamento no ambiente de trabalho.

Essa história poderia se encaixar em uma série de transtornos psiquiátricos, mas a sra. Wang também indica que esses sintomas ocorrem apenas durante um período de tempo limitado, antes do início de sua menstruação. Em outros momentos do mês ela é otimista, cheia de energia e animada. O desaparecimento dos sintomas depois do início da menstruação é fundamental para o diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) do DSM-5.

A sra. Wang relata um período de 7 a 10 dias de sintomas pré-menstruais, o que figura no extremo mais duradouro do espectro de duração dos sintomas de TDPM. Algumas mulheres apresentam sintomas no início da ovulação que duram duas semanas, mas uma duração mais breve dos sintomas é mais comum. Entre as mulheres com sintomas pré-menstruais, os dias mais sintomáticos, em média, são os quatro dias anteriores e os dois dias seguintes ao início da menstruação.

O comportamento de autolesão, por meio de cortes, não é típico do TDPM. O baixo controle de impulsos sugere traços *borderline* além dos sintomas do TDPM. Transtornos comórbidos não excluem o

diagnóstico de TDPM. Muitos transtornos psiquiátricos apresentam exacerbações durante o período pré-menstrual, mas nesses casos a paciente não volta à normalidade depois do início do período menstrual. A sra. Wang sugere que sofre de "TPM", ou tensão pré-menstrual, que é uma condição médica e não um diagnóstico do DSM-5. Os critérios para TPM geralmente são menos rigorosos do que para TDPM e não requerem um componente afetivo.

O TDPM não está associado a anormalidades nos níveis circulatórios de estrogênio ou de progesterona. Em vez disso, mulheres com TDPM parecem ser mais sensíveis às flutuações hormonais normais do corpo lúteo. Os níveis de hormônio no sangue, portanto, não fazem parte da avaliação diagnóstica. Embora se espere que contraceptivos hormonais ajudem com os sintomas, mulheres que tomam contraceptivos orais frequentemente continuam a apresentar sintomas de humor pré-menstruais (como se observa no caso da sra. Wang).

Um componente fundamental para se estabelecer o diagnóstico de TDPM é uma história longitudinal precisa. Relatos retrospectivos de sintomas costumam ser imprecisos na área psiquiátrica, e isso vale também para sintomas pré-menstruais. Escalas validadas estão disponíveis para avaliar o TDPM, como o Registro Diário de Gravidade de Problemas. Nesse estágio inicial de avaliação, o DSM-5 indicaria que a sra. Wang apresenta um diagnóstico provisório de TDPM. Somente depois do registro dos sintomas ao longo de dois ciclos menstruais seria possível afirmar que ela apresenta TDPM nos termos do DSM-5.

Leituras Recomendadas

- Hartlage SA, Freels S, Gotman N, Yonkers K: Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. Arch Gen Psychiatry 69(3): 300–305, 2012
 Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E: Premenstrual syndrome. Lancet 371(9619):1200–1210, 2008

CASO 4.8

Estresse, Drogas e Infelicidade

Edward V. Nunes

Frank Young, um alto executivo de 40 anos, foi levado a uma consulta psiquiátrica por sua esposa. Enquanto o sr. Young permanecia quieto, sentado ao lado da

esposa, ela relatou que ele havia mudado nos últimos seis meses. Ficava ou calado e retraído ou atípicamente irritável. Ele havia começado a beber álcool em excesso

em situações sociais, às vezes chegando a constrangê-la. Com frequência voltava para casa tarde, ou nem voltava, alegando que havia ficado no escritório. Quando não estava em casa, raramente respondia aos telefonemas e mensagens de texto. Ela imaginava se ele estava tendo um caso. O sr. Young negou que estivesse se encontrando com alguém e indicou que simplesmente estava passando por uma fase difícil.

Depois que a esposa deixou o consultório do psiquiatra, o sr. Young relatou muito estresse no trabalho no ano anterior, enquanto tentava lidar com contratemplos de proporções gigantescas e perdas financeiras pessoais. Afirmou que se sentia para baixo e deprimido na maior parte do tempo. Relatou dificuldades para dormir na maioria das noites, perda de interesse na esposa e nos filhos, pouca energia, sentimentos de fracasso e autocrítica. Frequentemente tinha pensamentos de querer estar morto e de suicídio, mas negou intenção ou planos suicidas.

Ao ser indagado sobre o álcool, reconheceu que vinha bebendo intensamente há pelo menos seis meses. Ao ser indagado sobre outras substâncias, pediu confidencialidade terapêutica e admitiu que usava cocaína várias vezes por semana há cerca de nove meses. Manteve o uso de cocaína em segredo da esposa porque sabia que ela reagiria de forma intolerante. No início, a cocaína o deixava com um humor otimista e positivo e descobriu que conseguia trabalhar com mais energia em um grande volume de tarefas que, de outra maneira, seriam tediosas e desanimadoras. Embora o trabalho exigisse certo grau de socialização à noite, ele também começou a frequentar bares apenas para dispor de um lugar onde conseguisse combinar cocaína e álcool sem preocupações. Ansiava pelo “barato” da cocaína, fazia de tudo para consegui-la e passava muito tempo ficando “ligado”, quando antes dedicava esse mesmo tempo à família.

Quando foi solicitado a esclarecer como se deu a sequência de estresse no trabalho, uso de cocaína e sintomas de depressão,

relatou que havia se sentido preocupado e desanimado com relação ao trabalho há um ano, mas os sentimentos de depressão, perda de interesse, irritabilidade, insônia e baixa autoestima não começaram antes de aproximadamente seis meses antes, três meses depois de ter começado a usar cocaína regularmente. Sentia esses sintomas depressivos na maior parte do dia todos os dias, independente de ter consumido cocaína ou não nos últimos dias.

O sr. Young negou episódios anteriores de depressão, outros transtornos do humor ou de ansiedade e tentativas de suicídio. Bebia socialmente. Havia experimentado *Cannabis* e cocaína quando era adolescente, mas nunca desenvolvera um padrão de uso regular ou de prejuízo até o ano anterior.

Diagnósticos

- Transtorno por uso de cocaína, gravidade moderada.
- Transtorno depressivo maior induzido por substância.

Discussão

O sr. Young apresenta depressão significativa. Ele satisfaz os critérios para transtorno por uso de cocaína de gravidade, no mínimo, moderada e também pode apresentar um transtorno por uso de álcool. Além disso, apresenta estresse significativo no trabalho e parece estar em um casamento tenso. A relação entre seu humor, o uso de substância e o estresse é complicada, mas essencial para o desenvolvimento de uma estratégia eficaz de tratamento.

A primeira dificuldade na avaliação de transtornos por uso de substância é obter uma história precisa de comportamentos que costumam ser constrangedores e ilegais. O sr. Young foi bastante direto quanto a seu uso de cocaína, mas apenas depois de ter sido indagado especificamente sobre uso de álcool e substâncias. Esperar que os

pacientes relatam espontaneamente uso de substâncias ilícitas provavelmente deixará o entrevistador sem essa informação, o que se torna problemático, uma vez que o uso de substâncias é bastante difundido e de modo frequente ocorre concomitantemente com outros transtornos psiquiátricos. Um estilo de entrevista empático, que não condena o paciente, normalmente ajuda a obter esse tipo de informação. Em outras palavras, perguntar sobre álcool e drogas de abuso comuns com uma atitude prosaica sinaliza para o paciente que suas respostas não causarão surpresa e irão proporcionar as informações que podem melhorar o tratamento. Conforme observado com o sr. Young, os familiares costumam ser as pessoas que levam o paciente que abusa de substâncias para uma consulta. Eles podem ser aliados importantes para esclarecer os sintomas e colocar em prática um plano de tratamento. O sr. Young precisava de um tempo sozinho com o clínico para contar sua história, mas foi bastante útil ouvir as observações da esposa.

Uma investigação minuciosa da história pode ajudar a distinguir diagnósticos associados a sintomas semelhantes. A abstinência de cocaína geralmente causa sintomas depressivos, por exemplo, assim como depressão maior e depressão induzida por substância. Um fator diferenciador importante é a relação temporal entre os sintomas e o uso das substâncias.

Uma depressão maior primária seria diagnosticada caso a depressão houvesse começado antes do início do abuso de substância ou se tivesse persistido durante um período de tempo que se estendesse muito além da interrupção de seu uso. A quantidade de tempo fica a cargo do discernimento do clínico, mas sugere-se o prazo aproximado de um mês. A depressão maior também seria diagnosticada se fosse considerado que a substância envolvida dificilmente causasse uma síndrome depressiva ou se o paciente houvesse vivenciado anteriormente depressões maiores recorrentes não induzidas por substâncias. O sr. Young

nunca havia apresentado depressão maior antes do início do abuso de cocaína e não houve um período de abstinência desde então, portanto, não é possível diagnosticar depressão maior primária. Também é importante considerar a possibilidade de que os sintomas do sr. Young sejam o resultado direto de intoxicação e/ou abstinência. A intoxicação e a abstinência de cocaína e álcool podem causar humor deprimido e perturbação do sono, mas seria de se esperar que os sintomas se resolvessem no prazo de um ou dois dias desde o último uso. A depressão e a insônia do sr. Young persistem, independentemente do momento de uso mais recente. Além disso, outros sintomas depressivos como ideação suicida geralmente não fazem parte da intoxicação ou da abstinência.

O sr. Young, portanto, foi diagnosticado com depressão induzida por substância, a qual está ligada a depressões que aparentemente foram induzidas pelo uso continuado de uma substância e que parecem ter assumido um curso próprio. Se a depressão do sr. Young persistir depois de um mês de abstinência, seu diagnóstico mudaria para depressão maior, embora o clínico provavelmente considere que a cocaína tenha desencadeado a depressão.

É importante identificar a depressão induzida por substância. Comparada com as depressões maiores independentes, a depressão induzida por substância está associada a um aumento do risco de suicídio. Ademais, o diagnóstico adicional de depressão reduz a probabilidade de que alguém com um transtorno por uso de substância alcance abstinência. A depressão induzida por substância deve ser mantida na lista de diagnósticos do paciente e acompanhada atentamente.

Leituras Recomendadas

Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol

- and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 64(5): 566–576, 2007 P
- Hasin D, Liu X, Nunes E, et al: Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. Arch Gen Psychiatry 59(4):375–380, 2002
- Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 64(7):830–842, 2007
- Nunes EV, Liu X, Samet S, et al: Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: observational study of course during follow-up. J Clin Psychiatry 67(10):1561–1567, 2006
- Ramsey SE, Kahler CW, Read JP, et al: Discriminating between substance-induced and independent depressive episodes in alcohol dependent patients. J Stud Alcohol 65(5):672–676, 2004

CASO 4.9

Enfrentando a Doença de Parkinson

Thomas W. Meeks

George Anderson, um senhor de 79 anos, foi encaminhado a um psiquiatra para avaliação de depressão. Durante a maior parte dos seis anos desde seu diagnóstico de doença de Parkinson (DP), o sr. Anderson lidou bem com a doença e continuou a se dedicar a várias atividades corriqueiras.

Cerca de três meses antes do encaminhamento, no entanto, o sr. Anderson começou a recusar convites sociais da família e dos amigos. Relatou que tinha se retraído socialmente porque havia perdido prazer em coisas que antes o animavam, embora negasse sentimentos persistentes de tristeza ou preocupação. Admitiu que não era “o mesmo de sempre” e tentou, sem sucesso,

dar a si mesmo “discursos motivadores”. Havia trabalhado como professor de ciências do ensino médio até sua aposentadoria aos 67 anos e afirmou ter aprendido o “poder do otimismo” com seus alunos. Sentia-se frustrado por não conseguir “se recuperar” pela primeira vez na vida, mas tinha esperanças quanto a conseguir auxílio profissional. Negou desejar morrer, explicando que, embora não tivesse medo da morte, queria aproveitar a vida o máximo possível. Acrescentou: “Deus não me dá mais do que eu posso carregar. Não podia ter uma família melhor, tive uma vida plena”.

Outros novos sintomas percebidos ao longo dos meses anteriores eram aumento de fadiga, problemas de concentração

e memória, perda de peso não intencional (7% do índice de massa corporal ao longo de dois meses) e sono atribulado com insônia inicial.

Sua esposa, com quem está casado há 54 anos, também percebeu que, durante quase dois anos, o sr. Anderson se movia intensamente na cama no meio da noite e às vezes batia nela accidentalmente durante o sono. Quando despertava após o incidente, estava coerente e com frequência relatava que em seu sonho estava nadando ou fugindo de algo. Havia deixado de dirigir logo após o diagnóstico de DP, mas, fora, isso era independente em suas atividades da vida diária, como o pagamento de contas e o manejo de suas medicações. Sua esposa o descreveu como “talvez um pouco mais esquecido” nos últimos anos, mas nenhum dos dois estava preocupado com sua leve perda de memória.

A história médica anterior incluía câncer de próstata (em remissão), glaucoma e gota. A história psiquiátrica familiar era positiva apenas em relação à presença de uma neta com autismo. Ele relatou que não teve uso problemático de substância no passado e que bebia um cálice de vinho duas ou três vezes ao ano. Negou episódios depressivos anteriores, bem como tratamento ou avaliações psiquiátricos.

Durante o exame de estado mental, o sr. Anderson foi agradável, cooperativo e participativo do ponto de vista interpessoal. Apresentava um tremor em repouso de leve a moderado, andar arrastado, hipofonia e bradicinesia. Ocasionalmente sorria, mas seu afeto era difícil de medir devido a fáscies mascarada. Relatou seu humor como “sem graça”. Não havia evidências de psicose.

Durante os testes cognitivos teve um pouco de dificuldades na Parte B do Trail Making Test, na cópia de figuras e na evocação de lista de palavras, sendo que neste último foi ajudado por meio de deixas de categoria. Obteve 25 pontos do total de 30 na Avaliação Cognitiva de Montreal (MCA).

Diagnósticos

- Transtorno depressivo devido a outra condição médica (doença de Parkinson), com episódio semelhante a transtorno depressivo maior.
- Transtorno comportamental do sono REM.

Discussão

Embora o sr. Anderson negue humor triste, ele sem dúvida demonstra evidências de anedonia juntamente com outros cinco sintomas depressivos (perda de apetite/peso, insônia, fadiga, má concentração e retardo psicomotor), todos com duração superior a duas semanas. Esses sintomas causam sofrimento e têm impacto significativo sobre seu funcionamento social, o que poderia indicar transtorno depressivo maior (TDM). Contudo, o sr. Anderson não tem história pessoal ou familiar de transtornos depressivos, apresenta idade de início atípicamente tardia, desenvolvimento de sintomas durante o curso da DP e nenhum estressor de vida agudo identificável. A depressão clinicamente significativa ocorre em aproximadamente um em cada três casos de DP. Portanto, é mais provável que seus sintomas depressivos estejam relacionados a mudanças fisiológicas no sistema nervoso central causadas por DP.

Quando os sintomas depressivos estão temporariamente associados ao início ou à progressão de outra condição médica e não são explicados por *delirium*, o diagnóstico do DSM-5 de “transtorno depressivo devido a outra condição médica” deve ser levado em consideração. Esse diagnóstico é destinado a situações nas quais os efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica (p. ex., neurodegeneração na DP) causam sintomas depressivos. Em outras palavras, esse diagnóstico não é destinado a descrever indivíduos cujos sintomas decorrem de uma reação psicológica à doença, o que, por sua vez, seria classificado como um transtorno de adaptação

com humor deprimido. Essas duas possíveis etiologias de sintomas depressivos (fisiológica *versus* psicológica) são um tanto dicotomizadas artificialmente e podem coexistir. Contudo, há muitos casos nos quais as evidências apontam mais para um lado do que para o outro. A capacidade de adaptação demonstrada anteriormente pelo sr. Anderson face ao desenvolvimento da doença de Parkinson e seu estilo de enfrentamento continuamente positivo tornam o diagnóstico de transtorno de adaptação menos provável.

Se os critérios de duração e quantidade de sintomas forem satisfeitos para TDM, o especificador “com episódio do tipo depressivo maior” deve ser acrescentado ao diagnóstico. Como os sintomas de uma doença médica não psiquiátrica podem se sobrepor aos sintomas depressivos, pode surgir ambiguidade diagnóstica. Por exemplo, pessoas com DP costumam vivenciar sintomas como fadiga, retardo psicomotor, perturbação do sono, comprometimento cognitivo e perda de peso independentes de humor deprimido ou anedonia. Entretanto, no caso do sr. Anderson, esses sintomas se desenvolveram ou se agravaram em conjunto com sua anedonia de início recente, o que sugere um episódio do tipo depressivo maior devido a outra condição médica.

Como costuma ocorrer na DP, o sr. Anderson apresenta perturbação do sono compatível com transtorno comportamental do sono REM. Esse transtorno do sono se caracteriza por “episódios repetidos de excitação durante o sono associados a vocalização e/ou comportamentos motores complexos” que podem resultar em “lesão a si ou ao companheiro de leito”. Ao acordar, a pessoa afetada normalmente apresenta um sensório claro e uma sensação de ter “atuado” em seus sonhos. Uma polissonografia revelaria a ausência de atonia durante o sono REM, mas não seria exigida para estabelecer o diagnóstico no contexto de uma sinucleinopatia como a DP. Os sintomas ocorrem normalmente 90 minutos ou mais depois do adormecimento e com maior frequência na

segunda metade da noite, quando o sono REM é mais comum. Embora a história do sr. Anderson seja compatível com transtorno comportamental do sono REM, sua nova insônia inicial não é explicada por esse diagnóstico e é mais compatível com depressão.

Mudanças cognitivas, especialmente o comprometimento das funções visual espacial, executiva e de evocação da memória, frequentemente ocorrem na DP. Os resultados da MCA do sr. Anderson são típicos dessas mudanças cognitivas, mas sua dificuldade subjetiva de início recente com a concentração é mais provavelmente secundária à depressão. Seus problemas cognitivos são leves e não manifestadamente incapacitantes; ele não satisfaz os critérios para um transtorno neurocognitivo independente, embora o monitoramento prospectivo da cognição seja prudente, dado que 25 a 30% das pessoas com DP desenvolvem demência.

Além de satisfazer os critérios para dois transtornos do DSM-5, o sr. Anderson exibe evidências de resiliência, sabedoria e outros sinais de saúde psicológica. Ele demonstra habilidades positivas de enfrentamento (p. ex., recomposição cognitiva, uso de apoios sociais), relacionamentos antigos saudáveis, espiritualidade, gratidão, otimismo e integridade do ego adequada em termos de desenvolvimento. Exibe também uma perspectiva saudável, não mórbida, sobre a morte. Infelizmente, mesmo indivíduos com poucos fatores de risco para depressão e com evidências de uma vida de funcionamento psicológico saudável não estão imunes aos efeitos neuropsiquiátricos de determinadas condições médicas.

Leituras Recomendadas

Aarsland D, Zaccai J, Brayne C: A systematic review of prevalence studies of dementia in Parkinson's disease. *Mov Disord* 20(10):1255–1263, 2005

Boeve BF: Idiopathic REM sleep behaviour disorder in the development of Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 12(5):469–482, 2013

Gallagher DA, Schrag A: Psychosis, apathy, depression and anxiety in Parkinson's disease. *Neurobiol Dis* 46(3):581–589, 2012

Jeste DV, Ardel M, Blazer D, et al: Expert consensus on characteristics of wisdom: a Delphi method study. *Gerontologist* 50(5):668–680, 2010

Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, et al: Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry* 170(2):188–196, 2013

CASO 4.10

Oscilações Situacionais do Humor

Joseph F. Goldberg

Helena Bates era uma assistente administrativa solteira de 27 anos que se apresentou para avaliação psiquiátrica e tratamento para depressão. Ela havia recentemente iniciado um programa ambulatorial intensivo depois de sua primeira hospitalização na vida, o que ocorreu devido a uma *overdose* impulsiva após o rompimento de um relacionamento de dois anos. Ela afirmou que já vinha se sentindo cada vez mais triste e desesperançada há um ou dois meses por antecipação ao rompimento. Aproximadamente um mês antes da internação, começou a consultar com um novo psicoterapeuta, o qual lhe disse que ela apresentava “traços *borderline*” e “oscilações situacionais do humor”.

Durante esse período de quatro a oito semanas, o humor da sra. Bates havia sido moderadamente deprimido ao longo do dia, durante a maioria dos dias, sem variação diurna e com a reatividade do humor intacta. Havia recentemente ganhado

cerca de 4,5 quilos por “comer muita porcaria para me sentir melhor”. Negou irritabilidade proeminente ou agressividade verbal. Descreveu sua autoestima como “inexistente” e achava difícil se motivar ou se concentrar para fazer as tarefas rotineiras. Em contraposição, às vezes tinha “repentes” de ficar pensando sem parar no ex-namorado e imaginava formas de “ganhá-lo de volta”, alternados com momentos de “sofrer por tê-lo perdido”. Descreveu momentos em que era inundada por estratégias de como recapturar seu interesse (incluindo comprar um espaço de página inteira no jornal para dedicar-lhe uma mensagem) e recentemente percebeu que estava acordada até as 5h ou 6h da manhã escrevendo em seu diário ou telefonando para as amigas no meio da noite para “buscar apoio”. Depois ela “se arrastava” pelo restante do dia sem fadiga depois de apenas duas ou três horas de sono. Esses sintomas haviam começado

antes da hospitalização. Ela negou mau uso de drogas ou álcool e comportamento autolesivo. Também negou que tivesse, antes desse rompimento, uma história de relacionamentos particularmente intensos ou caóticos, tampouco pensamentos ou atos suicidas. Na verdade, a sra. Bates parecia horrorizada por sua própria *overdose*, a qual ocorreu no contexto de depressão.

Anteriormente, a sra. Bates havia sido acompanhada pelo orientador escolar no ensino médio devido a “mau humor” e notas baixas. Esteve “deprimida” na faculdade. Naquela época, começou a tomar escitalopram e a fazer psicoterapia, mas melhorou rapidamente e abandonou os dois tratamentos depois de algumas semanas. Enquanto estava no hospital após sua tentativa de suicídio, começou a tomar vilazodona e quetiapina antes de ir para a cama “para dormir”.

A sra. Bates era a irmã mais nova de três filhos que cresceram em uma casa em um subúrbio de classe média. Frequentou a escola pública e uma faculdade estadual como uma “estudante de conceito B” e esperava algum dia cursar Direito. Descreveu a si mesma como uma criança “calada, ansiosa”, não uma “criadora de caso”. Seu irmão mais velho abusava de múltiplas substâncias, embora a sra. Bates afirmasse que ela nunca havia usado substâncias ilícitas. Sua irmã havia recebido tratamento para “ataques de pânico e depressão” e informou sobre diversas tias e primos que ela achava que sofriam de “depressão”.

Durante o exame, a aparência da sra. Bates era a de uma mulher agradável, bem relacionada, vestida de forma casual, mas adequada, moderadamente acima do peso, aparentando sua própria idade e mantendo bom contato visual. Seu discurso era um pouco rápido e verborrágico, mas não era pressionado e podia ser interrompido. Não apresentava movimentos motores anormais, porém gesticulava de forma dramática e com uma animação excessiva. Seu humor estava deprimido e seu afeto tenso e disfórico, mas com alcance comple-

to e responsividade no âmbito normal. Os processos de pensamento eram um pouco circunstanciais, mas, de modo geral, coerentes, lineares e lógicos. Em seu conteúdo de pensamento destacaram-se pensamentos passivos de que seria melhor se ela estivesse morta, mas sem intenções nem planos; não tinha delírios, alucinações nem pensamentos homicidas. Seu funcionamento integrativo superior estava amplamente preservado, assim como seu *insight* e seu julgamento.

Diagnóstico

- Transtorno depressivo maior com características mistas.

Discussão

A sra. Bates satisfaz os critérios do DSM-5 para episódio depressivo maior e manifesta humor deprimido global com pelo menos cinco características associadas (pensamentos suicidas, má concentração, baixa autoestima, hiperfagia e agitação psicomotora). Ela também descreve vários sintomas compatíveis com mania ou hipomania: redução da necessidade de sono com hiperatividade noturna e sem consequente fadiga no dia seguinte, provavelmente, também pensamentos acelerados, com discurso rápido e verborrágico (conforme observado na entrevista). Embora o examinador tenha considerado o *insight* e o julgamento da sra. Bates globalmente preservados no momento da entrevista, alguns de seus pensamentos (p. ex., publicar uma carta aberta em um jornal) e atos (telefonar para amigas no meio da noite) recentes sugerem um julgamento comprometido envolvendo comportamentos com potencial para consequências dolorosas.

Embora a sra. Bates realmente apresente alguns sintomas maníacos, ela não satisfaz os requisitos do DSM-5 para um diagnóstico de mania ou hipomania. Seria possível afirmar que ela apresenta hipomania subsindrômica junto com a depressão sindrômica.

Essa combinação a qualifica para um novo diagnóstico no DSM-5: transtorno depressivo maior com características mistas. Anteriormente, o especificador “características mistas” se aplicava apenas ao transtorno bipolar tipo I, ao passo que agora o termo pode modificar a depressão maior e ambos os transtornos, bipolar tipo I e bipolar tipo II.

O construto do DSM-5 de depressão unipolar com características mistas reflete a constatação de que muitos pacientes com depressão unipolar exibem sinais sublimiares de hipomania. O DSM-5 “rejeita” contar quatro sintomas potencialmente maníacos/hipomaníacos porque eles também podem refletir depressão maior – a saber, insônia (em oposição a redução da necessidade de sono), distratibilidade, indecisão e irritabilidade. O DSM-5 identifica “aumento anormal e persistente de atividade ou energia” como um critério obrigatório para diagnosticar hipomania bipolar tipo II, mas essa característica não é necessária para definir depressão unipolar com características mistas. No caso em questão, se a sra. Bates apresentasse humor irritável, além de pensamentos acelerados, fala rápida e redução da necessidade de sono, ela satisfaria os critérios do DSM-5 para hipomania bipolar tipo II, de modo que o especificador de características mistas seria então aplicado devido aos seus sintomas depressivos concomitantes.

O especificador do DSM-5 para características mistas exige que os sintomas da polaridade oposta (nesse caso, mania/hipomania) estejam presentes “quase todos os dias durante o episódio”. Esse critério quer dizer que se os sintomas maníacos/hipomaníacos da sra. Bates estivessem presentes durante um período inferior a quatro dias (critério de duração mínima para o diagnóstico de hipomania bipolar tipo II), seus sintomas de hipomania sublimiar não contariam para uma designação “mista” nem para uma designação “maníaca/hipomaníaca” e seu diagnóstico seria, simplesmente, o de depressão maior unipolar. Alguns autores criticaram o rigor do DSM-5 em desconsiderar os sin-

tomas de hipomania sublimiar se eles envolverem apenas *dois* sintomas maníacos/hipomaníacos ou se não persistirem durante o período total de um episódio, isso porque essas apresentações (referidas na literatura especializada como “estados depressivos mistos”) foram observadas quando um mínimo de dois sintomas de mania/hipomania coexistem com depressão unipolar sindrômica durante um período que pode ser de, no mínimo, dois a quatro dias e representam um construto que se parece mais intimamente com transtorno bipolar do que com transtorno unipolar quanto a história familiar, idade de início e risco de suicídio.

Pode-se especular que a ativação psicomotora da sra. Bates e sua hipomania sublimiar tenham surgido em consequência à introdução recente do inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) vilazodona. Contudo, neste caso, a história indica que os sintomas hipomaníacos antecederam a hospitalização e a introdução do IRSR; seria importante que o examinador se certificasse de que essa cronologia é precisa (o que sugeriria que os sintomas mistos não são iatrogênicos), porque o especificador de características mistas exige que os sintomas sejam “não atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância”. Repare que essa afirmação qualificadora contrasta com os critérios do DSM-5 para um episódio maníaco/misto/hipomaníaco na medida em que o surgimento de sintomas de mania/hipomania associados à recente exposição a antidepressivos agora é classificada como um transtorno bipolar (semelhantemente à perspectiva do DSM-III-R) e não mais como transtorno do humor induzido por substância (como no DSM-IV-TR).

Pacientes com depressão maior que apresentam hipomania sublimiar têm uma chance de aproximadamente 25% de desenvolver mania ou hipomania total. Portanto, embora nem todos os pacientes com depressão maior que exibem características mistas sublimiares desenvolvam mania ou hipomania sindrômica, justifica-se que esses pacientes recebam avaliação,

tratamento e monitoramento longitudinal particularmente criteriosos.

Os sintomas da sra. Bates de impulsividade e hiperatividade podem ter contribuído para sua apresentação ser erroneamente identificada como transtorno da personalidade *borderline*. Sua história longitudinal não respalda um padrão de sintomas sugestivos desse transtorno e sua tentativa de suicídio e instabilidade emocional são prontamente explicadas por uma síndrome afetiva completa atual.

Leituras Recomendadas

Angst J, Cui L, Swendsen J, et al: Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in

the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 167(10):1194–1201, 2010

Fiedorowicz JG, Endicott J, Leon AC, et al: Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 168(1):40–48, 2011

Goldberg JF, Perlis RH, Ghaemi SN, et al: Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD. Am J Psychiatry 164(9):1348–1355, 2007

Sato T, Bottlender R, Schröter A, Möller HJ: Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar ‘depressive mixed state’ as bipolar spectrum. Acta Psychiatr Scand 107(4):268–274, 2003

CASO 4.11

Em Apuros

Peter D. Kramer

Ian Campbell era um homem de 32 anos que se apresentou para uma consulta psiquiátrica porque estava em apuros no trabalho. A falta de progresso em um projeto simples despertou preocupação em seu chefe. O sr. Campbell explicou que estava tendo problemas em casa. O chefe, por sua vez, sugeriu que algo mais estava errado. Desse forma, o sr. Campbell entrou em contato com seu clínico geral, que o mandou para um neurologista, que, por sua vez, o encaminhou para uma avaliação psiquiátrica.

O sr. Campbell havia tido esse problema de dificuldade de concentração anteriormente. Na faculdade, depois da morte do pai em decorrência de uma doença crônica, ele não conseguia estudar e tirou alguns dias de folga. Em seu emprego anterior, por duas vezes vivenciou episódios que duraram meses, nos quais tinha dificuldade em tomar decisões. Um desses períodos ocorreu após um revés amoroso.

A mãe e a irmã do sr. Campbell haviam sido diagnosticadas com depressão

maior e tratadas com sucesso por meio de medicamentos. Um tio materno havia cometido suicídio.

O início da disfunção atual acompanhou o fim do casamento de seis anos do sr. Campbell. Há dois meses, sua esposa havia solicitado legalmente o divórcio, anunciando que iria morar em outra cidade por exigência de seu emprego. O sr. Campbell esperava sentir-se aliviado; afirmou que a esposa havia sido hostil durante todo o casamento e ele havia começado a ter interesse amoroso em uma colega de trabalho. Mesmo assim, sentia-se “embotado” – incapaz de pensar no futuro.

Um questionamento mais aprofundado revelou que os problemas do sr. Campbell iam além do comprometimento cognitivo. Ele descreveu apatia e energia reduzida. Tinha paixão por jazz, mas não frequentava mais apresentações musicais – embora o comprometimento da concentração também tenha contribuído para isso. Ao ouvi-lo, o psiquiatra percebeu provável retardo no discurso. O sr. Campbell afirmou que seu empregador havia mencionado que ele parecia se mover em câmera lenta. Os problemas eram mais graves na parte da manhã. À noite, ele percebia uma centelha de energia. Escutava música e analisava relatórios que havia ignorado durante o expediente.

O sr. Campbell se recusou a se caracterizar como triste. Estava satisfeito que o casamento estava no fim. Mas a psiquiatra ficou surpresa ao identificar seu próprio afeto na presença do sr. Campbell; ela se sentia abatida, pessimista e até chorosa.

Ela questionou o sr. Campbell detalhadamente sobre humor deprimido, mudanças no sono e apetite, sentimentos de culpa ou desvalia e pensamentos sobre a morte. O paciente afirmou que nenhuma dessas atribuições se aplicava a ele. Também não havia apresentado indicadores de transtornos que pudessem ser confundidos com depressão. Não estava distímico; entre os episódios de prejuízo, sentia-se bem e tinha um bom funcionamento.

A psiquiatra determinou que o problema do momento era suficientemente próximo de depressão para justificar tratamento. Os fatores que influenciaram sua decisão incluíram a apresentação sindrómica parcial, a variação diurna, a recorrência periódica, a ausência de orientação para o futuro e sua própria experiência empática. Ela propôs psicoterapia voltada para a descompensação do sr. Campbell diante da perda. Ele insistiu que não via o divórcio iminente dessa forma. Os dois concordaram em psicoterapia breve complementada por antidepressivos. No prazo de algumas semanas, o sr. Campbell tinha funcionamento pleno. Durante o tratamento, a psiquiatra não conseguiu obter evidências de sintomas depressivos além dos percebidos na história inicial. De qualquer modo, ela estava convencida de que o comprometimento da concentração era sinal e sintoma de algo muito semelhante a depressão maior.

Diagnóstico

- Outro transtorno depressivo especificado (episódio depressivo com sintomas insuficientes).

Discussão

A definição operacional de depressão maior que alcançou uma posição oficial na terceira edição do DSM é uma das grandes invenções da medicina moderna. Sua abordagem catalisou pesquisas produtivas em áreas que vão da biologia celular até a psiquiatria social. Muito do que se sabe sobre transtornos do humor, desde as anormalidades que eles representam no encéfalo até o perigo que representam para a vida, surge da delinear da depressão a partir do domínio rudimentar da neurose e da psicose.

No entanto, a definição é arbitrária. Historiadores remontaram os critérios do DSM a um artigo de 1957 da *Journal of the American Medical Association*, cujo autor

principal, um psiquiatra de Boston chamado Walter Cassidy, tentou sistematizar o estudo de uma condição semelhante à depressão maior que temos hoje. Para o diagnóstico, Cassidy exigia que os pacientes exibissem seis dos 10 sintomas de uma lista que incluía lentidão de pensamento, pouco apetite, perda de concentração, entre outros que continuam atuais. Mais tarde, ao ser perguntado por que escolhera seis, Cassidy respondeu que “parecia ser o certo”.

Abordagens operacionais à depressão, desde o DSM até a Escala de Depressão de Hamilton, são tentativas de criar confiabilidade face a um fenômeno inherentemente mal definido, a saber, os diagnósticos dos clínicos. Os psiquiatras identificavam pacientes deprimidos usando métodos vigorosos – às vezes com atenção à sua própria ressonância empática com o paciente; as definições baseadas em sintomas e gravidade traduziam as impressões em um formato reproduzível.

Contudo, a depressão não apresenta um limite natural conhecido. Geneticistas comportamentais acreditam que os critérios do DSM são arbitrários. A quantidade, a gravidade e a duração dos sintomas representam um contínuo de deficiência. Pacientes que sofrem quatro sintomas graves de depressão durante duas semanas são mais propensos a apresentar problemas no futuro. Cinco sintomas moderadamente incapacitantes durante 10 dias conferem um prognóstico desfavorável. Cinco sintomas leves, se persistirem, predizem um risco substancial.

Neste caso, o sr. Campbell parece não ter apresentado os cinco dos nove critérios necessários para um diagnóstico de depressão maior, mas ele provavelmente se qualifica para um diagnóstico do DSM-5 de outro transtorno depressivo especificado (episódio depressivo com sintomas insuficientes). É importante reconhecer que o dano da depressão – sofrimento, episódios completos futuros, problemas profissionais e sociais e suicídio – ocorrem apenas ligei-

ramente menos em pessoas que por pouco não satisfazem todos os critérios. Em uma análise, a depressão maior posterior era tão comum entre indivíduos que relatavam três ou quatro sintomas quanto em indivíduos que relatavam cinco sintomas. Estimativas de herdabilidade também são semelhantes; uma depressão “menor” em um irmão prediz uma depressão completa em um gêmeo idêntico. Uma forma de outro transtorno depressivo especificado parece ser particularmente perigosa: a depressão breve recorrente está associada a índices elevados de tentativa de suicídio.

As categorias do DSM-5 de transtornos depressivos não especificados e outro especificado reconhecem uma realidade clínica importante: efetivamente, a penumbra próxima da depressão é depressão. Episódios de baixa intensidade podem surgir como precursores de depressão maior e como sequelas, mesmo na ausência de distímia; por si só, a depressão de baixa intensidade representa sofrimento e oferece risco.

A médica do sr. Campbell deve levar suas queixas a sério. Esse paciente pode ter entrado em um “episódio depressivo com sintomas insuficientes”, mas a insuficiência está relacionada à quantidade de sintomas para um episódio depressivo maior, não à intensidade da doença necessária para despertar preocupação clínica. Especialmente quando fatores periféricos – tais como, neste caso, a variação diurna típica da depressão clássica – sugerem transtorno do humor, o clínico irá suspeitar que efetivamente a condição é depressão e irá abordar a situação com a urgência e a minúcia correspondentes.

Leituras Recomendadas

Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M, Cohen ME: Clinical observations in manic-depressive disease: a quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls. *J Am Med Assoc* 164(14):1535–1546, 1957

- Havens L: A Safe Place: Laying the Groundwork of Psychotherapy. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1989
- Kendler KS, Gardner CO Jr: Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychiatry 155(2): 172–177, 1998
- Kendler KS, Muñoz RA, Murphy G: The development of the Feighner criteria: a historical perspective. Am J Psychiatry 167(2):134–142, 2010
- Kramer P: Against Depression. New York, Viking, 2005
- Pezawas L, Angst J, Gamma A, et al: Recurrent brief depression—past and future. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 27(1):75–83, 2003

CASO 4.12

Insônia e Queixas Físicas

Russell F. Lim

Ka Fang, uma viúva de 59 anos da tribo Hmong, foi encaminhada para uma clínica de saúde mental depois de várias queixas a seu clínico geral envolvendo fadiga, dor crônica nas costas e insônia. Nos 11 meses anteriores, o médico havia receitado clonazepam para dormir e vicodin para a dor. Seu sono melhorou e a dor diminuiu, mas ela continuava cansada o dia inteiro. Foi nesse momento que o médico a encaminhou para avaliação psiquiátrica.

Ka havia se mudado da Tailândia para os Estados Unidos alguns anos antes. Nativos de Laos, ela e sua família haviam passado quase duas décadas em um campo tailandês de refugiados depois da guerra do Vietnã. Sua família se estabeleceu na área de Sacramento, com a assistência de um grupo religioso local.

Quando questionada, por meio de um intérprete hmong, Ka negou humor de-

primido. Quando perguntada se a vida lhe dava prazeres, ela afirmou que era um privilégio estar nos Estados Unidos e que não tinha o direito de reclamar. Disse também que achava não estar fazendo o suficiente para ajudar sua família. Estava envergonhada de sua fadiga porque “não fazia nada o dia inteiro”. Negou intenção de machucar a si mesma.

Disse que tinha muito orgulho de todos seus filhos, especialmente de um deles, que era um excelente estudante na Tailândia e falava inglês bem. Apesar disso, esse filho, com a esposa e seus dois filhos pequenos seguiam muitas práticas culturais às quais estavam habituados no Laos e na Tailândia e costumavam preparar alimentos hmong para o jantar. Ele e a esposa haviam comprado uma pequena fazenda fora de Sacramento e estavam se saindo bem, cultivando hortaliças asiáticas. O fi-

Ilo havia empregado suas duas filhas na fazenda até elas voltarem para viver na comunidade hmong na cidade.

Ka indicou que a transição para a Califórnia havia sido melhor do que esperava. Suas maiores decepções foram a morte repentina do marido, decorrente de um ataque cardíaco, há um ano, e o fato de que a maioria de seus parentes havia ficado na Tailândia.

Durante o exame de estado mental, a aparência da paciente era a de uma mulher baixa e corpulenta. Ela vestia uma blusa floral de mangas curtas, calças pretas de poliéster, chinelos de dedo pretos e não usava maquiagem. Tinha cordões brancos amarrados nos punhos. Seu olhar geralmente era cabisbaixo, mas parecia atenta. Parecia triste e contida, mas negou se sentir deprimida. Seu discurso era lento e cuidadoso. Negou qualquer tipo de alucinação, pensamentos suicidas e homicidas. Testes cognitivos revelaram atenção e concentração normais, mas pouca educação formal – ela parecia ser uma analfabeto funcional. Seu *insight* sobre a doença parecia limitado.

Quando perguntada sobre os cordões ao redor dos punhos, Ka explicou que recentemente havia se consultado com um xamã hmong, o qual havia organizado várias cerimônias de chamamento de espíritos para reunião com parentes distantes.

Diagnóstico

- Outro transtorno depressivo especificado (episódio depressivo com sintomas insuficientes).

Discussão

Ka se apresenta para uma avaliação dos fatores psiquiátricos de sua fadiga, insônia e dor. Confirma sintomas de insônia, sentimentos de desvalia e fadiga, mas nega humor deprimido, anedonia, agitação, perda

de peso, má concentração ou pensamentos suicidas. Ela satisfaz apenas três dos nove critérios do DSM-5 para depressão maior; são necessários cinco para estabelecer o diagnóstico.

Ka relata uma série de questões culturais relevantes. Ela vive em uma casa onde se fala hmong com o filho e a família dele, em uma fazenda fora da cidade de Sacramento. Eles cultivam hortaliças, aparentemente a ocupação que tinham quando viviam no Laos e na Tailândia. Na cultura hmong, o casal jovem geralmente vive com a família do marido, dando destaque à sogra. Embora Ka expresse seu apreço pela situação, ainda assim pode se sentir marginalizada e solitária, especialmente devido à recente morte do marido e ao fato de as filhas terem se mudado de volta para a comunidade hmong em Sacramento. Sendo uma analfabeta funcional – uma situação bastante comum em sociedades nas quais os recursos educacionais limitados são destinados principalmente para meninos –, Ka não consegue se valer de ferramentas para manter conexões, como e-mail e jornais. Seus sentimentos de isolamento provavelmente estão ligados aos cordões que o entrevistador percebeu em seus punhos. Cerimônias xamanistas de chamamento de espíritos têm a intenção de reunir famílias, de modo que ela pode sentir essa necessidade devido à distância das filhas, do lar no sudeste asiático, da cultura hmong, dos parentes e de seus ancestrais.

Ao avaliar se Ka apresenta um transtorno do humor, é importante saber que não há uma palavra na língua hmong para depressão. Assim como muitas pessoas de outras culturas, Ka descreve sintomas somáticos como insônia, anergia e dores físicas para expressar sentimentos deprimidos. Eles provavelmente não são adequados para satisfazer os critérios sintomáticos de TDM do DSM-5 e, conforme o relato, seus sintomas não persistiram

durante os dois anos exigidos para transtorno distímico. Seria útil obter informações colaterais de um dos filhos, o que poderia fortalecer o diagnóstico. Com as informações disponíveis, o diagnóstico do DSM-5 no qual ela melhor se encaixa é o de outro transtorno depressivo especificado (episódio depressivo com sintomas insuficientes).

Leituras Recomendadas

- Culhane-Pera KA, Vawter DE, Xiong P, et al: *Healing by Heart: Clinical and Ethical Case Stories of Hmong Families and Western Providers*. Nashville, TN, Vanderbilt University Press, 2003
- Lim RF: *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 5

Transtornos de Ansiedade

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

O capítulo do DSM-5 sobre transtornos de ansiedade reúne um grupo de apresentações nas quais ansiedade, medo e esquia são proeminentes. Entre os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes, esses transtornos também podem estar entre os mais difíceis de diagnosticar definitivamente. Um dos fatores complicadores é que a ansiedade, o medo e a esquia são respostas normais e adaptativas, levando a uma ambiguidade inevitável na avaliação de indivíduos com sintomas leves.

Outro fator é que as emoções relacionadas à ansiedade podem ser vivenciadas mais proeminentemente como sintomas somáticos. O medo – uma reação normal a uma ameaça iminente real ou percebida – está quase sempre associado a hiperexcitabilidade do sistema autônomo; essa hiperexcitabilidade pode ser difícil de ser identificada ou descrita pelos pacientes,

especialmente quando é crônica. De modo semelhante, a ansiedade – experiência emocional de medo não acompanhado por uma ameaça evidente – pode ser sentida como uma tensão muscular e um estado de alerta, os quais podem se integrar imperceptivelmente ao pano de fundo da situação em que se encontra alguém com níveis de ansiedade cronicamente elevados.

Uma terceira complicação é que os transtornos de ansiedade costumam ser comórbidos uns com os outros e com transtornos do humor e da personalidade, o que pode dificultar a observação adequada das manifestações de cada diagnóstico.

Por fim, as definições de transtornos de ansiedade são descriptivas de fenômenos com fisiopatologias desconhecidas e, apesar de vários avanços, o campo da psiquiatria ainda não está próximo da identifica-

ção definitiva das categorias nosológicas baseadas em etiologias subjacentes.

Uma mudança diagnóstica importante envolve o pânico, que é descrito de duas formas diferentes no DSM-5. Agora, entende-se que os ataques de pânico ocorrem como parte de um amplo espectro de diagnósticos psiquiátricos e são relevantes no que se refere à gravidade, ao curso e à morbidade, de modo que passaram a ser identificados como um especificador para todos os transtornos de ansiedade do DSM-5, bem como para alguns outros transtornos. Os ataques de pânico podem ser subcategorizados simplesmente como esperados ou inesperados. Quando ataques de pânico persistentes induzem um temor contínuo e significativo de ocorrência de mais ataques, o transtorno de pânico é o diagnóstico mais provável.

Historicamente associada ao transtorno de pânico, a agorafobia é identificada no DSM-5 como um diagnóstico distinto que pode se desenvolver no contexto de uma variedade de estressores e síndromes psiquiátricas. Como ocorre com a fobia específica e o transtorno de ansiedade social, a agorafobia não exige mais que indivíduos acima dos 18 anos percebam a ansiedade como sendo irracional. Em vez disso, o clínico pode julgar se a ansiedade é desproporcional ao perigo ou à ameaça real. Para reduzir a probabilidade de diagnosticar em excesso os medos transitórios, esses transtornos devem persistir durante um período mínimo de seis meses para todos os indivíduos, em vez de apenas para os menores de 18 anos.

Uma mudança estrutural significativa no DSM-5 é o deslocamento do transtorno de ansiedade de separação para o capítulo sobre transtornos de ansiedade. O transtor-

no de ansiedade de separação ainda exige um início antes dos 18 anos, mas espera-se que, com uma prevalência na população adulta geral superior a 6%, ele seja tratado mais habitualmente em adultos do que no passado, quando estava listado entre os transtornos de crianças e adolescentes.

Outra alteração estrutural significativa entre os transtornos do DSM-5 relacionados à ansiedade é o deslocamento do transtorno obsessivo-compulsivo e do transtorno de estresse pós-traumático para seus próprios capítulos. Esses novos capítulos incluem grupos de transtornos nos quais a ansiedade desempenha um papel de destaque, mas também apresentam outras características (p. ex., obsessões, compulsões ou uma história relevante de trauma).

Os diversos transtornos relacionados à ansiedade com frequência podem ser diferenciados claramente, mas também podem ser difíceis de se distinguir e costumam ser comórbidos uns com os outros e com a maioria dos outros diagnósticos psiquiátricos. Uma queixa principal de “ansiedade” não estabelece o diagnóstico – ao contrário, é o início de um processo de pensamento clínico que pode abranger todo o DSM-5.

Leituras Recomendadas

Horwitz AV, Wakefield JC: All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties Into Mental Disorders. New York, Oxford University Press, 2012

Milrod B: The Gordian knot of clinical research in anxiety disorders: some answers, more questions. Am J Psychiatry 170(7):703–706, 2013

Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO (eds): Textbook of Anxiety Disorders, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2010

CASO 5.1

Medos e Preocupações

Loes Jongerden
Susan Bögels

Logan era um menino de 12 anos que foi encaminhado para atendimento de saúde mental devido a uma ansiedade antiga quanto a perder os pais e temores relativamente recentes sobre contrair uma doença grave.

Embora seus pais tenham descrito uma longa história de ansiedade, o problema agudo de Logan havia começado cinco semanas antes da consulta, quando assistira a um programa de televisão sobre doenças raras e fatais. Depois disso, ficou com medo de que poderia ter uma doença não diagnosticada. Os pais relataram três “ataques de pânico” no mês anterior, caracterizados por ansiedade, tontura, sudorese e falta de ar. Por volta da mesma época, Logan começou a se queixar de dores de cabeça e de estômago frequentes. A teoria do menino era a de que suas dores corporais eram causadas pelo temor de estar doente e de que seus pais sumiriam, mas ainda assim a dor causava desconforto. Insistiu que não tinha medo de ter mais ataques de pânico, mas ficava aterrorizado diante da ideia de ser deixado sozinho e doente. Esses temores em relação a doenças se desenvolviam várias vezes durante a semana, normalmente quando Logan estava na cama, quando “sentia alguma coisa” no corpo ou quando ouvia falar sobre doenças.

O menino havia começado a sofrer ansiedades quando era bem pequeno. A ida ao jardim de infância foi marcada por difi-

culdade intensa de separação. Durante um breve período, na 4^a série, sofreu *bullying*, o que ocasionou seus primeiros ataques de pânico e o agravamento da ansiedade. De acordo com os pais, “parecia que sempre tinha uma nova ansiedade”. Entre elas: medo do banheiro, do escuro, de dormir sozinho, de ficar sozinho e de ser incomodado.

O medo mais persistente de Logan girava em torno da segurança dos pais. Normalmente ficava bem quando ambos estavam no trabalho ou em casa, mas quando estavam em trânsito ou em algum outro lugar, geralmente temia que eles morressem em um acidente. Quando se atrasavam para voltar do trabalho, tentavam sair sozinhos ou precisavam fazer algo sem ele, Logan ficava desesperado, telefonava e mandava mensagens de texto sem parar. A preocupação predominante do menino era quanto à segurança da mãe, desse modo, ela, pouco a pouco, reduziu ao mínimo as atividades que fazia sozinha. Conforme ela afirmou, parecia que “ele entraria comigo no banheiro”. Logan era menos exigente com relação ao pai, que disse: “Se a gente consolar ele o tempo todo ou ficar em casa, ele nunca vai ser independente”. Indicou que achava que sua esposa era muito tolerante e superprotetora.

Logan e sua família se submeteram a vários meses de psicoterapia quando ele tinha 10 anos. O pai afirmou que a terapia ajudou sua mulher a se tornar menos superprotetora e que a ansiedade de Logan

parecia ter melhorado. Ela concordou com essa avaliação, embora tenha afirmado que não tinha certeza do que devia fazer quando seu filho entrava em pânico sempre que ela tentava sair de casa ou sempre que se preocupava em pegar uma doença.

A história do desenvolvimento de Logan, fora isso, não apresentava nada de anormal. Suas notas eram boas de modo geral. Seus professores concordavam que ele era calado, mas tinha vários amigos e trabalhava bem com outras crianças. Contudo, tinha a propensão de interpretar as intenções das outras crianças de forma negativa. Por exemplo, era muito sensível a qualquer indício de que estava sendo atormentado.

A história familiar de Logan era relevante para transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade social (fobia social) da mãe. A avó materna foi descrita como “no mínimo” tão ansiosa quanto a mãe de Logan. O pai negou a existência de doenças psiquiátricas em sua família.

Durante o exame, Logan aparecia ser um menino simpático, eloquente, cooperativo e voltado para objetivos. De modo geral, estava com “humor bom”, mas chorou ao falar sobre seus temores de morrer e de ficar doente. Negou pensamento suicida e desesperança, mas indicou que estava desesperado para superar seus problemas antes de iniciar o ensino médio. Sua cognição estava boa. Seu *insight* e seu julgamento pareciam preservados, exceto com relação às questões de ansiedade.

Diagnóstico

- Transtorno de ansiedade de separação com ataques de pânico.

Discussão

Logan apresentava temores de separação desde quando era pequeno. Para qualificar o quadro como transtorno de ansiedade de separação, o DSM-5 exige três entre oito sintomas: Logan apresenta pelo menos

cinco, incluindo medos antigos, excessivos e perturbadores de separações antecipadas; de danos aos pais; de eventos que possam levar a separações; e de ficar sozinho. Ele também tem queixas físicas que podem ser relacionadas aos temores de morte e de separação.

Logan também tem ataques de pânico. Isso não satisfaz os critérios para um transtorno de pânico, no entanto, porque ele não tem medo de ter um ataque. Em vez disso, seu pânico parece estar relacionado a temores de separação ou de contrair uma doença. Os ataques de pânico, portanto, seriam listados como um especificador do transtorno de ansiedade de separação.

Embora Logan esteja ansioso quanto a ter uma doença, seus sintomas não parecem satisfazer os critérios para transtorno de ansiedade de doença: a duração de seu medo não chega a seis meses, ele não se consulta com médicos e busca tranquilização não quanto à sua saúde, mas quanto a ser deixado sozinho por suas figuras de apego. Seus sintomas não satisfazem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada porque a preocupação predominante é especificamente sobre separar-se dos pais. Ele pode ter satisfeitos os critérios para transtorno de ansiedade social (fobia social) no passado (medo de ser incomodado), mas medos sociais não parecem dominar o quadro clínico nesse momento.

Os transtornos de ansiedade estiveram presentes na mãe e na avó, o que pode indicar uma predisposição genética. A ansiedade em múltiplas gerações também pode ser transmitida via aprendizagem, modelos e educação superprotetora. No caso de Logan, observa-se que a mãe tem transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade social e os dois pais concordam que suas próprias ansiedades influenciaram seu estilo de criação do filho. Em particular, os medos de Logan parecem ser recompensados: os pais ficam em casa, raramente o deixam sozinho e respondem rapidamente a todos os seus telefonemas e suas mensagens de texto. Eles parecem ter

conversas frequentes sobre os medos dele, mas podem não passar tempo suficiente discutindo estratégias de compensação. O pai realmente parece tentar encorajar a autonomia de Logan, mas, aparentemente, ele e a mãe não concordam em uma estratégia geral de correção. A falta de apoio entre os pais pode ter contribuído para a manutenção dos problemas do menino.

Uma mudança potencialmente importante no DSM-5 foi a realocação do transtorno de ansiedade de separação no capítulo sobre transtornos de ansiedade. No DSM-III e no DSM-IV, ele se situava no capítulo voltado para transtornos com início na infância e adolescência. Entretanto, o transtorno de ansiedade de separação pode se estender até a idade adulta, de modo que a mãe de Logan pode, ela mesma, estar sofrendo de transtorno de ansiedade de separação (bem como de seus outros transtornos de ansiedade). Os próprios temores de separação da mãe podem estar afetando o modo como ela cria seu filho e contribuindo para que a ansiedade dele se prolongue.

Leituras Recomendadas

- Bögels S, Phares V: Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. *Clin Psychol Rev* 28(4):539–558, 2008
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6):593–602, 2005
- Majdandzic M, de Vente W, Feinberg ME, et al: Bidirectional associations between coparenting relations and family member anxiety: a review and conceptual model. *Clin Child Fam Psychol Rev* 15(1):28–42, 2012
- McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR: Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27(2):155–172, 2007
- van der Bruggen CO, Stams GJM, Bögels SM: Research review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry* 49(12):1257–1269, 2008

CASO 5.2

Pânico

Carlo Faravelli

Maria Greco era uma mulher solteira de 23 anos que foi encaminhada para avaliação psiquiátrica por seu car-

diologista. Nos dois meses anteriores, ela esteve no pronto-socorro quatro vezes devido a queixas agudas de palpitações,

falta de ar, sudorese, tremores e medo de que estava prestes a morrer. Cada um desses eventos teve início rápido. Os sintomas chegaram ao ápice em minutos, deixando-a assustada, exausta e totalmente convencida de que havia recém tido um ataque cardíaco. As avaliações médicas realizadas logo após esses episódios revelaram achados normais nos exames físicos, sinais vitais, resultados laboratoriais, exames toxicológicos e eletrocardiogramas.

A paciente relatou um total de cinco ataques dessa natureza nos três meses anteriores, sendo que o pânico ocorreu no trabalho, em casa e enquanto estava dirigindo. Ela desenvolveu um medo persistente de ter outros ataques, o que a levou a tirar vários dias de folga, a evitar exercícios, dirigir e beber café. Sua qualidade de sono decaiu, assim como seu humor. Passou a evitar relacionamentos sociais. Não aceitava a tranquilização oferecida por amigos e médicos, acreditando que os exames médicos resultavam negativos porque eram executados depois da resolução dos sintomas. Continuou a suspeitar que houvesse algo errado com seu coração e que, sem um diagnóstico preciso, morreria. Quando teve um ataque de pânico durante o sono, finalmente concordou em consultar com um psiquiatra.

A sra. Greco negou história de transtornos psiquiátricos anteriores, exceto uma ocorrência de ansiedade durante a infância que havia sido diagnosticada como “fobia da escola”.

A mãe da paciente havia cometido suicídio por meio de overdose quatro anos antes, com quadro de depressão maior recorrente. Durante a avaliação, a paciente estava morando com o pai e dois irmãos mais novos. Havia se formado no ensino médio, trabalhava como telefonista e não estava namorando ninguém. Suas histórias familiar e social, fora o ocorrido, não acrescentaram nada relevante.

Durante o exame, a aparência da paciente era a de uma jovem ansiosa, coo-

perativa e coerente. Ele negou depressão, mas parecia receosa e estava preocupada em ter uma doença cardíaca. Negou sintomas psicóticos, confusão e qualquer tipo de pensamento suicida. Sua cognição estava preservada, o *insight* era limitado e o julgamento era bom.

Diagnóstico

- Transtorno de pânico.

Discussão

A sra. Greco tem ataques de pânico, os quais são surtos abruptos de medo e/ou desconforto que atingem o auge em alguns minutos e são acompanhados por sintomas físicos e/ou cognitivos. No DSM-5, os ataques de pânico são vistos como um tipo específico de reação de medo e não são encontrados apenas nos transtornos de ansiedade. Nesses termos, o pânico é conceitualizado de duas maneiras no DSM-5. A primeira é como especificador de “ataque de pânico”, que pode acompanhar qualquer diagnóstico do DSM-5. A segunda é como transtorno de pânico, quando o indivíduo satisfaz os critérios mais restritivos para o transtorno.

A sra. Greco parece satisfazer os vários critérios exigidos para transtorno de pânico. Seus ataques de pânico são recorrentes e ela satisfaz a exigência de quatro dos 13 sintomas: palpitações, sudorese, tremores, sufocamento, dor no peito e medo persistente de morrer. O diagnóstico também requer que os ataques de pânico afetem a pessoa entre os episódios. Ela não apenas se preocupa constantemente em ter um ataque do coração (apesar dos exames médicos e das garantias frequentes de que isso não ocorrerá), mas também evita situações e atividades que possam desencadear outro ataque de pânico. Esses sintomas também precisam ter uma duração mínima de um mês (a sra. Greco vem apresentando os sintomas há dois meses).

O diagnóstico de transtorno de pânico também exige uma avaliação englobando várias outras causas de pânico. Entre elas estão medicamentos, doença médica, substâncias de abuso e outros transtornos mentais. De acordo com sua história, essa mulher de 23 anos não está sob medicação, não tem doença médica e nega o uso de substâncias de abuso. Seus exames físicos, eletrocardiogramas, resultados de exames laboratoriais de rotina e de exames toxicológicos são normais ou negativos. Poderia ser útil perguntar à sra. Greco sobre medicamentos complementares e fitoterápicos, mas aparentemente seus sintomas têm origem psiquiátrica.

Muitos transtornos psiquiátricos estão associados com pânico, de modo que a sra. Greco pode ter sido levada a ter ataques de pânico por outra condição. Ela relata uma história de ansiedade e “fobia social” na infância, embora esses sintomas pareçam estar em remissão. Sua mãe se matou quatro anos antes, quando apresentava quadro de depressão maior recorrente. Os detalhes são desconhecidos. Um evento assim traumático sem dúvida teria algum tipo de efeito sobre a sra. Greco. Na realidade, provavelmente há dois traumas diferentes: os efeitos abruptos do suicídio e os efeitos mais antigos de ter uma mãe crônica ou periodicamente deprimida. Uma investigação mais aprofundada poderia se concentrar sobre os eventos psicossociais que conduziram até esses ataques de pânico.

Por exemplo, a “fobia escolar” da sra. Greco pode ter sido a manifestação de um transtorno de ansiedade de separação que não foi diagnosticado e seu pânico recente pode ter se desenvolvido no contexto de namoro, exploração sexual e/ou o distanciamento do pai e dos irmãos mais novos. Ela não apresenta um padrão de pânico em reação a ansiedade social ou fobia específica, mas também nega que seus sintomas sejam psiquiátricos e, portanto, pode não reconhecer a ligação entre os sintomas de pânico e outro conjunto de sintomas. Pode ser útil avaliar a sra. Greco quanto à

sensibilidade à ansiedade, que é a tendência de encarar a ansiedade como danosa, e quanto à “afetividade negativa”, que é a inclinação de vivenciar emoções negativas. Esses dois traços da personalidade podem estar associados ao desenvolvimento de pânico.

Como certos agrupamentos de sintomas costumam não ser reconhecidos espontaneamente pelos pacientes como sintomas ou agrupamentos de sintomas, seria útil procurar mais especificamente por transtornos como transtorno do estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo. Além disso, pode ajudar investigar a sequência de sintomas. Por exemplo, o pânico da paciente parece ter levado a suas preocupações com uma possível doença cardíaca. Se essas preocupações *antecederam* o pânico, ela também pode ter um transtorno de ansiedade de doença ou transtorno de sintomas somáticos.

Os transtornos depressivo e bipolar são frequentemente comórbidos com o pânico. A sra. Greco apresenta sintomas depressivos, incluindo insônia e preocupação com a morte, mas, fora isso, seus sintomas não parecem satisfazer os critérios para um diagnóstico de depressão. Eles, no entanto, precisariam ser observados longitudinalmente. A história de depressão da mãe não apenas aumenta seu risco para depressão, como pode ocorrer de ela não ter um bom *insight* sobre seus próprios estados emocionais. Também seria útil procurar especificamente sintomas de transtorno bipolar. Episódios de mania e hipomania são muitas vezes esquecidos por pacientes ou não são percebidos como problemáticos e um diagnóstico falho pode levar a um tratamento inadequado e à exacerbção dos sintomas bipolares. Ademais, o desenvolvimento de pânico parece aumentar o risco de suicídio.

Embora a investigação necessite ser aprofundada, a sra. Greco realmente parece ter um transtorno de pânico. O DSM-5 sugere avaliar se o pânico é esperado ou inesperado. Aparentemente, os ataques de

pânico iniciais da sra. Greco ocorreram em situações que podem ser vistas como estressantes, como enquanto estava dirigindo ou trabalhando e, portanto, podem ou não ter sido esperados. Seu último episódio, no entanto, aconteceu enquanto dormia, desse modo, seus ataques de pânico seriam classificados como inesperados.

O DSM-5 retirou a conexão que havia entre agorafobia e transtorno de pânico. Eles podem ser comórbidos, mas agora se reconhece que a agorafobia pode se desenvolver em uma série de situações. No caso da sra. Greco, sua recusa expressa a dirigir, fazer exercícios e consumir cafeína é mais bem conceitualizada como uma complicaçāo comportamental do transtorno de pâ-

nico em vez de um sintoma de agorafobia. Diagnóstico e tratamento precisos são importantes para impedir que seus sintomas se tornem mais graves e crônicos.

Leituras Recomendadas

- Faravelli C, Gorini Amedei S, Scarpato MA, Faravelli L: Bipolar disorder: an impossible diagnosis. *Clin Pract Epidemiol Mental Health* 5:13, 2009
- Goodwin RD, Lieb R, Hoeffler M, et al: Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 161(12): 2207–2214, 2004
- MacKinnon DF, Zandi PP, Cooper J, et al: Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 159(1):30–35, 2002

CASO 5.3

Timidez Adolescentes

Barbara L. Milrod

Nadine era uma menina de 15 anos cuja mãe a levou para uma avaliação psiquiátrica a fim de ajudá-la com a timidez que demonstrava há tempos.

Embora Nadine inicialmente estivesse relutante em falar muito sobre si mesma, afirmou que se sentia constantemente tensa. Acrescentou que a ansiedade era “muito forte” há vários anos e que era frequentemente acompanhada por episódios de tontura e choro. De modo geral, não conseguia

falar em nenhuma situação fora de casa ou durante as aulas. Recusava-se a sair de casa sozinha por medo de ser forçada a interagir com alguém. Ficava particularmente ansiosa na companhia de outros adolescentes, mas também havia se tornado “nervosa demais” para falar com vizinhos adultos que ela conhecia há anos. Disse que achava impossível entrar em uma lanchonete e fazer um pedido a um “estranho do outro lado do balcão” por medo de passar vexame.

Também estava constantemente de prontidão, devido à necessidade de evitar a possibilidade de ser atacada, uma estratégia que realmente funcionava apenas quando estava sozinha em casa.

Nadine tentou esconder sua ansiedade incapacitante dos pais, geralmente falando para eles que “simplesmente não tinha vontade” de sair. Sentindo-se aprisionada e incompetente, Nadine disse que contemplava o suicídio “o tempo todo”.

Ela sempre havia sido “tímida” e alvo de gozações durante o recreio desde que havia iniciado o jardim de infância. As gozações viraram bullying manifesto quando ela chegou à 8^a série. Durante dois anos difíceis, diariamente, os pares de Nadine se voltavam para ela “como uma alcateia de lobos rosнando”, chamando-a de “idiota”, “feia” e “louca”. Não raro, um deles a olhava nos olhos e dizia que seria melhor se ela se matasse. Uma menina (a líder da turma, que também havia sido sua amiga no primário) bateu nela uma vez, deixando-a com um olho roxo. Nadine não revidou. O evento foi testemunhado por um vizinho adulto que o relatou à mãe de Nadine. Quando a mãe a perguntou sobre o incidente, ela negou, afirmando que havia “caído” na rua. No entanto, mencionou para a mãe “casualmente” que gostaria de trocar de colégio, mas o modo como fez o comentário foi tão inusitado que, no momento, sua mãe simplesmente desaconselhou a mudança. Nadine continuou sofrendo, chorando até dormir na maioria das noites.

Cheia de esperanças, Nadine foi transferida para uma escola de ensino médio especializada em artes. Embora o bullying tivesse parado, seus sintomas de ansiedade se agravaram. Ela se sentia ainda mais incapacitada de ir a locais públicos e cada vez mais envergonhada de sua incapacidade de desenvolver o tipo de independência típica de uma menina de 15 anos. Ela afirmou que havia começado a passar fins de semana inteiros “aprisionada” em casa e que tinha medo até mesmo de ir à praça lo-

cal para ler sozinha. Tinha pesadelos todas as noites com os perpetradores do *bullying* de sua antiga escola. Sua preocupação com suicídio aumentou.

Seus pais pensavam que ela naturalmente deixaria de ser tímida com a idade, buscando auxílio psiquiátrico somente depois de um professor perceber que sua ansiedade e seu isolamento social a estavam impedindo de participar das atividades extracurriculares e obter as notas necessárias para que fosse aceita em uma boa universidade.

Nadine descreveu sua mãe como uma pessoa que fala alto, excitável, agressiva e “um pouco assustadora”. Seu pai era um advogado tributarista bem-sucedido que passava muito tempo no trabalho. Descreveu-o como tímido em situações sociais (“ele é assim como eu”). Afirmou, ainda, que ela e o pai, às vezes, diziam brincando que o objetivo da noite era evitar que sua mãe ficasse furiosa, e acrescentou que “nunca quis ser parecida com a mãe”.

Diagnósticos

- Transtorno de ansiedade social (fobia social) grave.
- Transtorno de estresse pós-traumático moderado.
- Agorafobia grave.

Discussão

Nadine parece ter um temperamento tímido subjacente. Infelizmente, na lógica infantil, crianças tímidas costumam ser colhidas como vítimas. Se elas nunca aprenderem estratégias de defesa, o *bullying* pode aumentar, especialmente a partir do final do ensino fundamental e durante o ensino médio. Esse padrão pode levar adolescentes propensos à ansiedade e já em grupo de alto risco a ficarem traumatizados por seus pares. Conforme se observa no caso de Nadine, a intensidade dos sintomas de ansiedade e o isolamento social podem se combi-

nar para aumentar o risco de pensamentos e comportamentos suicidas.

Quando Nadine se consultou com um psiquiatra, seu sofrimento já persistia há anos e, aparentemente, ela havia desenvolvido um conjunto de três diagnósticos do DSM-5 que frequentemente são comórbidos. Assim, ela apresenta ansiedade acentuada e excessiva com relação a diversas situações sociais, inclusive com seus pares. Essas situações sempre evocam medo de passar vergonha e quase sempre são evitadas. Portanto, ela satisfaz os critérios sintomáticos para transtorno de ansiedade social (fobia social).

Como costuma ocorrer com crianças e adolescentes, os medos de Nadine assumiram vida própria depois da experiência de *bullying*. Ela inicialmente evitava situações sociais que provocavam ansiedade, o que é um aspecto de seu transtorno de ansiedade social. Contudo, essa ansiedade aumentou gradativamente e explodiu, de modo que ela começou a entrar em pânico até mesmo quando tentava sair de casa sozinha. Quando ficou constantemente incapaz até mesmo de ir à praça local sozinha, pode-se afirmar que desenvolveu um segundo diagnóstico do DSM-5: agorafobia. Essa expansão é tão comum entre crianças e adolescentes que estudos contemporâneos de tratamento tendem a concentrar as intervenções em uma gama de transtornos de ansiedade definidos pelo DSM em vez de em um único transtorno.

Deve-se considerar ainda um terceiro diagnóstico do DSM-5 para Nadine: transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Ela passou por uma experiência intensa e prolongada de *bullying*, a qual é bastante traumática, especialmente quando a criança é socialmente isolada e passa por um período vulnerável de desenvolvimento. Para satisfazer os critérios do DSM-5 para TEPT, Nadine deveria manifestar sintomas clínicamente significativos durante um período mínimo de um mês em quatro áreas diferentes: intrusão (os pesadelos, que ela relata ocorrerem todas as noites); esquiva (dos

pares); alterações negativas na cognição e no humor (opiniões exageradas e negativas sobre si mesma); e alterações de excitabilidade e reatividade (sempre de prontidão). Como alguns desses sintomas também podem se referir à fobia social de Nadine, faz-se necessário o uso de discernimento clínico para evitar um diagnóstico de TEPT excessivo. Mesmo assim, as duas condições realmente parecem ser comórbidas no caso de Nadine. É importante explorar também a possibilidade de que esses sintomas de ansiedade possam ser atribuíveis a uma condição médica não psiquiátrica ou uso de medicamentos ou substâncias, mas nenhuma dessas possibilidades parecem estar envolvidas no caso de Nadine.

Vale relembrar que, quando se avalia o tipo de trauma adolescente que Nadine vivenciou, embora outras crianças costumem ser os agentes de *bullying*, os professores e administradores contribuem para o problema ao deixarem de prestar atenção adequada à dinâmica das interações escolares, o que parece ser verdade no caso de Nadine. Além disso, seus pais pareceram ignorar sua situação desesperadora até ficarem preocupados com sua admissão na universidade.

Vale também reconhecer que a mãe de Nadine é uma mulher de temperamento explosivo e comportamento espalhafatoso, a quem Nadine tem evitado “incomodar” desde o início da infância. Esse relacionamento frágil entre mãe e filha provavelmente desempenhou um papel importante na formação da timidez de Nadine. O medo das explosões da mãe, por exemplo, pode ter contribuído para a sensação persistente de que ela não estava em segurança e pode tê-la impedido de desenvolver as estratégias que precisava para conseguir se impor. No decorrer da avaliação psiquiátrica, talvez faça sentido falar com Nadine sobre a possibilidade de que o insucesso em se defender do *bullying* esteja relacionado a seu desejo intenso de não ser nem um pouco como sua mãe, espalhafatosa e amedrontadora.

Leituras Recomendadas

Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, et al: Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a

combination in childhood anxiety. N Engl J Med 359(26):2753–2766, 2008

CASO 5.4

Medo de Voar

Katharina Meyerbröker

Olaf Hendricks, um empresário de 51 anos, se apresentou ao consultório de um psiquiatra com a queixa de incapacidade de viajar de avião. Sua única filha havia recém dado à luz e, embora ele quisesse desesperadamente conhecer a primeira neta, não conseguia pegar um avião e atravessar o Atlântico para visitá-la.

A ansiedade de voar do paciente havia começado três anos antes, quando estava em um avião que pousou durante uma tempestade de neve. Havia voado dois anos antes e relatou que chorou durante a decolagem e durante a aterrissagem. Outra incidência fora com a esposa no aeroporto, um ano antes da avaliação, para ir ao casamento da filha. Apesar de ter bebido uma quantidade significativa de álcool, o sr. Hendricks entrou em pânico e se recusou a entrar no avião. Depois dessa tentativa frustrada, começou a sentir uma ansiedade intensa só de pensar na possibilidade de voar, de modo que a ansiedade o levou a recusar uma promoção no trabalho

e uma oferta de emprego de fora porque ambas exigiam viagens de negócios.

O sr. Hendricks descreveu tristeza e arrependimento desde que percebeu sua limitação, mas negou outros sintomas neurovegetativos de depressão. Havia aumentado seu consumo de álcool para três copos de vinho todas as noites, a fim de “relaxar”. Negou história de complicações com álcool ou sintomas de abstinência. Também negou história familiar de problemas psiquiátricos.

Negou ansiedade em outras situações, indicando que seus colegas o viam como um empresário arrojado e de sucesso que conseguia “facilmente” fazer discursos na frente de centenas de pessoas. Ao ser questionado especificamente, relatou que, na infância, ficava “petrificado” com medo da possibilidade de ser atacado por algum animal selvagem. Esse medo o levou a se recusar a viajar com a família para acampar ou mesmo a fazer caminhadas no campo. Já adulto, afirmou que não tinha medo

de ser atacado por animais selvagens porque morava em uma cidade grande e, nas férias, viajava de trem para outras grandes áreas urbanas.

Diagnósticos

- Fobia específica situacional (andar de avião).
- Fobia específica, animais.

Discussão

O sr. Hendricks apresenta uma ansiedade de voar tão intensa que não entra em aviões mesmo quando fortemente motivado. Só a ideia de aviões e aeroportos lhe causa sofrimento significativo. Esse medo é persistente e causou comprometimento funcional significativo. Portanto, ele satisfaz os critérios diagnósticos para fobia específica. O DSM-5 também inclui especificadores para descrever a fobia. No caso do sr. Hendricks, o estímulo fóbico é voar de avião, o que pode ser codificado como especificador “situacional” (outros estímulos situacionais comuns são elevadores e locais fechados).

A maioria das pessoas com fobia específica teme mais de um objeto ou situação. Embora o sr. Hendricks inicialmente tenha negado outros tipos de ansiedade, ele descreveu um medo extremamente angustiante de ser atacado por animais selvagens quando era mais jovem. Esse medo o levou a evitar acampamentos e caminhadas no campo. Atualmente vive em um ambiente urbano onde dificilmente encontrará um animal selvagem, mas o DSM-5 permite um diagnóstico de fobia específica mesmo com pouca possibilidade de se deparar com o estímulo fóbico. Do ponto de vista clínico, revelar essas fobias é importante, porque a esquiva pode não apenas causar um sofrimento e disfunção óbvios (como a incapacidade de voar que impossibilita visitar a família ou desempenhar funções no tra-

lho) como também levar a decisões de vida que podem não ser totalmente conscientes (medo de animais selvagens levando à esquiva sistemática de áreas não urbanas).

Além de animais e situações, há uma série de outras categorias de estímulos fóbicos. Entre eles estão o ambiente natural (p. ex., altura, tempestades), sangue-injeção-ferimentos (p. ex., agulhas, procedimentos médicos invasivos) e outros estímulos (p. ex., sons altos, pessoas fantasiadas).

A fobia específica é frequentemente comórbida com outros transtornos de ansiedade, bem como com transtornos depressivos por uso de substância, de sintomas somáticos e da personalidade. O sr. Hendricks nega que seu uso de álcool cause sofrimento ou disfunção, de forma que ele não parece satisfazer os critérios para um transtorno do DSM-5 dessa natureza, mas uma investigação mais aprofundada poderia indicar que seu hábito de beber todas as noites pode estar causando problemas em algum aspecto de sua vida. Se vier à tona que a fobia de voar é sintoma de outro transtorno (p. ex., uma manifestação de agorafobia), então o outro transtorno (a agorafobia) seria o diagnóstico do DSM-5 mais acertado. Essa apresentação, contudo, sugere que o sr. Hendricks tem fobia específica razoavelmente clássica.

Leituras Recomendadas

Emmelkamp PMG: Specific and social phobias in ICD-11. *World Psychiatry* 11 (suppl 1):93–98, 2012

LeBeau RT, Glenn D, Liao B, et al: Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety* 27(2):148–167, 2010

Zimmerman M, Dalrymple K, Chelminski I, et al: Recognition of irrationality of fear and the diagnosis of social anxiety disorder and specific phobia in adults: implications for criteria revision in DSM-5. *Depress Anxiety* 27(11):1044–1049, 2010

CASO 5.5

Sempre Nervosa

Ryan E. Lawrence
Deborah L. Cabaniss

Peggy Isaac era uma auxiliar administrativa de 41 anos encaminhada para avaliação ambulatorial por seu clínico geral com a seguinte queixa principal: “Estou sempre nervosa”. Ela vivia sozinha e nunca havia casado nem tido filhos. Era a primeira vez que se consultava com um psiquiatra.

A sra. Isaac estava vivendo com seu namorado, com o qual estava há muitos anos, até oito meses antes, quando ele interrompeu o relacionamento repentinamente para ficar com uma mulher mais jovem. Em seguida, a sra. Isaac começou a ficar angustiada com as tarefas cotidianas e com a possibilidade de cometer erros no trabalho. Sentia-se atípicamente tensa e cansada. Tinha dificuldades em se concentrar. Também começou a se preocupar excessivamente com dinheiro e, para economizar, mudou-se para um apartamento mais barato em um bairro menos agradável. Buscava apoio repetidamente dos colegas de escritório e da mãe. Parecia que ninguém conseguia ajudá-la, de modo que ela temia ser “um fardo”.

Durante os três meses anteriores à avaliação, a sra. Isaac começou a evitar sair à noite, temendo que algo ruim acontecesse e não conseguisse ajuda. Mais recentemente, passara a evitar sair durante o dia também. Além disso, sentia-se “exposta e vulnerável” ao caminhar até a mercearia a três quadras de distância, então parou de fazer compras. Depois de descrever que havia descoberto

como usar uma tele-entrega de alimentos, acrescentou: “É ridículo. Sinceramente, acho que alguma coisa horrível vai acontecer nos corredores do mercado e ninguém vai me ajudar, então nem entro”. Quando está em seu apartamento, frequentemente relaxa e aprecia um bom livro ou um filme.

A sra. Isaac afirmou que “sempre fui um pouco nervosa”. Durante grande parte de sua permanência no jardim de infância, chorava descontroladamente quando sua mãe tentava deixá-la na escola. Relatou ter se consultado com um orientador psicológico aos 10 anos de idade, durante o divórcio dos pais, porque “minha mãe achava que eu estava carente demais”. Acrescentou que nunca gostou de ficar sozinha e tinha namorados constantemente (às vezes mais de um ao mesmo tempo) desde os 16 anos. Explicou: “Eu odiava estar solteira e sempre fui bonita, então nunca ficava sem namorado durante muito tempo”. Mesmo assim, até o rompimento recente, afirmou que sempre achava que estava “bem”. Era bem-sucedida no emprego, corria todos os dias, mantinha uma sólida rede de amizades e não tinha “queixas de verdade”.

Durante a entrevista inicial, a sra. Isaac disse que havia ficado triste durante algumas semanas depois que o namorado a havia deixado, mas negou que tivesse se sentido sem valor, culpada, desesperançada, com anedonia ou suicida. Afirmou que seu peso continuava constante e seu sono

estava bom. Negou mudanças psicomotoras. Descreveu ansiedade significativa, no entanto, com 28 pontos no Inventário de Ansiedade de Beck, o que indica ansiedade de grave.

Diagnóstico

- Transtorno de ansiedade generalizada.

Discussão

A sra. Isaac se tornou nervosa, cansando-se com facilidade e ficando excessivamente preocupada durante os oito meses seguintes ao rompimento de seu relacionamento amoroso. Ela tem dificuldades de concentração. Suas preocupações causam sofrimento e disfunção e a levam a buscar apoio constantemente. Embora alguns desses sintomas também possam ser atribuíveis a um transtorno depressivo, ela não apresenta a maioria dos outros sintomas de uma depressão maior. Em vez disso, a sra. Isaac satisfaz os critérios do DSM-5 para transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

Mais agudamente, a sra. Isaac desenvolveu uma ansiedade intensa de sair do apartamento e entrar no supermercado local. Esses sintomas sugerem que ela pode satisfazer os critérios do DSM-5 de agorafobia, o qual exige temores e esquia de, pelo menos, duas situações diferentes. Contudo, os sintomas de agorafobia persistiram por apenas alguns meses, o que é menos do que os seis meses exigidos pelo DSM-5. Se o médico julgar que os sintomas de agorafobia justificam atenção clínica, a sra. Isaac também pode receber um diagnóstico adicional de “transtorno de ansiedade não especificado (agorafobia com duração inadequada de sintomas)”.

Além de estabelecer um diagnóstico do DSM-5, também é importante levar em consideração o que pode ter precipitado o TAG da sra. Isaac. Embora não seja possível ter certeza do porquê de alguém desenvolver um transtorno do humor ou

de ansiedade, considerar os estressores psicossociais que sejam coincidentes com o início dos sintomas pode ajudar na formulação, estabelecimento de objetivos e tratamento.

Neste caso, a sra. Isaac desenvolveu sintomas agudos de ansiedade depois do rompimento com o namorado e da mudança para outro apartamento. Esses dois eventos foram agudamente perturbadores. A próxima parte da resposta a “por que agora?” envolve refletir sobre a forma como os estressores se relacionam com as questões presentes há mais tempo na vida da sra. Isaac. Ela indicou que “nunca ficou solteira por muito tempo” e forneceu uma história de dificuldade em lidar com separações que se iniciou durante a infância. A ansiedade desencadeada por separação pode sugerir problemas de apego e acredita-se que estilos adultos de apego estejam ligados aos primeiros relacionamentos do indivíduo. Aqueles com segurança de apego conseguem formar relacionamentos íntimos com outros, mas também conseguem tranquilizar e regular a si mesmos quando estão sozinhos.

Indivíduos com insegurança de apego, em contrapartida, podem se ligar fortemente a entes queridos, ficar incapazes de se autorregular quando estão sozinhos e ter sentimentos ambivalentes com relação às pessoas das quais são dependentes. Por essa linha de raciocínio, pode-se estabelecer a hipótese de que a sra. Isaac tornou-se sintomática devido a um estilo de apego inseguro ligado ao relacionamento inicial que tinha com a mãe.

Pistas de que este seja o caso incluem o sentimento da mãe de que a sra. Isaac estava “carente demais” durante o divórcio e os sentimentos ambivalentes sobre as tentativas de sua mãe de lhe proporcionar apoio. Ajudaria entender melhor os primeiros relacionamentos da sra. Isaac e os tipos de padrões problemáticos de apego que se desenvolveram durante os relacionamentos amorosos. Tais padrões provavelmente sejam recapitulados durante o

relacionamento terapêutico, onde eles podem se tornar o foco do tratamento.

Leituras Recomendadas

Blanco C, Rubio JM, Wall M, et al: The latent structure and comorbidity patterns of ge-

neralized anxiety disorder and major depressive disorder: a national study. *Depress Anxiety* June 14, 2013 [publicação eletrônica anterior ao prelo]

Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO (eds): *Textbook of Anxiety Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009

CASO 5.6

Ansiedade e Cirrose

Andrea DiMartini

Catherine Crone

Um serviço de ligação psiquiátrica para transplantes foi acionado para avaliar Robert Jennings, um homem branco casado de 50 anos, em relação a um transplante ortotópico de fígado no contexto de dependência de álcool, cirrose avançada, sem história psiquiátrica anterior. Várias semanas antes, ele havia sido internado com hepatite alcoólica aguda e diagnosticado com doença hepática terminal. Receitou-se prednisolina, 40 mg por dia, para o tratamento da hepatite alcoólica. Antes dessa internação ele não estava ciente de que seu consumo de álcool estava causando danos graves à sua saúde e ficou chocado ao descobrir que precisaria de um transplante de fígado. Depois da alta, deu início a um programa de tratamento de adição obrigatório para que pudesse entrar na lista de espera para o pos-

sível transplante. A equipe de transplante solicitou uma consultoria psiquiátrica depois que a família do paciente manifestou preocupação de que ele recentemente havia se tornado irritável e ansioso e parecia estar tendo dificuldade de lidar com as exigências para o transplante. O clínico geral do sr. Jennings recentemente havia receitado alprazolam, 0,5 mg, conforme necessário, para ansiedade. A medicação ajudou no início, mas depois de vários dias, sua família percebeu que ele parecia mais irritável, letárgico e esquecido.

Durante a entrevista, o paciente afirmou que sentia-se cansado há meses antes do diagnóstico e que a fadiga havia prejudicado sua capacidade de trabalhar fazendo entregas para uma companhia de remessa de cargas. Embora o diagnóstico

tivesse sido um choque, ele afirmou que, logo que saiu do hospital, se sentia “ótimo”, com mais energia e sensação de bem-estar. No entanto, cerca de uma semana depois da alta, havia começado a se sentir ansioso e inquieto. Ele não conseguia se concentrar nem dormir bem e preocupava-se constantemente com a saúde, as finanças e a família. Desse modo, começou a interagir menos com os familiares e parou de assistir a filmes, atividades que anteriormente lhe davam prazer.

Negou ter pesadelos, *flashbacks*, comportamentos de esquiva ou pensamentos acelerados. Também negou humor baixo, choros, alterações de apetite, anedonia, sensações de desamparo e desesperança e pensamentos suicidas. Ele admitiu raiva em ter de se submeter a orientação para adição e discutiu com a equipe de transplante sobre essa exigência. No passado, considerava a si mesmo capaz de lidar com todos os desafios que a vida impunha sem ficar sobrecarregado. Sua família confirmou essa descrição e identificava seu comportamento recente como atípico.

Durante o exame de estado mental, a aparência do sr. Jennings era a de um homem magro, cansado e com leve irriticidade. Seu andar era normal, mas ficava irrequieto ao sentar-se. Ele mantinha contato visual e respondia adequadamente, embora várias vezes fizesse comentários do tipo: “tem alguma coisa errada” e “isso não é só da minha cabeça”. Seu afeto era ansioso e irritável e seu discurso era conciso. Parecia distraído, mas negou confusão e desorientação. Ele não tinha delírios nem alucinações. Seus pensamentos eram lógicos e coerentes, sem desorganização e não havia latência em suas respostas. Marcou 26 pontos do total de 30 no Minexame do Estado Mental (MEEM), tendo perdido pontos para evocações e para séries de 7. Sua pontuação ficou no alcance normal nos Trail Making Tests A e B, mas pediu que as instruções fossem repetidas na versão B.

Diagnósticos

- Transtorno por uso de álcool.
- Transtorno de ansiedade induzido por medicamento (esteroides).

Discussão

O sr. Jennings sofre de fadiga há vários meses. O diagnóstico e o tratamento da cirrose hepática foram seguidos por um surto de euforia que durou uma semana, acompanhado por ansiedade, depressão, irritabilidade, perturbações cognitivas e insônia. A equipe de avaliação buscou de forma genérica as causas das queixas psiquiátricas do sr. Jennings, mas a pesquisa inicial se concentrou nas causas médicas. A doença hepática raramente induz à ansiedade, mas a terapia com esteroides frequentemente induz a uma sensação inicial de bem-estar, seguida, no prazo de uma a duas semanas, por sintomas negativos ou desagradáveis de perturbação do humor ou de ansiedade.

Outros diagnósticos também deveriam ser considerados. Fadiga, dificuldade de concentração e redução das atividades prazerosas indicam a possibilidade de transtorno depressivo maior, por exemplo, embora alguns desses sintomas possam ser atribuíveis às crescentes limitações físicas de sua doença hepática avançada. Utilizar uma abordagem ampla ou “inclusiva” para o diagnóstico de depressão em pacientes com doenças médicas poderia sugerir que esses sintomas se encaixem sob os critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno depressivo maior apesar de sua potencial origem física. Contudo, uma análise mais aprofundada da apresentação do paciente indicou que não havia problemas de humor baixo persistente, choro ou outros sintomas depressivos associados (p. ex., anedonia, insônia persistente, alterações de apetite, pensamentos inadequados de culpa ou pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio). Dessa forma, depressão maior parece pouco provável.

Transtornos de ansiedade como o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de pânico também devem ser levados em consideração. No entanto, os sintomas do paciente parecem estar diretamente relacionados a esteroides, de modo que não têm a duração necessária que os qualificariam como um dos outros transtornos de ansiedade.

Doenças, tratamentos e circunstâncias com risco potencialmente letal podem levar a transtorno de estresse agudo, transtorno de adaptação e transtorno de estresse pós-traumático. Entretanto, esse paciente em particular não parece satisfazer os critérios para um transtorno traumático. Ademais, chama atenção o fato de que ele inicialmente se sentiu bem apesar do diagnóstico e apenas depois desenvolveu mudanças em seu humor e comportamento. Esse padrão não descartaria um diagnóstico de trauma, mas reduz essa probabilidade.

Outra área diagnóstica a se considerar é a dependência de álcool do sr. Jennings. No início da abstinência, os pacientes frequentemente têm sintomas de ansiedade, irritabilidade e depressão. Esses sintomas contribuem para os altos índices de recaída após a reabilitação de álcool. Mesmo no contexto de uma doença potencialmente letal e de necessidade de transplante, uma quantidade significativa de indivíduos irá sofrer recaída. Esse paciente em particular também começou a ser medicado com benzodiazepínicos, os quais podem produzir fissura por consumo e precipitar a recaída. O paciente nega o uso de álcool, mas figura em uma lista de espera para transplante e uma recaída poderia desqualificá-lo. Para monitorar o uso oculto de álcool, justifica-se o uso de entrevistas contínuas e exames toxicológicos aleatórios.

A apresentação atual do sr. Jennings também poderia estar relacionada a um transtorno neurocognitivo. Pacientes com doença hepática em estágio avançado fre-

quentemente têm problemas com encefalopatia hepática mínima, um fenômeno que se caracteriza por alterações sutis, porém importantes, tanto no funcionamento físico como no funcionamento mental. Em comparação com a encefalopatia hepática (*delirium* devido a outra condição médica no DSM-5), a encefalopatia hepática mínima não se apresenta com perturbação da consciência ou com mudanças evidentes no funcionamento comportamental ou cognitivo. Ao contrário, os pacientes podem apresentar leves alterações na personalidade ou comportamentais como irritabilidade, fadiga excessiva ou sonolência, juntamente com pequeno comprometimento ou lentidão da cognição subcortical. O comprometimento da velocidade psicomotora, a atenção visual e a percepção dificilmente são evidentes com uma triagem básica como o MEEM, e exigem testes psicométricos específicos que fariam esses déficits vir à tona (p. ex., Trail Making Tests A e B, teste de repetição de dígitos e velocidade do tamborilar dos dedos).

Identificar encefalopatia hepática mínima é importante porque os pacientes com esse diagnóstico dificilmente melhoram com o uso de medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos e, em vez disso, requerem tratamento com agentes redutores de amônia. A combinação de encefalopatia hepática mínima e metabolismo hepático mais lento deixam o paciente mais sensível a efeitos colaterais adversos dos fármacos (p. ex., lentidão cognitiva decorrente de medicamentos benzodiazepínicos, sedativos, analgésicos ou anti-colinérgicos). No caso do sr. Jennings, o agravamento dos sintomas pode ser resultado do uso de um benzodiazepínico. Esses pacientes precisam evitar medicamentos que podem agravar o funcionamento cognitivo e também devem ser monitorados para o desenvolvimento de encefalopatia hepática manifesta. Como se sabe que as dificuldades cognitivas

que acompanham a encefalopatia hepática mínima comprometem o funcionamento diário e habilidades como dirigir, pode ser necessário aconselhar o paciente quanto a se ele pode ou deve continuar a dirigir (o que teria implicações significativas para seu trabalho como entregador). Depois de interromper a administração de alprazolam e receber tratamento para níveis elevados de amônia (caso estejam presentes), ele poderia ser testado novamente para estabelecer seu nível de cognição basal.

Leituras Recomendadas

- DiMartini A, Crone C, Fireman M, Dew MA: Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care. *Crit Care Clin* 24(4):949–981, 2008
- DiMartini A, Dew MA, Crone C: Organ transplantation, in Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition, Vol 2. Edited by Sadock B, Sadock VA, Ruiz P. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 2441–2456
- Dubovsky AN, Arvikar S, Stern TA, Axelrod L: The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: steroid psychosis revisited. *Psychosomatics* 53(2):103–115, 2012

CAPÍTULO 6

Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

O DSM-5 criou um novo capítulo para o grupo de transtornos que envolvem pensamentos obsessivos e/ou comportamentos compulsivos. Entre eles estão o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), o transtorno dismórfico corporal (TDC), o transtorno de acumulação, a tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e o transtorno de escoriação (*skin-picking*). Como ocorre em grande parte do DSM-5, também há categorias para pacientes cujos sintomas são secundários a medicamentos ou substâncias; são devidos a outra condição médica; ou não satisfazem totalmente os critérios para um dos transtornos especificados.

Embora o TOC tenha sido retirado do capítulo sobre transtornos de ansiedade no DSM-5, os critérios básicos para o TOC permanecem relativamente inalterados. Vários especificadores foram desenvolvidos para esclarecer subconjuntos da categoria mais ampla. Por exemplo, o especificador “*insight*” separa pacientes com *insight* bom ou razoável dos pacientes com *insight* ruim ou *insight* ausente/crenças delirantes. O DSM-5 também inclui um especificador “relacionado a tiques” para o TOC. A avaliação de *insight* e tiques é clinicamente relevante não apenas porque eles parecem diferenciar subpopulações de pacientes com TOC, mas

também porque a identificação de subgrupos pode orientar significativamente o tratamento.

O TDC foi deslocado para esse novo capítulo depois de figurar em um grupo de transtornos que atualmente é abordado no capítulo do DSM-5 sobre transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Embora indivíduos com TDC apresentem preocupações somáticas, eles normalmente não compartilham comorbidades, histórias familiares e outras características com pessoas que são diagnosticadas com um dos transtornos de sintomas somáticos. Assim como o TOC, o TDC tem um especificador de "*insight*". Aqueles com a convicção delirante de que suas crenças de TDC são verdadeiras não seriam codificados como tendo um transtorno psicótico comórbido (p. ex., transtorno delirante), mas, em vez disso, seriam descritos como tendo TDC com *insight* ausente.

Arrancar os cabelos e beliscar a pele são os transtornos mais comuns de comportamento repetitivo com enfoque no corpo. O transtorno de arrancar os cabelos, ou tricotilomania, era listado anteriormente entre os transtornos do controle de impulsos sem outra classificação, com transtornos como piromania e transtorno explosivo intermitente, enquanto o transtorno de beliscar a pele, ou transtorno de escoriação, é novo no DSM-5. Ambos envolvem o tipo de comportamentos disfuncionais, repetitivos e persistentes que caracterizam o transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados.

O transtorno de acumulação também é novo no DSM-5. Ele havia sido listado anteriormente apenas como um critério possível para o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, mas as evidências indicam que a acumulação disfuncional frequentemente existe sem um diagnóstico concomitante que explique o comportamento.

O TOC anteriormente estava incluído entre os transtornos de ansiedade que, no DSM-5, atualmente, são discutidos no capítulo imediatamente anterior. A ansiedade pode ser uma característica proeminente em todos os transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados, de modo que transtornos de ansiedade comórbidos ocorrem com frequência. Embora a ansiedade comórbida também deva ser tratada, a criação de uma categoria distinta no DSM-5 pode aumentar a identificação de um grupo de transtornos subdiagnosticados que justificam atendimento clínico.

Leituras Recomendadas

- Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, et al: Skin picking disorder. Am J Psychiatry 169(11):1143–1149, 2012
- Hollander E, Zohar J, Sirovatka PJ, Regier DA (eds): Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2011
- Phillips KA: Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide. Oxford, UK, Oxford University Press, 2009
- Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ: Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? Depress Anxiety 27(6):495–506, 2010

CASO 6.1

Depressão

Mayumi Okuda

Helen Blair Simpson

Samuel King, um zelador de 52 anos que nunca se casou, se apresentou para tratamento para depressão. Ele vinha lidando com sintomas depressivos há anos e havia experimentado fluoxetina, citalopram e psicoterapia de apoio, com pouca melhora. Trabalhava em tempo integral, mas se dedicava a poucas atividades fora do trabalho.

Ao ser perguntado sobre como se sentia, o sr. King afirmou que seu humor estava diminuído, nada lhe dava prazer e tinha insônia, sentimentos de desesperança, baixa energia e dificuldade em se concentrar e em tomar decisões. Negou pensamentos suicidas no momento, mas acrescentou que, vários meses antes, havia olhado os trilhos do metrô e pensado em pular. Relatou beber álcool eventualmente, mas negou o uso de drogas ilícitas.

Ao ser perguntado sobre ansiedade, o sr. King disse que tinha medo de contrair doenças como HIV. Percebendo um cheiro forte de desinfetante, o entrevistador perguntou a ele se tinha algum tipo específico de comportamento de limpeza relacionando à preocupação com HIV. O sr. King fez uma pausa e esclareceu que evitava tocar praticamente qualquer coisa fora de sua casa. Estimulado a falar mais, afirmou que, mesmo quando apenas chegava perto de coisas consideradas como potencialmente contaminadas, ele precisava lavar as mãos

incessantemente com água sanitária. Em média, lavava as mãos até 30 vezes por dia e passava horas nessa rotina. O contato físico era particularmente difícil. Comprar comida e usar o transporte público era um grande problema, de modo que ele havia quase desistido do convívio social ou de estabelecer relacionamentos amorosos.

Quando perguntado se tinha outras preocupações, o sr. King disse que tinha imagens intrusivas de bater em alguém, temores de que poderia dizer coisas consideradas ofensivas ou imprecisas e preocupação em perturbar os vizinhos. Para neutralizar a ansiedade produzida por essas imagens e pensamentos, ele constantemente relembrava conversas anteriores em sua mente, mantinha diários para registrar o que havia dito e, frequentemente, se desculpava com medo de que tivesse soado ofensivo. Quando tomava banho, certificava-se de que a água na banheira chegassem somente até um determinado nível, com medo de que, se não prestasse atenção, inundaria os vizinhos.

Ele usava luvas no trabalho e seu desempenho era bom. Não tinha problemas médicos. Passava a maior parte do tempo livre em casa. Embora gostasse da companhia de outras pessoas, o medo de precisar tocar em algo se fosse convidado para uma refeição ou para visitar outra pessoa era demais para ele.

O exame revelou um homem vestido de forma casual que exalava um forte cheiro de água sanitária. Ele estava preocupado e constrito, mas cooperativo, coerente e orientado para objetivos. Negou alucinações e outras crenças fortes. Negou intenção atual de se machucar ou de machucar a outros. Sua cognição estava preservada. Reconheceu que seus medos e ânsias eram “meio loucos”, mas achava que não tinha controle sobre eles.

Diagnósticos

- Transtorno obsessivo-compulsivo com *insight* bom ou razoável.
- Transtorno depressivo maior.

Discussão

O sr. King apresenta sintomas depressivos proeminentes, bem como obsessões e compulsões. Relata disforia, anedonia, insônia, desesperança, anergia, dificuldade de concentração e pensamentos suicidas recentes. Esses sintomas persistiram muito mais tempo do que as duas semanas necessárias, afetaram sua qualidade de vida e não parecem ter sido precipitados pelo uso de substância ou por algum problema médico. Evidentemente, justifica-se o diagnóstico de depressão maior.

A avaliação para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) pode ser menos direta. O sr. King falou sobre suas obsessões e compulsões na primeira consulta, mas muitos pacientes não as revelam tão espontaneamente. Por esse motivo, a avaliação de um possível TOC exige perguntas específicas, feitas com tato, que podem permitir a indivíduos com níveis variados de *insight* falar sobre pensamentos, sentimentos e comportamentos que talvez sejam vistos como constrangedores e íntimos.

O DSM-5 define obsessões como tendo duas qualidades. Em primeiro lugar, elas são pensamentos, ânsias ou imagens recorrentes e persistentes, de natureza intrusiva

e indesejada, e geralmente induzem ansiedade ou sofrimento. Em segundo lugar, o indivíduo tenta ignorar, suprimir ou neutralizar esses sintomas por meio de outro pensamento ou ação (i.e., efetuando uma compulsão).

O sr. King relata obsessões múltiplas. Elas incluem obsessões relacionadas a contaminação (medo de contrair HIV), agressividade (imagens intrusivas de bater em alguém), escrupulosidade (medo de soar ofensivo ou impreciso) e simetria (exatidão no nível de água). As tentativas de ignorar ou suprimir pensamentos, ânsias ou imagens podem tomar a forma de esquiva e levar a uma incapacidade significativa. Certamente, esse é o caso do sr. King, que passa horas praticando suas rotinas de TOC e evita deixar seu apartamento, ter relacionamentos sociais e realizar atividades básicas.

O DSM-5 fez diversas pequenas alterações na descrição de obsessões. Por exemplo, o termo *ânsia* é usado em vez de *impulso* para evitar confusão com os transtornos do controle de impulsos. O DSM-5 também usa o termo *indesejado* em vez de *inadequado* para refletir a realidade de que pessoas com TOC veem seus sintomas em graus variados de egodistonia. Por fim, embora se indique que as obsessões *geralmente* causam ansiedade ou sofrimento, pesquisas revelam que nem todas resultam em ansiedade ou sofrimento significativos.

O sr. King também tem uma série de compulsões. Define-se compulsões como comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos) ou atos mentais (p. ex., contagens) que o indivíduo se sente impelido a realizar em reação a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas de forma inflexível. Esses comportamentos ou atos mentais precisam ser voltados para a redução do sofrimento ou para impedir algum evento temido, mas também podem estar desconectados do evento antecipado de forma excessiva ou realista. Ele relata múltiplas compulsões: lavar as mãos excessivamente, verificações

(manter diários), repetições (esclarecer o que disse repetidamente) e compulsões mentais (relembrar conversas anteriores em sua mente).

Conforme se pode observar em transtornos ao longo do DSM-5, exige que os sintomas causem sofrimento ou prejuízo. Normalmente, ele consome tempo (uma hora por dia é o parâmetro) e causa sofrimento e prejuízo em várias esferas da vida do paciente. Mesmo sendo capaz de trabalhar, a escolha da profissão do sr. King pode ter sido influenciada por seus sintomas de TOC (poucos trabalhos permitem usar luvas constantemente e o uso frequente de água sanitária). Os sintomas não apenas tomam tempo, ele também parece ser um homem solitário e isolado cuja vida foi significativamente devastada pelo TOC.

É importante investigar se os sintomas de TOC podem ser atribuíveis a alguma substância, medicamento, condição médica ou condição psiquiátrica comórbida. Segundo a história, o sr. King não está sendo medicado, não abusa de substâncias, não apresenta doença clínica e não tem nenhuma queixa física, o que torna essas possíveis causas improváveis.

Pensamentos recorrentes e comportamento repetitivo podem ser encontrados em uma variedade de outros diagnósticos psiquiátricos. Para descartar esses outros diagnósticos, o clínico deveria fazer uma série de perguntas bastante específicas ao paciente. Por exemplo, pensamentos recorrentes, comportamentos evitativos e pedidos repetitivos para obter tranquilização também podem ocorrer em transtornos de ansiedade (p. ex., transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social). As obsessões do TOC também devem ser distinguidas da ruminação do transtorno depressivo maior, na qual os pensamentos geralmente são congruentes com o humor e não são vivenciados ne-

cessariamente como intrusivos ou angustiantes. Quando se identifica o TOC, é útil investigar especificamente a possibilidade de transtornos relacionados a ele (p. ex., transtorno dismórfico corporal, transtorno de acumulação), os quais podem ter uma apresentação semelhante e também podem ser comórbidos.

Na tentativa de subcategorizar os sintomas de TOC, o DSM-5 lista dois especificadores. O primeiro identifica os pacientes com TOC que também têm uma história anterior ou atual de transtorno de tique; dados sugerem que pacientes com TOC e história de transtornos de tique podem ter um curso clínico diferente dos pacientes com TOC sem história de tiques.

O segundo especificador do DSM-5 está relacionado ao *insight*, que varia significativamente de um indivíduo com TOC para o outro. Os três especificadores de *insight* são bom ou razoável, pobre e ausente. O sr. King parece compreender que suas crenças obsessivas não refletem a realidade e, portanto, se encaixaria na categoria com maior *insight*. Aqueles que estão completamente convencidos da validade de suas crenças em relação ao TOC seriam identificados, anteriormente, como delirantes, mas o DSM-5 os integra no diagnóstico de TOC com o especificador de “*insight ausente/crenças delirantes*”.

Leituras Recomendadas

Hollander E, Zohar J, Sirovatka, Regier DA (eds): Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2011

Leckman JF, Denys D, Simpson HB, et al: Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtype and dimensional specifiers for DSM-5. Depress Anxiety 27(6):507–527, 2010

CASO 6.2

Germes

Dan J. Stein

Helen Blair Simpson

Katharine A. Phillips

Trevor Lewis, um homem solteiro de 32 anos que mora com os pais, foi levado a uma consulta psiquiátrica por sua mãe. Ela indicou que, desde a adolescência, ele tinha preocupação com germes, o que levou, há muito tempo, a rituais de lavar as mãos e de banhos. Durante os seis meses anteriores, seus sintomas se agravaram acentuadamente. Ele começou a se preocupar em se infectar com HIV e passava os dias limpando não apenas o corpo como também todas as roupas e lençóis. Começou a insistir que a família também lavasse as roupas e os lençóis regularmente, o que culminou com essa consulta.

No passado, o sr. Lewis havia sido tratado com um inibidor seletivo da recaptação de serotonina e terapia cognitivo-comportamental para seus sintomas, o que surtiu um efeito positivo e permitiu que ele conseguisse se formar no ensino médio. Ainda assim, os sintomas impediram que ele se formasse na faculdade e que trabalhasse fora de casa; há muito tempo achava que sua casa era relativamente livre de germes em comparação com o mundo exterior. Contudo, ao longo dos últimos seis meses, passou a considerar, cada vez mais, que a casa também estava contaminada, inclusive com HIV.

No momento da apresentação, o sr. Lewis não apresentava nenhum outro sintoma obsessivo-compulsivo ou de transtornos relacionados, como obsessões se-

xuais, religiosas ou de outra natureza; ou preocupações com a aparência ou com aquisições; ou comportamentos repetitivos com enfoque corporal. No entanto, no passado, havia vivenciado obsessões relativas a danos para si e para terceiros, juntamente com compulsões de verificação (p. ex., verificar se o fogão estava desligado). Tinha uma história de tiques motores relativa à infância. Durante o ensino médio, descobriu que a maconha reduzia sua ansiedade. Devido a seu isolamento social, negou ter acesso a maconha ou a outro tipo de substância psicoativa nos últimos dez anos.

Durante o exame de estado mental, a aparência do sr. Lewis era desgrenhada e descuidada. Ele estava totalmente convencido de que a casa estava contaminada com HIV e que seus banhos e limpezas eram necessários para evitar a infecção. Ao ser contestado com a informação de que o HIV se espalha apenas por meio de fluidos corporais, respondeu que o HIV pode ter entrado na casa por meio do suor ou da saliva de visitantes. De qualquer modo, segundo ele, o vírus poderia ter sobrevivido nas roupas ou lençóis e poderia entrar em seu corpo por meio da boca, olhos ou outros orifícios. Acrescentou que seus pais haviam tentado convencê-lo que se preocupava demais, mas ele não apenas não acreditava neles como também suas preocupações continuavam a retornar mesmo quando

tentava pensar em outra coisa. Não havia evidências de alucinações ou de transtorno do pensamento formal. Negou intenção de ferir ou de matar a si mesmo ou a outros. Sua cognição estava preservada.

Diagnóstico

- Transtorno obsessivo-compulsivo relacionado a tique e com *insight* ausente.

Discussão

O sr. Lewis está totalmente convencido de que sua casa está contaminada por HIV. Ele é incapaz de suprimir esses pensamentos intrusivos e preocupantes. Sente-se obrigado a desempenhar comportamentos desmedidos em resposta a suas preocupações excessivas. Esses comportamentos consomem grande parte do seu dia e são social e profissionalmente debilitantes. Ele satisfaz os critérios sintomáticos para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) do DSM-5. As preocupações acerca de contaminação e asseio com rituais subsequentes de lavagem e limpeza são uma dimensão comum de sintomas no TOC.

O DSM-5 também lista dois especificadores para TOC. O novo especificador de TOC relacionado a tique baseia-se na crescente literatura que indica que indivíduos com esse transtorno e tiques atuais ou passados têm características que os distinguem, de modo que a presença ou a ausência de tiques ajuda a orientar a avaliação e a intervenção. O sr. Lewis apresenta história de tiques motores na infância. O DSM-5 também recomenda uma avaliação do *insight*, especificando se o indivíduo com TOC tem *insight* bom ou razoável, *insight* pobre ou *insight* ausente/crenças delirantes. O especificador “*insight* ausente/crenças delirantes” é fornecido não apenas para TOC, mas também para transtorno dismórfico corporal e transtorno de acumulação, assim, essa parece ser uma característica de distinção válida e clinicamente útil.

Pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos são encontrados em outros transtornos psiquiátricos. Pacientes com transtorno de ansiedade de doença (TAD) do DSM-5 ficam preocupados em ter ou adquirir uma doença grave e podem desempenhar comportamentos relacionados excessivos, tais como buscar tranquilização. O sr. Lewis está preocupado em contrair HIV, o que pode suscitar a consideração de que ele apresenta TAD. Suas compulsões de limpeza e verificação, no entanto, são mais características de TOC e ele não apresenta os sintomas somáticos, outras preocupações relacionadas à saúde ou a verificação do corpo para sinais de doença, os quais normalmente são encontrados no TAD. De modo semelhante, embora pacientes com transtorno de ansiedade generalizada possam ter preocupações com a própria saúde ou com a saúde de terceiros, eles também têm outros tipos de preocupações e não apresentam compulsões.

Pacientes com transtorno delirante não têm as obsessões, compulsões, preocupações nem outros sintomas característicos do transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. Em contrapartida, pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados com *insight* ausente/crenças delirantes podem parecer delirantes, mas não apresentam outras características de transtornos psicóticos, tais como alucinações ou transtorno do pensamento formal. Embora o uso de substância possa estar associado a sintomas psicóticos, no caso em questão não havia uma ligação temporal entre o uso de substância e o início dos sintomas. O sr. Lewis também não apresenta história sugestiva de um transtorno clínico relevante.

Seria útil obter um quadro mais detalhado da natureza e da gravidade dos sintomas de TOC do sr. Lewis, incluindo a esquiva e o comprometimento funcional. Observou-se que ele estava desgrenhado e descuidado, por exemplo, o que poderia parecer estranho para alguém com preocupações proeminentes sobre asseio. Uma

possível explicação para sua aparência seria a de que seus rituais de contaminação tomam tanto tempo que ele evita iniciá-los.

Embora o diagnóstico do sr. Lewis pareça evidente, pode ser útil fazer uso de uma das escalas de gravidade de sintomas desenvolvidos para o TOC, como a Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões, ou uma escala para medir *insight*/delírio, como a Escala de Avaliação de Crenças de Brown.

Leituras Recomendadas

du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein DJ: Comparison of obsessive-compulsive di-

sorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. Compr Psychiatry 42(4):291–300, 2001

Eisen JL, Phillips KA, Baer L, et al: The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. Am J Psychiatry 155(1):102–108, 1998
Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 46(11): 1006–1011 1989

Leckman JF, Denys D, Simpson HB, et al: Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. Depress Anxiety 27(6):507–527, 2010

CASO 6.3

Preocupações com a Aparência

Katharine A. Phillips

Vincent Mancini, um homem branco e solteiro de 26 anos, foi levado para uma avaliação ambulatorial por seus pais porque eles estavam angustiados com seus sintomas. Desde os 13 anos, ele sempre havia se preocupado com sua pele “cheia de cicatrizes”, seu cabelo “escasso”, suas orelhas “assimétricas” e sua constituição física “magricela” e “molecularmente inadequada”. Embora tivesse uma aparência normal, o sr. Mancini estava totalmente convencido de que era “feio e medonho” e acreditava que as outras pessoas falavam

dele e o ridicularizavam por causa de sua aparência.

Ele passava de 5 a 6 horas por dia verificando compulsivamente as áreas do corpo das quais não gostava na frente de espelhos e de outras superfícies refletoras, como janelas, arrumando excessivamente o cabelo para “criar uma ilusão de volume”, puxando as orelhas na tentativa de “deixá-las parelhas” e comparando sua aparência com a de outras pessoas. Ele beliscava a pele compulsivamente, às vezes usava aparelhos de barba, na tentativa de

"limpá-la". Levantava pesos todos os dias e regularmente vestia várias camadas de camisetas para parecer maior. Quase sempre usava um boné para esconder o cabelo. Havia recebido tratamento dermatológico devido às preocupações com a pele, mas achava que não surtira efeito.

O sr. Mancini perdeu vários meses de aula quando estava no ensino médio porque estava preocupado demais para fazer o dever de casa, se sentia obrigado a sair da sala de aula para se olhar no espelho e constrangido demais por ser visto pelos outros. Por esses motivos, não conseguiu frequentar a faculdade. Retraiu-se socialmente e não namorava "porque nenhuma garota iria querer namorar alguém tão feio como eu". Ele considerava suicidar-se frequentemente porque achava que não valia a pena viver "com essa aparência esquisita" e porque se sentia isolado e ignorado devido à sua "feiura". Seus pais manifestaram preocupação com os seus "arroubos violentos", que ocorriam quando ele se sentia particularmente zangado e angustiado com sua aparência ou quando tentavam afastá-lo do espelho.

O sr. Mancini relatou humor deprimido, anedonia, desvalia, má concentração e ideação suicida, atribuindo todos esses sintomas às suas preocupações com a aparência. Com o intuito de se automedicar para lidar com o sofrimento causado por sua aparência, consumia álcool e maconha. Usava proteína em pó para "criar músculos", mas negou o uso de esteroides anabolizantes ou outros fármacos de intensificação de desempenho e todas as substâncias de abuso. Sofrera de ansiedade angustiante e problemática em situações sociais no final da adolescência, o que ele atribuía ao fato de se sentir "burro", mas negou ansiedade social recente.

Ele não tinha história médica significativa e não estava tomando medicamentos. Sua mãe tinha transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

O sr. Mancini estava bem-vestido, bem-cuidado e usava um boné. Ele não apresentava nenhum defeito físico óbvio. Seu contato visual era escasso. Estava orienta-

do e sua cognição estava amplamente preservada. Seu afeto era irritável; seu humor, deprimido com ideação suicida passiva. Ele não tinha anormalidades psicomotoras; seu discurso estava normal. Estava totalmente convencido de que era feio, mas não tinha outros sintomas psicóticos. Acreditava que seus "defeitos" na aparência eram reais e não atribuíveis a um transtorno psiquiátrico.

Diagnóstico

- Transtorno dismórfico corporal com *insight* ausente/crenças delirantes e com dismorfia muscular.

Discussão

O sr. Mancini está preocupado com defeitos ou falhas que percebe em sua aparência que não são observáveis ou parecem discretos para terceiros. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo e comprometimento funcional. Conforme o DSM-5, ele tem transtorno dismórfico corporal (TDC).

O TDC é comum e afeta uma quantidade de ligeiramente maior de mulheres do que de homens. Cerca de dois terços dos casos têm início na infância ou adolescência. O transtorno pode envolver qualquer área do corpo (frequentemente o rosto ou a cabeça) e normalmente envolve múltiplas áreas. Em média, as preocupações ocorrem pelo período de 3 a 8 horas por dia. Ao longo do curso do transtorno, todos os indivíduos desempenham comportamentos repetitivos ou atos mentais (p. ex., comparações), com a finalidade de consertar, verificar, esconder ou obter tranquilização relativa a defeitos percebidos. Escoriar a pele, com a intenção de melhorar os defeitos percebidos nela, é um sintoma comum de TDC. Nesses casos, diagnostica-se TDC em vez de transtorno de escoriação (*skin-picking*).

As preocupações com a aparência geralmente causam um comprometimento funcional que costuma ser acentuado. Aproximadamente 80% dos pacientes com

TDC têm ideação suicida durante a vida, o que é frequentemente atribuído ao transtorno, e pelo menos 25% tentam cometer suicídio. Os dados disponíveis, embora limitados, sugerem um índice acentuadamente elevado de suicídio. Comportamento agressivo ou violento pode ocorrer como sintoma de TDC.

Os critérios diagnósticos desse transtorno incluem especificadores que indicam o grau de *insight* relativo às crenças de TDC: com *insight* bom ou razoável, com *insight* pobre e com *insight* ausente/crenças delirantes. O sr. Mancini apresenta *insight* ausente/crenças delirantes porque está totalmente convencido de que é feio. O *insight* pobre é comum, e cerca de um terço dos indivíduos diagnosticados com TDC têm crenças delirantes. Aqueles com tais crenças devem ser diagnosticados com TDC em vez de transtorno psicótico. O sr. Mancini tem ideias específicas do TDC e delírios de referência, os quais ocorrem na maioria dos indivíduos com o transtorno. Outros sintomas psicóticos não são típicos de TDC.

Os critérios diagnósticos também incluem um especificador para dismorfia muscular que consiste na preocupação com a ideia de que a constituição física é pequena demais, ou que não tem músculos suficientes. Esse especificador é usado mesmo se o indivíduo estiver preocupado com outras áreas do corpo. Portanto, o diagnóstico do sr. Mancini inclui esse especificador. A dismorfia muscular é considerada uma forma de TDC em vez de um transtorno alimentar, porque satisfaz os critérios diagnósticos para TDC e nem todos os indivíduos com dismorfia muscular apresentam comportamento alimentar anormal.

O TDC compartilha preocupações, obsessões e comportamentos repetitivos com o TOC, mas envolve especificamente falhas percebidas na aparência. A preocupação com simetria, que pode ser um sintoma de TOC, deve ser considerada um sintoma de TDC quando envolve a aparência física, como no caso do sr. Mancini. O TDC e o TOC parecem estar relacionados – além disso, a mãe

do sr. Mancini tem TOC –, mas há diferenças entre os dois. Entre essas diferenças estão o *insight* pior e maior risco suicida no TDC, além de, possivelmente, maior comorbidade de TDC com transtorno depressivo maior e transtornos relacionados a substâncias.

O transtorno depressivo maior é o transtorno comórbido mais habitual, cujo desenvolvimento frequentemente é secundário ao sofrimento e ao prejuízo causados pelo TDC. O TDC também deve ser diagnosticado em indivíduos deprimidos se os critérios diagnósticos para TDC forem satisfeitos.

Quando a ansiedade social e a esquiva são atribuíveis à preocupação com os defeitos percebidos na aparência, o TDC deve ser diagnosticado em vez de transtorno de ansiedade social (fobia social). A ansiedade social e a esquiva são quase universais no TDC e são decorrentes das crenças ou temores desses indivíduos de que irão ser considerados feios, ridicularizados ou rejeitados por causa de suas características físicas. Contudo, um transtorno de ansiedade social comórbido realmente ocorre em mais de um terço dos indivíduos com TDC. O sr. Mancini foi diagnosticado com transtorno de ansiedade social no passado porque apresentou ansiedade social no ensino médio que não foi atribuída às suas preocupações com a aparência. Uma história mais completa também poderia indicar um transtorno de ansiedade social atual.

Transtornos de uso de substância ocorrem em uma proporção significativa de indivíduos com TDC, frequentemente como resultado do sofrimento causado pelo transtorno. O sr. Mancini admitiu o uso tanto de maconha como de álcool, embora não esteja evidente se esse uso alcançou os critérios para transtorno por uso de substância. Aproximadamente 20% das pessoas com dismorfia muscular abusam de esteroides anabólicos androgênicos, os quais podem ter efeitos físicos e psicológicos perigosos. O sr. Mancini negou abuso, mas seus “arroubos violentos” poderiam refletir algum uso de esteroide que ele recusou a mencionar durante sua avaliação inicial.

Leituras Recomendadas

Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, et al: Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety* 27(6):528–555, 2010

Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, et al: Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety* 27(6):573–591, 2010

CASO 6.4

Depressão e Ansiedade

David Mataix-Cols

Lorena Fernández de la Cruz

Wendy Nichols era uma mulher branca de 47 anos, solteira, encaminhada para uma equipe de saúde mental comunitária para o manejo de uma apresentação mista de humor deprimido e ansiedade generalizada. Ela nunca havia tomado medicamentos psiquiátricos, mas havia completado um curso de terapia cognitivo-comportamental devido a um episódio depressivo cinco anos antes.

A história médica da sra. Nichols não tinha nada fora do comum. Ela morava sozinha em um apartamento de dois quartos, sem família nem amigos nas proximidades. Tinha diploma universitário e trabalhava durante meio expediente como auxiliar de vendas em uma loja de miudezas de caridade. Afirmou que havia tido namorados na faculdade, mas que, nos últimos anos, “andava ocupada demais”.

Durante o exame inicial, tinha a aparência de uma mulher bem-vestida, expressiva, coerente e cooperativa. Ela estava claramente deprimida. Queixou-se de má concentração e dificuldade em se organizar. Negou uso inadequado de substâncias.

O clínico percebeu que a bolsa da sra. Nichols estava cheia de contas e de outros documentos. Ao ser indagada a respeito, ela inicialmente deu de ombros, afirmando que “carregava o escritório com ela”. Quando o entrevistador insistiu, veio à tona que a sra. Nichols havia tido dificuldades em descartar documentos de negócios, jornais e revistas desde que podia se lembrar. Achava que tudo havia começado quando a mãe se livrou de todos os brinquedos velhos quando ela tinha 12 anos. Agora, muitos anos depois, o apartamento da sra. Nichols estava repleto de livros, objetos de escritório, tra-

balhos manuais, embalagens plásticas, caixas de papelão e todo o tipo de coisas. Disse que sabia que era um pouco incomum, mas esses itens poderiam ser úteis algum dia. Afirmou: "quem guarda, tem". Ela também relatou que muitas de suas possessões eram lindas, singulares e insubstituíveis ou tinham um forte valor sentimental. A ideia de descartar qualquer um desses pertences lhe causava muito sofrimento.

Ao longo de uma série de entrevistas, o clínico desenvolveu uma compreensão melhor da dimensão do problema. Os cômodos do apartamento da sra. Nichols haviam começado a se encher depois que ela completara 30 anos de idade e, no momento da entrevista, ela tinha pouco espaço para viver. Sua cozinha estava quase totalmente tomada, de modo que ela usava um frigobar e um forno elétrico espremido entre as pilhas de papel acumuladas no corredor. Fazia suas refeições na única cadeira desocupada. À noite, movia uma pilha de papéis de cima da cama para a cadeira livre para que pudesse dormir. A sra. Nichols continuava a comprar da loja de miudezas de caridade onde trabalhava e também pegava jornais diários gratuitos que ela planejava ler no futuro.

Constrangida pela condição em que seu apartamento se encontrava, não contara a ninguém sobre seu comportamento e não convidara ninguém para visitá-la nos últimos 15 anos. Ela também evitava ocasiões sociais e encontros amorosos porque – apesar de ser naturalmente sociável e bastante solitária – sabia que não conseguia retribuir com convites para que a visitassesem em casa. Estava surpresa de ter contado isso ao clínico, porque não havia contado nem à própria mãe, mas gostaria de receber ajuda. Recusou a oferta do clínico de fazer uma visita à sua casa, mas ofereceu algumas fotos da câmera do celular. As fotos mostravam móveis, papéis, caixas e roupas empilhadas do chão até o teto.

Além dos sentimentos de tristeza e solidão de longa data, bem como da ansiedade que sofria cada vez que tentava arrumar o apartamento ou sempre que alguém tentava fazer amizade, a sra. Nichols negou

outros sintomas psiquiátricos, incluindo delírios, alucinações, obsessões ou outro comportamento compulsivo.

Diagnósticos

- Transtorno de acumulação com aquisição excessiva e *insight* bom ou razoável.
- Transtorno depressivo não especificado.

Discussão

A sra. Nichols tem transtorno de acumulação (TA), um novo diagnóstico do DSM-5. Ela tem dificuldade em descartar possessões desde quando consegue se lembrar. Preocupada quanto ao uso futuro percebido nos itens e com apego sentimental, ela vivencia um sofrimento grave com a ideia de descartar qualquer uma de suas possessões. Essas dificuldades resultaram em um espaço habitável que mal pode ser utilizado. Além da perda de funcionalidade de seu apartamento, está angustiada com seu isolamento social. O relato de caso não fornece evidências de que uma condição médica ou psiquiátrica é responsável pelo comportamento de acumulação.

É útil reconhecer que itens valiosos costumam estar misturados com itens inúteis ou sem valor, de forma que joias ou documentos legais podem estar espremidos entre jornais amarelados. Conhecer esse tipo de detalhe ajuda o clínico a fazer as perguntas certas, o que é particularmente útil quando se tenta obter a história de um paciente que provavelmente tem vergonha de seu comportamento. A documentação do TA também pode ser útil, seja por meio de fotografias ou de uma visita ao local.

O DSM-5 lista dois especificadores para TA. O especificador "excesso de aquisições" se refere à obtenção excessiva de itens, sejam eles gratuitos, comprados ou roubados, quando esses itens evidentemente não são necessários ou não há espaço para eles. Como muitas pessoas com TA não têm *insight* sobre suas dificuldades, o diagnóstico inclui um especificador para o

nível de *insight*. A sra. Nichols indica que suas aquisições e a acumulação são razoáveis (os itens podem vir a ser úteis ou têm valor monetário ou sentimental). Ela nunca contou para sua família, muito menos recebeu tratamento anterior. A sra. Nichols comprehende que tem um problema e afirma que quer ajuda, portanto, pode-se dizer que ela tem um *insight* bom ou razoável.

É importante investigar se a acumulação de objetos pode ser considerada como uma consequência direta de outro transtorno do DSM-5. Em caso positivo, não se diagnostica TA. Por exemplo, a acumulação excessiva de possessões foi descrita no transtorno obsessivo-compulsivo e em uma série de transtornos do neurodesenvolvimento (p. ex., transtorno do espectro autista), transtornos neurocognitivos (p. ex., demência frontotemporal) e transtornos psicóticos (p. ex., esquizofrenia). Nenhum desses outros diagnósticos parece se encaixar no caso da sra. Nichols.

A redução de energia no transtorno depressivo maior pode levar a uma acu-

mulação desordenada e a sra. Nichols realmente parece ter depressão. Não apenas o relato de caso não fornece detalhes suficientes para esclarecer o diagnóstico de depressão (por conseguinte, o diagnóstico do DSM-5 de transtorno depressivo não especificado), mas também as dificuldades quase vitalícias relativas à acumulação parecem ter antecedido seus sintomas de humor. Consequentemente, o TA deve ser diagnosticado juntamente com o transtorno depressivo da sra. Nichols.

Leituras Recomendadas

- Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, et al: Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety* 27(6):556–572, 2010
Mataix-Cols D, Billotti D, Fernández de la Cruz L, Nordsletten AE: The London field trial for hoarding disorder. *Psychol Med* 43(4):837–847, 2013
Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, et al: Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clin Psychol Rev* 30(4):371–386, 2010

CASO 6.5

Arrancar o Cabelo

Dan J. Stein

Zoe Oliver era uma mulher de 22 anos que se apresentou a seu clínico geral depois de ler um artigo de revista sobre tricotilomania (transtorno de arrancar o ca-

belo). Ela nunca havia contado a ninguém (além de sua mãe) sobre seu hábito de arrancar o cabelo, mas a revista indicava que era uma ocorrência razoavelmente comum

e tratável. Estava pessimista quanto aos resultados, mas ela e a mãe haviam concordado que devia buscar ajuda.

O hábito de arrancar cabelos da sra. Oliver ocorria com maior frequência, como um ritual, quando ela voltava do trabalho para casa. Procurava cabelos com uma textura específica na coroa da cabeça (embora também arrancasse pelos das sobrancelhas, dos cílios e da região pélvica). Sentia um alívio imenso se o cabelo saísse com a raiz. Ela, então, normalmente mordia a raiz do cabelo e engolia o resto. Nunca apresentou sintomas gastrintestinais após engolir cabelo. Ela afirmou que o hábito havia começado aos 12 anos e que nunca conhecera ninguém com comportamento semelhante.

A sra. Oliver fez um grande esforço para cessar o comportamento e, às vezes, conseguia interrompê-lo durante vários meses. Quando o hábito retornava, ela novamente se sentia envergonhada e com raiva de si mesma. Lenços e chapéus cobriam a área calva, mas ela normalmente se afastava da companhia de amigos e namorados para evitar ser pega.

Mesmo quando o comportamento a desanimava, a sra. Oliver não apresentava sintomas vegetativos de depressão. Além do medo de ser descoberta, não tinha ansiedade proeminente. Negou obsessões, compulsões, acúmulo, tiques e preocupações com defeitos do corpo ou em relação a ter uma doença. Nem a sra. Oliver nem seus parentes próximos tinham história de outros comportamentos repetitivos com o corpo como objeto, do tipo morder os lábios ou a bochecha.

Quando perguntada sobre o que fazia se não conseguisse encontrar o tipo “certo” de cabelo para arrancar, admitiu que então passava a escoriar a pele ou arrancar feridas. Quando a casca da ferida saía da forma certa ela sentia um alívio semelhante ao que vivenciava quando arrancava o fio de cabelo. Às vezes, também mastigava e engolia as cascas de ferida. A sra. Oliver frequentemente arrancava as feridas nas costas para que as lesões não fossem

facilmente visíveis para os outros. Ainda assim, as cicatrizes resultantes a levavam a evitar situações como ir à praia ou a encontros e outras situações onde seu comportamento pudesse ser exposto.

Diagnósticos

- Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo).
- Transtorno de escoriação (*skin-picking*).

Discussão

A sra. Oliver provavelmente satisfaz os critérios diagnósticos do DSM-5 tanto para tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) como para transtorno de escoriação (*skin-picking*). Os dois transtornos frequentemente são comórbidos e apresentam critérios bastante semelhantes. A sra. Oliver arranca seus fios de cabelo, escoria a pele e arranca feridas, seus esforços para cessar esse hábito foram malsucedidos e tanto o arrancar de cabelos quanto a escoriação da pele causam disfunção psicossocial significativa. O relato de caso não indica que uma condição comórbida possa estar desencadeando um ou outro comportamento. Esses diagnósticos frequentemente passam despercebidos – tanto porque os pacientes sentem vergonha quanto porque os clínicos não identificam as pistas possíveis –, mas uma vez que os sintomas vêm à tona, os diagnósticos geralmente ficam bem definidos.

Embora as duas condições pareçam ter grande impacto sobre a vida da sra. Oliver, ela, aparentemente, encara sua tricotilomania como uma questão mais global. O DSM-5 inclui a expressão *transtorno de arrancar o cabelo* como um nome alternativo para *tricotilomania*, da mesma forma que *transtorno de skin-picking* é um sinônimo para *transtorno de escoriação*. Escoriação, contudo, descreve um comportamento, enquanto o termo *tricotilomania* sugere que arrancar os cabelos é um tipo de mania, o

que pode gerar uma ideia errada. Assim, muitas pessoas preferem utilizar o termo *transtorno de arrancar o cabelo*.

A sra. Oliver parece sentir tensão antes de arrancar o fio de cabelo e de escoriar a pele, bem como alívio ou gratificação após o ato. Nem todos os indivíduos com tricotilomania vivenciam esse padrão de sintomas. Em contraposição aos sistemas de classificação anteriores, incluindo o DSM-IV, que categorizavam tricotilomania como um transtorno do controle de impulsos, o DSM-5 se concentra no histórico de tentativas para reduzir o hábito.

Quando a prática leva a uma perda capilar visível, os indivíduos frequentemente disfarçam as áreas calvas por meio de maquiagem, lenços, chapéus ou perucas; portanto, o DSM-5 não exige que a perda de cabelo seja perceptível. Sofrimento ou prejuízo são enfatizados em todo o DSM-5 e a sra. Oliver realmente sente vergonha e seu funcionamento está reduzido. Ela também relata engolir o cabelo (tricofagia), o que pode levar a um tricobezoar e a sequelas gastrintestinais, mas ela parece não ter passado por complicações físicas.

A sra. Oliver procura um tipo específico de cabelo para arrancar (bem como de ferida) e está completamente consciente quando o pelo (ou a ferida) é encontrado, arrancado e ingerido. Outros indivíduos arrancam os cabelos e escoriam a pele de forma mais automática. Muitas pessoas com tricotilomania e transtorno de escoriação têm uma história pessoal ou familiar de transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. Outros, como a sra. Oliver, não têm essa história. Embora a tricotilomania e o transtorno de escoriação pareçam realmente se encaixar dentro do espectro obsessivo-compulsivo, há muitas diferenças clínicas entre esses dois transtornos e o transtorno obsessivo-compulsivo.

Várias condições médicas psiquiátricas e não psiquiátricas podem levar ao hábito de arrancar o cabelo e escoriar a pele. Se elas forem identificadas, então se tornam o diagnóstico principal em vez de tricoti-

lomania ou transtorno de escoriação. Por exemplo, se as questões acerca do cabelo e da pele estiverem relacionadas à preocupação com a aparência, então é mais provável que o paciente tenha transtorno dismórfico corporal. A perda de cabelo é encontrada em condições médicas que vão desde lúpus até alopecia; se um paciente apresenta perda de cabelo evidente e nega o hábito de arrancar o cabelo, um exame médico pode detectar uma doença sistêmica. A parasitose delirante e as alucinações tátteis podem levar ao hábito de escoriar a pele, assim como a intoxicação por cocaína e a escabiose, mas esses quadros não se encaixam na situação da sra. Oliver. Por fim, o comportamento dessa paciente não parece refletir comportamento autolesivo não suicida, o que também pode levar a lesões na pele.

Seria útil uma compreensão mais aprofundada dos sintomas de arrancar o cabelo e escoriar a pele da sra. Oliver. Entrevistas estruturadas podem ajudar a ter certeza de que as prováveis comorbidades sejam tratadas, e uma aferição de gravidade pode auxiliar na avaliação desses transtornos. Esses instrumentos podem ajudar o clínico a ter uma visão mais clara tanto do prognóstico quanto do tratamento. Também seria útil ir além do relato inicial – de que a sra. Oliver se dedica a esses comportamentos após o trabalho para se sentir melhor – e compreender os sinais e os estressores relevantes, bem como desenvolver uma compreensão mais aprofundada dos benefícios e das desvantagens desses comportamentos.

Leituras Recomendadas

- du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein DJ: Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Compr Psychiatry* 42(4):291–300, 2001
Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, et al: Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 169(11):1143–1149, 2012

Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, et al: Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety* 27(6):528–555, 2010

Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, et al: Trichotillomania (hair pulling disorder), skin pi-

cking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety* 27(6):611–626, 2010

Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, et al: What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* 40(11):1759–1765, 2010

CAPÍTULO 7

Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

O capítulo sobre transtornos relacionados a trauma e a estressores é novo no DSM-5. Os transtornos que figuram neste capítulo são únicos nessa edição do manual pelo fato de exigirem a identificação de um evento externo desencadeador.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno de estresse agudo (TEA) foram deslocados do capítulo sobre transtornos de ansiedade. Ambos se caracterizam por sintomas heterogêneos, não apenas ansiedade, e uma consequência dessa mudança na classificação é enfatizar a importância de avaliar a amplitude de reações a um trauma ou estressor externo. Ao mesmo tempo, os dois transtornos costumam apresentar ansiedade proeminente, e uma conceitualização alternativa

de ambos, TEPT e TEA, seria a de que eles existem em um espectro de transtornos de ansiedade, juntamente, por exemplo, do transtorno obsessivo-compulsivo, o qual também foi retirado do capítulo sobre transtornos de ansiedade e transferido para seu próprio capítulo no DSM-5.

Um diagnóstico de TEPT requer a presença de sintomas de cada um destes quatro grupos: sintomas de intrusão (anteriormente conhecidos como revivência); sintomas evitativos; alterações negativas na cognição e humor; e sintomas de excitabilidade. O DSM-5 reconhece de forma mais explícita a heterogeneidade da resposta aguda pós-trauma ao eliminar a exigência de que indivíduos com TEA apresentem sintomas de vários grupos

de sintomas. Em vez disso, é necessário apresentar um mínimo de nove dos 14 sintomas. Na prática, isso significa que um indivíduo com TEA poderia ter todos os quatro sintomas de intrusão, enquanto outro poderia não ter sintoma algum.

O TEPT e o TEA são descritos mais claramente pela duração, sendo que o TEPT persiste durante o período mínimo de um mês depois do evento externo e o TEA não dura mais do que um mês. Para ambos, o critério de estressor inicial agora especifica se o trauma foi vivenciado, testemunhado ou vivenciado indiretamente. Ao contrário do DSM-IV, o DSM-5 não exige uma avaliação da resposta subjetiva inicial do paciente para nenhum desses transtornos. Por fim, os limiares diagnósticos para TEPT foram reduzidos para crianças e adolescentes e um subtipo pré-escolar foi acrescentado.

Dois dos transtornos do capítulo – transtorno de apego reativo (TAR) e transtorno de interação social desinibida (TISD) – são encontrados inicialmente na infância, embora ambos possam ter consequências para toda a vida. Crianças com TAR reagiram à ausência dos cuidados esperados por meio de um conjunto de sintomas de retraiamento e inibição, enquanto aquelas com TISD apresentam sintomas descritos como indiscriminadamente sociais e desinibidos.

O transtorno de adaptação, anteriormente, funcionava como uma categoria residual para pessoas que estavam perturbadas, mas não satisfaziam os critérios para um transtorno mais bem-definido. Os transtornos de adaptação foram remodela-

dos no DSM-5 como uma gama de síndromes de resposta ao estresse que ocorrem após a exposição a um evento perturbador. Assim como no DSM-IV, os transtornos de adaptação devem incluir um especificador que identifica a perturbação predominante (p. ex., humor deprimido, ansiedade, perturbação da conduta ou uma combinação desses sintomas).

Os transtornos relacionados a trauma e a estressores podem ser úteis em agrupar sintomas aparentemente não relacionados. Por exemplo, um adulto pode se apresentar com queixas relacionadas a ansiedade, depressão, paranoia, isolamento social e uso de substância. Sem uma história criteriosa que busque trauma, o resultado final pode ser de vários diagnósticos em vez de um único relacionado a trauma e a estressores que sintetiza um conjunto de problemas discrepantes. Ao mesmo tempo, comorbidades são comuns e, caso encontradas, devem ser identificadas juntamente com o transtorno relacionado a um trauma ou estresse.

Leituras Recomendadas

Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, et al (eds): Stress-Induced and Fear Circuitry Disorder: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2009

Shaw JA, Espinel Z, Shultz JM: Care of Children Exposed to the Traumatic Effects of Disaster. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012

CASO 7.1

Comportamentos Perigosos

Daniel S. Schechter

Adriana era uma menina de 4 anos e meio, encaminhada para uma clínica de saúde mental para a primeira infância para avaliação de “comportamentos perigosos”. Os pais estavam preocupados porque Adriana não tinha muitos limites, era impulsiva e não hesitava em confiar em estranhos.

Adriana havia sido adotada em um orfanato do Leste Europeu aos 29 meses de idade. Na época da adoção, os registros médicos de Adriana foram analisados por um pediatra local, que não encontrou problemas além dos parâmetros de crescimento estarem abaixo do percentil 5. Quando os pais adotivos a conheceram no orfanato, Adriana se aproximou dos dois sem demonstrar timidez, interagindo bem com eles. Os pais ficaram confiantes devido à disposição alegre e aos abraços espontâneos e afetuosos da menina.

Pouco tempo após a adoção, Adriana começou a buscar sua mãe para consolá-la sempre que se machucava ou quando estava aflita. Na maioria das outras vezes, entretanto, ela não fazia distinção entre estranhos e sua família. No mercado, abraçava quem quer que estivesse esperando na fila perto dela. Quando estava em um grupo ou em família, frequentemente tentava se sentar no colo de pessoas que mal conhecia. Uma vez, em um *shopping center*, tentou ir embora com outra família. Seus pais estavam preocupados de que esse comportamento pudesse colocá-la em risco de ser sequestrada ou de sofrer abuso.

Em comparação com outras crianças da mesma idade, Adriana tinha dificuldade em esperar sua vez e se sentar na hora da atividade em grupo na escola. Interrumpia e invadia o espaço de brincadeira dos colegas e, às vezes, batia nos outros. Pequenos fatores desencadeadores a perturbavam durante um longo tempo. Tinha dificuldade em se acalmar sozinha, a não ser quando um professor ou um dos pais a segurava.

Adriana vivia com os pais adotivos e seu irmão de 12 anos, que era filho biológico de seus pais. A mãe ficou em casa durante o primeiro ano de Adriana nos Estados Unidos, mas ela passou a ir à creche no ano anterior. Sua mãe percebeu progresso no desenvolvimento da filha, embora a menina continuasse com atraso na linguagem, sendo que sua compreensão era melhor do que a linguagem produtiva. Era mais lenta que seus colegas para desenvolver habilidades de preparo para a escola, mas suas habilidades motoras finas e grossas estavam na média. Seu sono e seu apetite estavam normais. Ela ganhou peso, embora a circunferência craniana tenha continuado abaixo do percentil 5.

Durante o exame, sua aparência era a de uma menina bem-arrumada e agradável que parecia mais jovem que sua idade. Falou pouco, mas parecia prestar atenção ao entrevistador. Depois de alguns minutos, tentou subir no colo do entrevistador.

Diagnóstico

- Transtorno de interação social desinibida.

Discussão

Adriana é uma criança em idade pré-escolar que foi encaminhada para uma clínica de saúde mental devido a “comportamentos perigosos” relacionados principalmente ao excesso de familiaridade física com estranhos. Os pais receiam que esses comportamentos a deixem vulnerável a pessoas mal-intencionadas.

O relato de caso também indica que Adriana tem dificuldade em regular sua proximidade de outras pessoas, tanto em termos de distanciar-se demais da mãe como aproximar-se demais de estranhos. Mesmo entre seus pares, ela “invadia o espaço de brincadeiras dos colegas”. Os pais aparentemente ficaram tranquilos após o primeiro contato com Adriana, quando ela não demonstrou timidez e alegremente os abraçou de forma espontânea e afetuosa. Normalmente, crianças em desenvolvimento têm propensão a expressar apego seletivo aos 6 ou 7 meses e demonstram reserva manifesta na presença de estranhos aos 8 ou 9 meses de idade. O comportamento aparentemente deseável de Adriana aos 29 meses sugere que, na realidade, a psicopatologia relacionada ao apego já estava presente.

Ela provavelmente apresenta o diagnóstico do DSM-5 de transtorno de interação social desinibida (TISD). Especificamente, seus comportamentos sociais desinibidos não podem ser atribuídos a impulsividade geral e ela apresenta todos os quatro critérios sintomáticos essenciais (apenas dois são exigidos): reserva reduzida ou ausente na abordagem e interação com adultos desconhecidos; comportamento abertamente familiar; redução ou ausência de retorno a um cuidador adulto após distanciar-se; e disposição de acompanhar um adulto estranho com hesitação mínima ou ausente.

O TISD reflete uma mudança na nomenclatura diagnóstica. No DSM-IV, o diagnóstico de transtorno de apego reativo (TAR) na primeira infância era caracterizado por um padrão de comportamentos de apego acentuadamente perturbado ou inadequado do ponto de vista do desenvolvimento e evidente antes dos 5 anos. O TAR no DSM-IV era dividido em dois subtipos: inibido e indiscriminado. O conceito do subtipo indiscriminado de TAR foi reelaborado no DSM-5 como TISD, enquanto a forma inibida continua sendo chamada de transtorno de apego reativo. Uma mudança importante é o reconhecimento de que crianças com TISD demonstraram, assim como Adriana, buscar consolo e compartilhar afeto positivo com um cuidador específico. Essa última observação é discutida no DSM-5 (p. 269) como uma característica associada que corrobora o diagnóstico de TISD; a saber, o TISD pode estar presente mesmo em crianças que não exibem sinais de apego perturbado – por exemplo, aquelas que se aproximam de seu cuidador quando estressadas ou machucadas, como Adriana faz com sua mãe adotiva.

A adoção de Adriana ocorreu após a idade em que crianças normalmente desenvolvem apego seletivo, o que sugere que ela sofreu cuidados patogênicos durante um período sensível, se não crucial, do desenvolvimento social do cérebro. Por exemplo, uma proporção elevada de crianças por cuidador no orfanato pode ter limitado suas oportunidades de formar apegos seletivos. Pode-se supor que esse ambiente adverso inicial, provavelmente caracterizado por negligência, tenha interagido com uma vulnerabilidade biológica. O descontrole de Adriana de sua inibição em contextos sociais, por exemplo, pode indicar anormalidades no desenvolvimento dos córtices pré-frontal e cingulado e de circuitos relacionados do cérebro. Essas anormalidades podem estar associadas a fatores de risco como desnutrição pré-

-natal ou toxicidade e/ou prematuridade, bem como outros fatores de risco de natureza genética.

Adriana também tem propensão a ficar aflita facilmente e dificuldades em se acalmar. Essas dificuldades de regulação emocional também podem estar ligadas a um apego inicial perturbado e a cuidados patogênicos. Porém, sua capacidade de consolar a si mesma também pode ter sido afetada por seu retardo no desenvolvimento da linguagem expressiva, o que por si é uma característica associada que corrobora o diagnóstico de TISD conforme o DSM-5 (p. 269).

Outro fator ligado a primeiros cuidados patogênicos – até mesmo pré-natais – é a descrição dos parâmetros iniciais de crescimento de Adriana abaixo do percentil 5 com persistência de uma circunferência craniana pequena e a possibilidade de atrasos cognitivos leves afetarem a preparação para a escola. Embora registros adequados sejam improváveis no caso de Adriana, seria útil investigar o possível papel desempenhado por fatores como desnutrição, abuso de substância pela mãe biológica e síndrome alcoólica fetal. Também seria útil investigar possíveis comorbidades. Por exemplo, algumas crianças com TISD também apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). No entanto, vale relembrar que, embora tanto o TISD como o TDAH possam exibir impulsividade, o TISD é um transtorno específico do relacionamento.

O TISD transforma simpatia e sociabilidade em patologia? A resposta curta é não. Embora a maioria das crianças pequenas possa sorrir ou conversar com adultos que conhecem, ou mesmo com adultos desconhecidos tidos como “confiáveis” por seus cuidadores (i.e., que exigem referência social), é atípico no desenvolvimento de uma criança de 4 anos e meio abordar estranhos de modo afetuoso, tocá-los, conversar ou ir embora com eles, especialmente sem verificar seus cuidadores. Além disso, é mal-adaptativo e perigoso! O reconhecimento do TISD é um passo importante para fornecer o tipo de cuidado clínico que pode ajudar esse grupo vulnerável de pacientes cujas vidas já foram marcadas por desatenção e negligência.

Leituras Recomendadas

- Bowlby J: *Attachment and Loss*, 2nd Edition, Vol 1: *Attachment*. New York, Basic Books, 1999
- Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR: Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Dev Psychopathol* 21(1):157–171, 2009
- Gleason MM, Fox NA, Drury S, et al: Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(3):216–231, 2011
- Schechter DS, Willheim E: Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 18(3):665–686, 2009

CASO 7.2

Duas Reações ao Trauma

Matthew J. Friedman

Evento Traumático: Bethany Pinsky, 23 anos, havia ido ao cinema para a estreia de um filme de grande orçamento. Ao sentar-se na poltrona, enquanto esperava o filme começar, um jovem em uma máscara de esqui subitamente apareceu na frente da tela. Empunhando um fuzil, ele atirou diretamente na plateia. Ela viu várias pessoas levarem tiros, incluindo a mulher a seu lado. As pessoas começaram a gritar e houve uma debandada desordenada em direção à saída. Aterrorizada, ela conseguiu passar pela saída e escapou, sem ferimentos, até o estacionamento, onde viaturas da polícia começavam a chegar.

Charles Quigley, 25 anos, foi ao mesmo cinema no mesmo horário. Ele também temeu por sua vida. Escondido atrás de uma fila de assentos, conseguiu engatinhar até o corredor, de onde correu para a saída. Embora estivesse coberto de sangue, escapou sem ferimentos físicos.

Bethany e Charles, Dois Dias Depois: Tanto a sra. Pinsky quanto o sr. Quigley, dois dias depois, se sentiam “uma pilha de nervos”. Apesar de gratos por estarem vivos e incólumes, estavam extremamente ansiosos e agitados. Sobressaltavam-se com qualquer barulho. Assistiam à televisão constantemente para obter as últimas informações sobre o tiroteio, mas cada vez que exibiam cenas filmadas durante o evento, sentiam ataques de pânico, come-

çavam a suar, não conseguiam se acalmar e não paravam de pensar sobre o evento traumático. Eles não conseguiam dormir à noite por causa de pesadelos e, durante o dia, se viam tomados por memórias intrusivas e indesejadas de tiros, gritos e de seu próprio terror pessoal durante o evento.

Bethany, Duas Semanas Depois: A sra. Pinsky havia retomado a maioria de seus sentimentos, pensamentos e comportamentos pré-traumáticos no prazo de duas semanas. Embora lembranças traumáticas do tiroteio às vezes a levassem a uma reação breve de pânico ou fisiológica, elas não dominavam sua mente enquanto estava acordada. Não tinha mais pesadelos. Sabia que jamais esqueceria o que acontecera no cinema, mas, no geral, sua vida estava voltando ao normal e retomava o curso que estava seguindo antes da ocorrência do tiroteio.

Charles, Duas Semanas Depois: O sr. Quigley não havia se recuperado depois de duas semanas. Sentia-se emocionalmente tenso e não conseguia ter sentimentos agradáveis ou positivos. Sobressaltava-se com o mais leve ruído, não conseguia se concentrar no trabalho, e seu sono era intermitente e marcado por pesadelos traumáticos. Ele tentava evitar lembranças do tiroteio, mas não parava de evocar o som dos tiros, dos gritos e da sensação grudenta do sangue jorrando do peito do homem

a seu lado e sobre ele enquanto se escondia atrás dos assentos. Havia momentos em que se sentia desconectado de seus arredores e de si mesmo. Encarava sua vida como tendo mudado devido a essa experiência traumática.

Diagnósticos

- Sra. Pinsky: sem diagnóstico, reação normal de estresse.
- Sr. Quigley: transtorno de estresse agudo.

Discussão

Durante a consequência aguda de um evento traumático, quase todo mundo fica perturbado. A postura profissional adequada nesse primeiro estágio é a de que essas são reações transitórias que normalmente se resolvem no prazo de dois ou três dias e das quais pode-se esperar uma recuperação normal. A reação da sra. Pinsky depois do tiroteio se encaixa na ampla gama de reações denominadas *reações normais de estresse* no DSM-5. Trata-se de uma resposta normal ao estresse traumático e não um transtorno psiquiátrico.

Muitas apresentações sintomáticas diferentes podem ocorrer nas reações normais de estresse, mas elas geralmente incluem uma combinação dos seguintes itens:

- a. *Reações emocionais*, como choque, medo, luto, raiva, ressentimento, culpa, vergonha, impotência, desesperança e embotamento;
- b. *Reações cognitivas*, como confusão, desorientação, dissociação, indecisão, dificuldade de concentração, perda de memória, autorrepreensão e memórias indesejadas;
- c. *Reações físicas*, como tensão, fadiga, insônia, reações de sobressalto, pulso acelerado, náusea e perda de apetite;
- d. *Reações interpessoais*, como desconfiança, irritabilidade, retraimento/isola-

mento, sentimento de rejeição/abandono e distanciamento.

Uma minoria significativa de indivíduos desenvolve transtorno de estresse agudo (TEA), o qual envolve sintomas mais intensos durante o mês seguinte ao evento traumático. Para satisfazer os critérios do DSM-5 para TEA após um trauma, o indivíduo deve exibir no mínimo nove dos 14 sintomas possíveis, distribuídos em cinco categorias:

- a. *Sintomas de intrusão*, como memórias perturbadoras intrusivas, sonhos traumáticos recorrentes, reexperiência dissociativa (p. ex., *flashbacks*) do evento traumático e sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica a lembranças traumáticas;
- b. *Humor negativo*, como incapacidade de vivenciar emoções positivas;
- c. *Sintomas dissociativos*, como amnésia e desrealização ou despersonalização;
- d. *Sintomas evitativos*, como evitar evocações internas, como pensamentos ou sentimentos relacionados ao trauma, e esquiva de evocações externas, como pessoas, lugares ou situações;
- e. *Sintomas de excitabilidade*, como insônia, irritabilidade, hipervigilância, problemas de concentração ou reações de sobressalto exageradas.

Dependendo de quais categorias de sintomas forem mais proeminentes, pacientes com TEA podem parecer bastante diferentes uns dos outros. Por exemplo, uma pessoa com o transtorno pode apresentar todos os sintomas de intrusão, enquanto outra pode não apresentar sintomas dessa categoria.

Distingue-se o TEA de outros diagnósticos psiquiátricos com base em uma história detalhada. Por exemplo, diagnostica-se TEA durante o primeiro mês após um trauma, enquanto o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) só pode ser

diagnosticado após esse primeiro mês. Transtornos de adaptação também são diagnosticados no primeiro mês após um trauma, mas ao contrário dos pacientes com TEA, aqueles com transtorno de adaptação não apresentam nove dos 14 sintomas possíveis de TEA.

Quando os sintomas são avaliados individualmente, a variedade de sintomas pode levar o clínico a uma interpretação equivocada. Por exemplo: pânico, ansiedade, depressão, dissociação e pensamentos intrusivos e obsessivos são comuns no TEA e podem levar a se considerar um amplo espectro de transtornos. Uma lesão encefálica traumática com frequência acompanha e complica o diagnóstico tanto de TEA

quanto de TEPT, especialmente quando a lesão cerebral é relativamente sutil e passa despercebida. A avaliação de qualquer um desses sintomas pode ser confusa, especialmente quando o trauma não é tão óbvio quanto um tiroteio no cinema. Reunir sintomas aparentemente sem relação uns com os outros em um ou dois diagnósticos pode reduzir a confusão do paciente, direcionar o tratamento e reduzir as chances de tratamento farmacológico desnecessário.

Leituras Recomendadas

Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, et al: A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):802–817, 2011

CASO 7.3

Um Acidente de Carro

Robert S. Pynoos
Alan M. Steinberg
Christopher M. Layne

Dylan, um estudante do ensino médio de 15 anos, foi encaminhado para um psiquiatra para lidar com o estresse de ter sofrido um acidente de carro grave duas semanas antes. No dia do acidente, ele estava no assento do passageiro da frente quando, ao sair da pista de rolamento, o veículo foi abalroado por um SUV em alta

velocidade que passou o sinal amarelo. A colisão atingiu em cheio o lado do motorista e fez com que o carro capotasse 360 graus. O choque de metal com metal foi extremamente ruidoso. O motorista, um colega do ensino médio, ficou brevemente inconsciente e sangrou de um talho na testa. Ao ver seu amigo machucado, Dylan

ficou com medo que ele pudesse estar morto. A amiga no banco de trás tentava freneticamente desengatar seu cinto de segurança. A porta de Dylan estava emperrada, e ele ficou com medo que o carro pegasse fogo com ele preso ali. Depois de alguns minutos, o motorista, Dylan e a outra passageira conseguiram sair pelas portas dos passageiros e se afastaram do veículo. Perceberam que o motorista do SUV estava ileso e já havia chamado a polícia. Uma ambulância estava a caminho. Todos os três foram transportados para um pronto-socorro local, onde foram atendidos e liberados para a guarda dos pais após algumas horas.

Dylan não conseguia dormir direito desde o acidente. Com frequência acordava no meio da noite com o coração acelerado, visualizando faróis vindo em sua direção. Tinha problemas de concentração e não conseguia completar os deveres de casa. Seus pais, que começaram a levá-lo e a buscá-lo na escola, perceberam que ele ficava ansioso toda vez que saíam de uma pista de rolamento ou passavam por um cruzamento. Embora ele recém tivesse obtido sua habilitação provisória, recusava-se a praticar a direção com o pai. Estava também atípicamente irritadiço com os pais, com a irmã menor e com os amigos. Recentemente, fora ao cinema, mas saiu antes do começo do filme, reclamando que o sistema de som estava muito alto. Seus pais estavam preocupados e tentaram conversar com ele sobre seu estresse, mas ele os interrompia com raiva. Contudo, depois de sair-se mal em um teste importante, aceitou o incentivo de um de seus professores preferidos para consultar com um psiquiatra.

Durante a consulta, Dylan descreveu mais dificuldades. Ele odiava o fato de ficar sobressaltado com barulhos altos e não conseguia tirar da cabeça a imagem de seu amigo machucado e desacordado. Tinha ondas de raiva direcionadas ao motorista do SUV. Relatou sentir-se envergonhado e desapontado consigo mesmo por se recu-

sar a praticar direção. Afirmou que, aproximadamente cinco anos antes, testemunhou o quase afogamento de uma de suas irmãs mais novas. Mencionou também que, no mês anterior, a morte do avô havia completado um ano.

Diagnóstico

- Transtorno de estresse agudo.

Discussão

Dylan satisfaz a reformulação diagnóstica do DSM-5 para transtorno de estresse agudo (TEA), a qual exige apenas nove dos 14 sintomas de estresse agudo. Esse diagnóstico não requer mais a presença de múltiplas reações dissociativas, como no DSM-IV e, ao contrário do diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) do DSM-5, não requer pelo menos um sintoma dentro de cada categoria sintomática. O TEA pode ser diagnosticado três dias após a exposição a uma situação traumática, ser uma resposta de estresse temporário que entra em remissão no prazo de um mês ou progredir após um mês para TEPT.

Dylan apresenta sintomas de TEA duas semanas depois de se envolver em um acidente automobilístico grave. Seus sintomas estão associados a sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento social e escolar e desligamento de tarefas atuais de desenvolvimento (p. ex., aprender a dirigir). Durante a adolescência, essa ruptura aguda pode ter consequências imediatas e de longo prazo – o que justifica o diagnóstico e a intervenção imediatos.

Os sintomas de Dylan relacionados ao estresse incluem memória perturbadora e intrusiva recorrente do acidente; reações psicológicas e fisiológicas a evocações de memória; esforços para evitar pensar ou ter sentimentos sobre o que aconteceu; esquiva de evocações externas que limitam

sua vida cotidiana; um sonho perturbador e recorrente em conjunto com uma perturbação do sono que impede o sono reparador e o deixa cansado durante o dia; comportamento irritável que perturba o relacionamento com os pais e os amigos; problemas de concentração que prejudicam o desempenho escolar durante um ano importante do ensino médio; e uma reação de sobressalto exagerada, que o deixa com a sensação de ser imaturo e diferente dos amigos. Dylan não tem história de transtorno de ansiedade anterior que explique seus sintomas, os quais tiveram início após o evento traumático.

Assim como muitos adolescentes, Dylan reluta em falar sobre sua experiência ou sintomas, em parte porque isso o deixa com a sensação de que há algo errado com ele – uma preocupação a mais na

ansiedade adolescente relativa a ser diferente dos pares. Estratégias de intervenção aguda podem ajudar os adolescentes a compreender suas reações ao estresse agudo, desenvolver habilidades para lidar com evocações e planos com os professores para recuperar gradativamente o nível anterior de funcionamento acadêmico. Experiências e perdas traumáticas anteriores – como o quase afogamento da irmã e a morte do avô – podem exacerbar as reações do indivíduo ao trauma atual e também intensificar a compreensão do perfil de sintomas pelo clínico.

Leituras Recomendadas

Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, et al: A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):802–817, 2011

CASO 7.4

Provocado Facilmente

Lori L. Davis

Eric Reynolds era um veterano da Guerra do Vietnã de 56 anos, casado, que foi espontaneamente a uma clínica de saúde mental para veteranos de guerra devido à queixa principal de ter “pavio curto” e ser “provocado facilmente”.

Os sintomas do sr. Reynolds começaram há mais de três décadas, logo de-

pois que ele deixou a zona de combate no Vietnã, onde serviu como operador de rádio de campanha. Nunca havia procurado ajuda para seus sintomas, aparentemente, devido à forte necessidade de ser independente. Uma aposentadoria precoce o levou à maior identificação dos sintomas e a um desejo mais forte de buscar ajuda.

Os sintomas do sr. Reynolds incluíam raiva incontrolável quando sofria sobresalto repentino; pensamentos intrusivos recorrentes e evocações de experiências de quase morte; pesadelos vívidos semanais com operações de combate que levavam a pavor noturno e insônia; isolamento, vigilância e ansiedade; perda de interesse em passatempos que envolvem pessoas; e distratibilidade excessiva.

Embora todos esses sintomas causassem bastante sofrimento, a preocupação maior do sr. Reynolds era sua agressividade incontrolável. Exemplos de seu “pavio curto” incluíam confronto com motoristas que cortavam sua frente, xingamento voltado a estranhos que ficavam perto demais na fila do caixa e o fato de que ele assumia um “modo de ataque” quando colegas de trabalho o surpreendiam involuntariamente. Mais recentemente, quando estava quase dormindo na mesa de exames de seu médico, uma enfermeira tocou seu pé e ele se levantou prontamente, já proferindo xingamentos e ameaças. Sua reação involuntária assustou a enfermeira e outro paciente.

O sr. Reynolds disse que nenhuma palavra, pensamento ou imagem separavam o estímulo inesperado e sua agressividade. Esses momentos o lembravam de uma ocasião, ainda no exército, quando ficou de guarda no portão frontal e, quase dormindo, uma bomba de morteiro o deixou aturdido e o forçou a entrar em ação. Embora mantivesse um revólver no painel do carro para autoproteção, o sr. Reynolds não tinha intenção de ferir outras pessoas. Sempre sentia remorso após um incidente ameaçador e, há muito tempo, tinha receio de que pudesse machucar alguém sem querer.

O sr. Reynolds foi criado no seio de uma família afetuosa de fazendeiros com dificuldades financeiras, na região central dos Estados Unidos. Aos 20 anos, ele foi convocado pelo exército norte-americano e enviado para o Vietnã. Ele descreveu a

si mesmo como otimista e alegre antes da convocação. Afirmou que gostou do treinamento básico e de suas primeiras semanas naquele país, até que um de seus companheiros foi morto. Naquele momento, tudo o que importava era que ele e seu melhor amigo voltassem para casa vivos, mesmo que isso significasse matar outras pessoas. Sua personalidade mudou, ele disse, daquele menino do campo sem preocupações para um soldado horrorizado e superprotetor.

Ao regressar para a vida civil, obteve um diploma de faculdade e se formou em administração de empresas, mas preferiu trabalhar como encanador autônomo devido à sua necessidade de ficar isolado no trabalho. Não tinha antecedentes criminais. Estava casado há 25 anos e era pai de dois filhos universitários. Com a aposentadoria, estava animado para lidar com carpintaria, ler e ter “paz e tranquilidade”.

O sr. Reynolds havia experimentado maconha no início da idade adulta e usando álcool em excesso de modo intermitente; contudo, não havia consumido álcool em excesso nem usado maconha na última década.

Durante o exame, a aparência do sr. Reynolds era a de um homem afro-americano bem-cuidado, que parecia ansioso e um pouco reservado. Ele estava coerente e se expressava bem. Seu discurso tinha velocidade normal, mas o ritmo aumentava quando ele abordava um conteúdo perturbador. Seu afeto era um pouco constrito, mas adequado ao conteúdo. Seu processo de pensamento estava coerente e linear. Negou ideação suicida e homicida. Não apresentava sintomas psicóticos, delírios, nem alucinações. Seu *insight* era muito bom. Estava bem orientado e parecia ter inteligência acima da média.

Diagnóstico

- Transtorno de estresse pós-traumático.

Discussão

O sr. Reynolds manifesta sintomas de todas as quatro categorias de sintomas para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): intrusão, esquiva, alterações negativas na cognição e no humor, além de alterações em excitabilidade e reatividade. Suas principais preocupações parecem estar relacionadas a sintomas mediados por medo, particularmente sua reação exagerada de luta ou fuga a um estímulo inesperado. Como se observa com frequência em casos de TEPT, a reação é atípica, impulsiva e imprevisível; em outras palavras, a reação não é premeditada nem parte de impulsividade geral. Além da hiper-reactividade, o sr. Reynolds demonstra hipervigilância e preocupação excessiva com segurança e ansiedade. Ele também tem sintomas clássicos de revivência de memórias intrusivas, pesadelos, *flashbacks* e reatividade fisiológica a desencadeadores que parecem ou que evocam eventos traumáticos. Embora não esteja presente nesse paciente, conduta suicida e sintomas psicóticos não são incomuns e devem ser avaliados regularmente.

Como costuma ocorrer com o TEPT, o sr. Reynolds enfatiza a linha praticamente invisível entre o estímulo externo e a reatividade involuntária de sobressalto. Esses sintomas são bastante perturbadores para o indivíduo, bem como para seus familiares, amigos e colegas de trabalho. As tentativas do sr. Reynolds de reduzir conflitos levou a uma espiral de comportamento marcada pelo estreitamento crescente de oportunidades em todas as esferas, incluindo família, carreira e vida social. Por exemplo, sua decisão de trabalhar como encanador em vez de tirar proveito de seu MBA parece estar amplamente baseada no esforço para controlar seu espaço pessoal. Embora a situação do casamento não seja mencionada no relato de caso, seria útil saber mais detalhes sobre como o TEPT desse paciente pode estar afetando o relacionamento com sua esposa. A aposentadoria precoce pare-

ce ter sido o empurrão para que ele finalmente buscasse tratamento. Uma possibilidade é que a esposa, que agora passa mais tempo com ele, tenha sido a força motriz dessa decisão. Outra possibilidade é que a “aposentadoria precoce” tenha sido precipitada por uma exacerbção dos sintomas do TEPT e seu efeito sobre relacionamentos relativos ao emprego.

Como indivíduos com TEPT apresentam índices elevados de comorbidade psiquiátrica, o entrevistador deveria considerar atentamente outros diagnósticos. O sr. Reynolds, aparentemente, não consome álcool em excesso nem maconha há anos, de modo que nenhuma das duas substâncias parece estar relacionada ao desenvolvimento dos sintomas; contudo, como transtornos por uso de substância são bastante comuns em TEPT, deve-se prestar uma atenção especial à possibilidade de subinformação. A hiperexcitabilidade nervosa do sr. Reynolds sobrepõe-se um pouco à irritabilidade disfórica que pode ser observada no transtorno bipolar tipo II, mas, em seu caso, os sintomas se desenvolvem repentinamente em resposta a percepções sobressaltadas e não são comitantes com períodos de vários dias de sintomas maníacos, como pensamento acelerado, energia ou motivação elevadas ou redução da necessidade de sono. Ele negou sentir-se deprimido, e a redução de prazer parece estar mais relacionada à esquiva de atividades sociais das quais gostava anteriormente. Ele manteve interesse em carpintaria e em leitura, que são características de sua tendência ao autoisolamento em um ambiente tranquilo e seguro.

Por fim, o sr. Reynolds demonstra um conflito frequentemente observado em indivíduos com TEPT. Sobreviventes de traumas são propensos a ter orgulho de sua resiliência e independência. Sintomas de perda de controle podem causar sentimentos de vergonha e a possibilidade de confiar em uma figura de autoridade para expor seus problemas pode parecer impos-

sível. Essas perspectivas podem retardar sua entrada em um sistema de saúde mental, que tem melhorado cada vez mais o tratamento dos sintomas e das consequências interpessoais e ocupacionais do TEPT.

Leituras Recomendadas

- Adler DA, Possemato K, Mavandadi S, et al: Psychiatric status and work performance of veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Psychiatr Serv* 62(1):39–46, 2011
- Davis LL, Leon AC, Toscano R, et al: A randomized controlled trial of supported employment

- among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* 63(5):464–470, 2012
- Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR: Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):750–769, 2011
- Teten AL, Miller LA, Stanford MS, et al: Characterizing aggression and its association to anger and hostility among male veterans with post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 175(6):405–410, 2010
- Tsai J, Harpz-Rotem I, Pietrzak RH, Southwick SM: The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry* 75(2):135–149, 2012

CASO 7.5

Estressado

Cheryl Munday
Jamie Miller Abelson
James Jackson

Franklin Sims era um homem afro-americano solteiro, de 21 anos, que buscou tratamento em uma clínica de saúde mental comunitária afiliada a uma universidade porque se sentia “estressado”, distante dos amigos e “preocupado com dinheiro”. Afirmou que estava se sentindo deprimido há três meses e atribuía essa “queda livre” a dois eventos concomitantes: o final de um relacionamento amoroso

de três anos e a descoberta acidental e decepcionante da identidade de seu pai.

O sr. Sims se sustentava financeiramente desde o ensino médio e estava acostumado a se sentir nervoso quanto a ter dinheiro suficiente para cobrir suas despesas. Havia ficado mais preocupado depois do rompimento com a namorada, então pediu auxílio financeiro para um “amigo da família”. O empréstimo foi negado e

ele descobriu que esse homem era seu pai biológico. Essa decepção reavivou a raiva e a tristeza de muitos anos sobre não saber a identidade de seu pai. Seus colegas de quarto o ridicularizaram por “desabar” depois dessa descoberta.

Na época dos acontecimentos, o sr. Sims estudava em tempo integral e, no turno da noite, trabalhava em um almoxarifado. Pela manhã, quando seu expediente acabava, sentia dificuldade em “diminuir o ritmo” e tinha problemas de sono. Frustrava-se com frequência com seus colegas de quarto devido à bagunça e às constantes reuniões sociais com amigos no apartamento que dividiam. Seu apetite estava inalterado e sua saúde física era boa. Suas notas caíram recentemente, e ele ficava cada vez mais desanimado com a falta de dinheiro e com o fato de estar solteiro. Nunca havia procurado atendimento de saúde mental antes, mas um primo o encorajou a procurar um terapeuta na clínica de saúde mental para estudantes.

O sr. Sims foi criado como filho único pela mãe e seus parentes. Descreveu a si mesmo como “um bom aluno e um garoto popular”. O ensino médio foi uma época conturbada devido ao desemprego de três anos da mãe e às suas experiências com álcool e maconha. Lembrou-se de vários episódios de bebedeira ocorridos aos 14 anos e da primeira vez que usou maconha, aos 15. Fumou maconha diariamente durante a maior parte da 1^a série do ensino médio e interrompeu o uso constante devido à insistência de uma namorada. Na época da avaliação, consumia “uma cerveja eventual” e havia limitado a maconha ao “uso social”, várias vezes por mês.

Durante o exame, o sr. Sims foi pontual, cooperativo, agradável, atencioso, estava vestido de forma adequada e parecia bem-cuidado. Falava coerentemente. Ele parecia preocupado de modo geral e contido, mas sorriu em momentos adequados várias vezes durante a entrevista. Tinha um senso de humor quieto e sarcástico. Negou ideias suicidas, homicidas e psicose. Sua

cognição estava preservada, e seu *insight* e julgamento foram considerados bons.

Diagnóstico

- Transtorno de adaptação com humor deprimido.

Discussão

O sr. Sims parece satisfazer os critérios para transtorno de adaptação com humor deprimido. Seus sentimentos deprimidos e de raiva, o comportamento retraído e os problemas com as tarefas acadêmicas se desenvolveram em reação a dois estressores evidentes: o rompimento com a namorada e a descoberta decepcionante sobre a identidade do pai. Os sintomas prejudicam seu funcionamento e não são reflexo de nenhum dos dois elementos de desqualificação: não fazem parte de luto e não persistiram durante mais de seis meses depois do estressor e suas consequências.

Esses estressores mais recentes – o rompimento com a namorada e a descoberta do pai – são significativos, mas o sr. Sims vem lidando com estressores a vida inteira. Ele cresceu com uma mãe solteira em dificuldades e sempre esteve sob tensão financeira. A mãe estava desempregada enquanto ele frequentava o ensino médio, de modo que ele sustenta a si mesmo desde consideravelmente cedo. Essa realidade é difícil, mas o sr. Sims também demonstra uma resiliência significativa: até recentemente, por exemplo, conseguiu equilibrar com sucesso um horário de estudos integral, um trabalho em tempo integral e uma namorada.

Nas entrelinhas, parece que o relator do caso acha que o sr. Sims é um jovem simpático que passou por estresse agudo e justifica o diagnóstico relativamente benigno de transtorno de adaptação. Embora essa pareça ser a explicação mais razoável para seus sintomas atuais, seria importante não desconsiderar a possibilidade de transtorno por uso de *Cannabis*, transtorno do sono ou

algum transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo presentes há mais tempo.

É um bom sinal para sua adaptação a longo prazo que o sr. Sims pareça motivado para o tratamento. Normalmente, espera-se que jovens negros sejam fortes e independentes, de modo que as regras de masculinidade dificultam a busca por auxílio ou conversas sobre seus próprios sentimentos. Para o sr. Sims, ir ao centro de orientação não deve ter sido uma decisão fácil. O sucesso do tratamento do paciente provavelmente será baseado, pelo menos em parte, em sua aliança com um terapeuta que esteja à vontade com questões específicas de gênero, raça e etnia. Por exemplo, o sr. Sims pode se esforçar academicamente, mas não causaria surpresa se ele mantivesse uma perspectiva ambivalente sobre sucesso acadêmico. Em sua cultura, esforçar-se nos estudos pode ser visto como um empreendimento tipicamente “branco” e queixar-se de sofrimento psicológico pode ser visto como um sinal de pouca masculinidade. Para o sr. Sims, no papel de um jovem esforçando-se para manter independência financeira e obter funções sociais masculinas, o rompimento com a namorada concomitante ao insucesso de obter apoio do pai biológico pode minar sua tentativa de consolidar

um papel de gênero coerente com a cultura dos pares, a identidade de grupo racial e as normas raciais e culturais. Buscar terapia, portanto, pode representar para ele tanto uma fonte importante de apoio como mais um golpe em seu senso de resiliência emocional.

Leituras Recomendadas

- Joyce PR: Classification of mood disorders in DSM-V and DSM-VI. *Aust N Z J Psychiatry* 42(10):851–862, 2008
- Neighbors HW, Watkins DC, Abelson JA, et al: Man up, man down: black men discuss manhood, disappointment, and depression. Poster presentation at the 20th annual meeting of the American Men’s Studies Association, “Celebrating 20 Years of Scholarship in Men and Masculinities,” University of St. Thomas, Minneapolis, MN, March 29–April 1, 2012
- Repetto PB, Zimmerman MA, Caldwell CH: A longitudinal study of depressive symptoms and marijuana use in a sample of inner city African Americans. *J Res Adolesc* 18(3):421–447, 2008
- Watkins DC, Neighbors HW: An initial exploration of what “mental health” means to young black men. *J Mens Health Gend* 4(3):271–282, 2007
- Williams DR: The health of men: structured inequalities and opportunities. *Am J Public Health* 93(5):724–731, 2003

CASO 7.6

Câncer de Pulmão

Anna Dickerman

John W. Barnhill

Solicitou-se ao serviço de psiquiatria de consultoria e ligação de um hospital de grande porte que “descartasse depressão” em Gabriela Trentino, uma mulher de 65 anos com câncer de pulmão recorrente, depois de ser percebido que ela exibia afeto triste e propensão ao choro nas rondas matinais.

A sra. Trentino era uma dona de casa ítalo-americana com dois filhos crescidos. Ela havia sido recém internada no atendimento médico devido a falta de ar. Subsequentemente, descobriu-se que apresentava derrame pleural unilateral. A sra. Trentino já havia passado por várias sessões de quimioterapia ao longo dos meses anteriores. No momento da consulta, ela esperava os resultados de uma toracocentese para avaliar metástases pulmonares.

Entrevistados separadamente, a sra. Trentino e seus dois filhos concordaram que, até essa hospitalização, ela nunca esteve deprimida ou ansiosa; pelo contrário, sempre fora a “fortaleza” da família. Ela nunca havia se consultado com um terapeuta nem tomado medicamentos psiquiátricos ou consumido álcool, opiáceos ou drogas ilícitas. Sua história familiar era relevante em relação ao pai, que bebia em excesso, o que ela descreveu como o motivo para jamais ter bebido.

Durante o exame, a aparência da paciente era a de uma mulher bem cuidada, sentada na cama com uma cânula nasal de

oxigênio instalada, torcendo as mãos e secando os olhos com um lenço úmido. Ela estava cooperativa e coerente. Além disso, apresentava-se visivelmente disfórica, com afeto constreito e preocupado. Relatou estar extremamente preocupada com os resultados da toracocentese. Ela sabia que metástases poderiam significar “uma sentença de morte” e afirmou: “Quero estar viva para o casamento de meu filho esse ano”. Acrescentou, às lágrimas: “Já passei por tantas coisas com a doença... Quando isso vai terminar?”. A sra. Trentino confirmou perturbação do sono e má concentração desde a internação no hospital, cinco dias antes. Estava comendo menos do que o normal e afirmou estar “muito triste e preocupada” para fazer suas palavras cruzadas diárias. Ela negou confusão e sintomas psicóticos. Sua cognição parecia preservada, e sua pontuação no Teste Cognitivo de Montreal (MCA) foi de 29 em 30, sendo que perdeu 1 ponto ao lembrar-se incorretamente de um objeto depois de cinco minutos. Negou veementemente ideação suicida, proferindo novamente seu amor pelos filhos.

Os sinais vitais da sra. Trentino se destacaram por uma saturação de oxigênio de 94% no ar ambiente (corrigida para 99% na cânula nasal) e seu raio X do tórax mostrava um derrame pleural de grandes proporções no lado esquerdo. O exame neurológico não revelou nada extraordinário. Fora a situação pulmonar, os resultados de exames

laboratoriais básicos estavam dentro dos limites normais. Informações colaterais obtidas junto à equipe da enfermaria indicaram que ela soava a campainha frequentemente durante o dia para perguntar sobre sua medicação e detalhes de seus exames.

Uma conversa com os familiares da paciente revelou uma preocupação adequada com a saúde da mãe, bem como frustração com seu estado psicológico. Conforme um dos filhos falou ao consultor psiquiátrico: “Entendemos que é um momento estressante para nossa mãe, mas tudo que ela faz no hospital é chorar o dia todo e ficar repetindo as mesmas perguntas. Normalmente ela é o alicerce da família, e agora ela está carente e pessimista. Você pode ajudá-la?”.

Diagnóstico

- Transtorno de adaptação com misto de ansiedade e depressão.

Discussão

A sra. Trentino apresenta sintomas depressivos e de ansiedade com relação temporal evidente a um estressor maior (reinternação por malignidade com possibilidade de avanço da doença). A paciente, sua família e a equipe do hospital indicam que a apresentação é clinicamente significativa e afeta tanto ela quanto sua hospitalização. O diagnóstico do DSM-5 mais provável é transtorno de adaptação com misto de ansiedade e depressão.

Além do transtorno de adaptação, vários outros diagnósticos também são possíveis. A equipe médica está preocupada de que ela tenha desenvolvido depressão. A sra. Trentino confirma quatro sinais e sintomas de depressão maior (humor deprimido durante a maior parte do dia, redução do apetite, insônia e má concentração), os quais afetam sua qualidade de vida. Contudo, para satisfazer os critérios do DSM-5 para depressão maior, o indivíduo deve apresentar cinco sintomas de-

pressivos durante duas semanas, e a sra. Trentino teve apenas quatro sintomas em um prazo inferior a uma semana. Caso os sintomas da sra. Trentino se intensifiquem ligeiramente e persistam, ela provavelmente estará qualificada para um diagnóstico de depressão maior.

A sra. Trentino também exibe ansiedade significativa. Ela descreve dificuldades de concentração, sentimentos de nervosismo e má qualidade do sono. De acordo com o relato, ela nunca havia apresentado ansiedade significativa até ter de enfrentar a doença recente e potencialmente fatal. A agudeza torna pouco provável um transtorno de ansiedade subjacente.

Metástases encefálicas e síndrome paraneoplásica não são incomuns em câncer de pulmão e podem causar ansiedade e depressão. No entanto, nenhuma dessas complicações graves tende a ocorrer sem outras anormalidades neurológicas e *delirium*. Em consulta com neurologia e oncologia, uma tomografia encefálica e/ou um painel paraneoplásico podem ser necessários.

A hipoxemia da sra. Trentino – presumivelmente secundária a seu derrame pleural – pode ter contribuído para a ansiedade. Observa-se que a ansiedade persistiu após a correção da saturação de oxigênio, mas uma oxigenação desregulada frequentemente pode causar ansiedade.

Medicamentos também podem causar ansiedade e depressão. Embora a equipe deva examinar toda a lista de medicamentos, a busca deve se concentrar particularmente no uso e abstinência de esteroides, opiáceos e benzodiazepínicos.

O transtorno de adaptação foi reclassificado no capítulo recém-criado de transtornos relacionados a trauma e a estressores. Uma doença que oferece risco de morte é um exemplo desse tipo de estressor. Para que se justifique um diagnóstico de transtorno de estresse agudo para a sra. Trentino, seria necessário que seus sintomas se intensificassem. Um diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático

iria exigir tanto uma intensificação dos sintomas como uma duração superior a um mês.

Caso as preocupações da sra. Trentino interfiram em seu tratamento, ela pode se qualificar para um diagnóstico adicional do DSM-5: fatores psicológicos que afetam outras condições médicas. No momento, entretanto, ela adere aos tratamentos e intervenções.

Leituras Recomendadas

Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22(10):1957–1965, 2004
Strain JJ, Klipstein K: Adjustment disorder, in Gabbard's *Treatments of Psychiatric Disorders*, 4th Edition. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006, pp 419–426

CASO 7.7

Overdose

Megan Mroczkowski

Cynthia R. Pfeffer

Hannah, uma menina branca de 16 anos, sem história psiquiátrica anterior, deu entrada na emergência de um hospital após uma *overdose* de quantidade desconhecida de clonazepam, alprazolam e oxicodona. Na chegada, Hannah recebeu 8 pontos na Escala de Coma de Glasgow, indicando comprometimento grave. Ela foi entubada e internada na unidade de tratamento intensivo pediátrica. A estabilização ocorreu após vários dias e, então, foi internada em uma unidade hospitalar psiquiátrica.

A paciente, os pais e a melhor amiga indicaram que Hannah parecia estar com o bom humor de sempre até a noite da *overdose*. Naquela ocasião, uma amiga ha-

via telefonado para dizer que havia visto o namorado de Hannah beijando outra menina. Sua resposta foi imediata: ela escreveu um bilhete onde afirmava que “queria simplesmente dormir para sempre”. Aproximadamente 3 horas mais tarde, sua mãe a encontrou no quarto, atordoada, e chamou o número de emergência.

A história psiquiátrica revelou ausência de depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos, mania e psicose. Ela não havia tido contato psiquiátrico anterior nem hospitalizações. Negou o uso de cigarros, álcool, maconha ou outras drogas ilícitas e também negou antecedentes criminais.

Hannah morava com os pais e duas irmãs mais novas. Seu desempenho escolar na 3^a série do ensino médio de uma escola pública era exemplar. Ela relatou que queria ser médica ou advogada. A melhor amiga disse que ela estava animada naquele dia. A história psiquiátrica familiar era relevante no que diz respeito a um transtorno de ansiedade da mãe, para o qual tomava clonazepam e alprazolam. No final da adolescência, a mãe também havia cometido duas tentativas de suicídio por meio de *overdose* de medicamentos. O pai tinha dores crônicas nas costas decorrentes de uma lesão causada por esportes na faculdade, para as quais tomava oxicodona. A história de parentes revelou um tio paterno com abuso de substância. Nenhum parente havia cometido suicídio.

Durante o exame, Hannah negou perturbações de humor, sono, ansiedade, apetite, energia e concentração. Também negou queixas somáticas e características psicóticas.

Uma avaliação mais aprofundada da *overdose* quase fatal revelou que Hannah havia desenvolvido pensamentos suicidas cerca de 10 minutos antes da *overdose*, já havia escutado que essa era uma maneira tranquila de morrer, mas sentia-se grata por ter acordado.

Hannah foi diagnosticada com transtorno de adaptação com humor deprimido. Antes da alta, ela negou pensamentos suicidas, deixou o hospital sem prescrição para medicamentos psicotrópicos e foi encaminhada para atendimento ambulatorial na clínica do hospital. Seguiram-se consultas semanais de terapia cognitivo-comportamental com enfoque em habilidades de enfrentamento em momentos de raiva ou decepção. Depois de seis meses, percebeu-se que Hannah estava se saindo bem e não havia mais demonstrado ideação, intenção, nem comportamento suicida. Àquela altura, Hannah, seus pais e o psiquiatra concordaram em encerrar o tratamento, com a combinação de que o mesmo seria retomado se ela tivesse problemas de enfrentamento.

Diagnósticos

- Transtorno de adaptação com humor deprimido.
- Transtorno do comportamento suicida (uma condição para estudos posteriores).

Discussão

A mãe de Hannah entrou em seu quarto e encontrou a filha atordoada. A menina de 16 anos foi levada às pressas para a emergência hospitalar e imediatamente entubada. Perplexa, a equipe médica juntou-se à paciente, seus pais e a melhor amiga e, aos poucos, esclareceu-se que essa *overdose* proposital resultou de uma reação aguda ao fato de que o namorado havia beijado outra menina. Não houve nenhum tipo de aviso. Aparentemente, Hannah não estava deprimida, ansiosa ou traumatizada. Não tinha história de abuso de substância, comportamento autolesivo ou ideação suicida. Ela não apresentava traços de personalidade que pudessem deixá-la propensa a tentativas de suicídio e sempre foi considerada uma amiga “animada” e uma aluna “exemplar”.

No contexto da internação psiquiátrica, a avaliação de Hannah indicou que ela havia desenvolvido uma perturbação incapacitante, desproporcional e acentuada em resposta a um estressor. Esses sintomas não pareciam fazer parte de outro diagnóstico psiquiátrico. Portanto, ela foi diagnosticada com transtorno de adaptação com humor deprimido nos moldes do DSM-5.

Ideação e comportamento suicidas não estão incluídos nos critérios para transtorno de adaptação. Eles também não integram os critérios de vários outros diagnósticos associados com taxas elevadas de suicídio, como transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares e transtornos por uso de substância. Na realidade, o risco de suicídio faz parte explicitamente da avaliação apenas nos casos de depressão maior e transtorno da perso-

nalidade *borderline*. Metade das crianças e adolescentes que tentam cometer suicídio não tem uma história de depressão maior durante a vida, e o transtorno da personalidade *borderline* não pode ser diagnosticado antes dos 18 anos de idade, o que pode significar uma lacuna na avaliação da fenomenologia psiquiátrica. Como o suicídio é a terceira maior causa de morte de adolescentes nos Estados Unidos, essa lacuna pode levar à subavaliação de um sintoma psiquiátrico potencialmente fatal.

O DSM-5 aborda essa questão incluindo um diagnóstico de transtorno do comportamento suicida em “Condições para Estudos Posteriores” na Seção III. Sob essa rubrica, Hannah satisfaria os critérios para transtorno de adaptação com humor deprimido, bem como para transtorno do comportamento suicida, que não pode ser codificado, mas cuja intenção é identificar indivíduos que fizeram uma tentativa de suicídio nos 24 meses anteriores. Esse transtorno pode ser subdividido em dois grupos: se a tentativa de suicídio ocorreu no ano anterior, o transtorno é classificado como atual, e se ocorreu no prazo de 12 a 24 meses antes, é considerado em remissão inicial. Esse diagnóstico não é destinado a pessoas com ideação suicida ou com um plano de suicídio, mas apenas para pessoas que realizaram uma tentativa. Ele também não se destina a pessoas que realizam autolesão não suicida (o capítulo “Condições para Estudos Posteriores” no DSM-5 também inclui um diagnóstico para “autolesão não suicida”, o qual exige comportamentos repetidos de autolesão).

O transtorno do comportamento suicida é um diagnóstico potencialmente importante porque tentativas de suicídio têm validade preditiva para futura ideação e atos suicidas, independentemente da presença de outros diagnósticos. Também pode ser particularmente útil no tratamento de alguém como Hannah, que tomou uma *overdose* potencialmente letal no contexto de um estressor (o beijo do namorado em outra menina) sem quais-

quer sintomas psiquiátricos específicos, seja antes ou depois da *overdose*.

Como não houve um aviso aparente, a *overdose* de Hannah não poderia ser facilmente prevista. No entanto, uma avaliação explícita de risco de suicídio pode ser bastante útil para um futuro terapeuta. Documentar um diagnóstico de comportamento suicida no registro médico de um paciente aumenta a probabilidade de que clínicos futuros avaliem explicitamente a possibilidade de comportamento suicida e levem em consideração estratégias de prevenção e tratamento. Além disso, o diagnóstico de comportamento suicida em registros médicos oferece oportunidades para oferta de serviços e programas de prevenção.

Leituras Recomendadas

- Brent DA, Melhem N: Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am 31(2):157–177, 2008 P
- King CA, Kerr DC, Passarelli MN, et al: One-year follow-up of suicidal adolescents: parental history of mental health problems and time to post-hospitalization attempt. J Youth Adolesc 39(3):219–232, 2010
- Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, et al: Deaths: Final Data for 2009. National Vital Statistics Reports, Vol 60, No 3. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, 2012
- Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, et al: Depressive disorders in childhood, II: a longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. Arch Gen Psychiatry 41(7):643–649, 1984
- Levy JC, Deykin EY: Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. Am J Psychiatry 146(11):1462–1467, 1989
- Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, et al: Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32(1):106–113, 1993
- Wilcox HC, Kuramoto SJ, Brent D, Runeson B: The interaction of parental history of suicidal behavior and exposure to adoptive parents' psychiatric disorders on adoptee suicide attempt hospitalization. Am J Psychiatry 169(3):309–315, 2012

CAPÍTULO 8

Transtornos Dissociativos

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

Normalmente encontrados em pessoas com uma variedade de diagnósticos psiquiátricos – e em muitos indivíduos sem diagnóstico –, sintomas dissociativos podem afetar a consciência, a memória, a identidade, a emoção, a percepção, a representação corporal e o comportamento. Experiências dissociativas são comuns e talvez afetem metade da população em algum momento. Embora sejam comuns, os sintomas podem ser vivenciados sutilmente e mal relembrados, por isso costumam passar despercebidos por clínicos. A maioria dos episódios dissociativos é efêmera ou não causa sofrimento ou disfunção significativos, portanto, não há motivo para um diagnóstico específico do DSM-5. Mesmo assim, sua identificação pode ser uma contribuição importante não apenas para o diagnóstico, mas também para ajudar a entender sintomas que, às vezes, são confusos.

O DSM-5 descreve três transtornos dissociativos específicos – transtorno dissociativo de identidade, amnésia dissociativa e transtorno de despersonalização/desrealização – e mais duas categorias mais gerais de transtorno dissociativo – outro especificado e não especificado. Todos estão frequentemente associados a trauma e abuso físico, emocional e/ou sexual, de modo que não é por acaso que o capítulo do DSM-5 sobre transtornos dissociativos se localiza imediatamente após o capítulo destinado a transtornos relacionados a trauma e a estressores.

O transtorno dissociativo de identidade (TDI) se refere à presença de dois ou mais estados distintos de personalidade. Anteriormente conhecido como “transtorno de personalidade múltipla”, o TDI envolve uma descontinuidade no senso de *self* e no senso de pertencimento, percepção,

cognição e/ou funcionamento sensorial e motor. O TDI também envolve lacunas de memória que vão além do esquecimento comum. Algumas culturas podem considerar o TDI como uma “possessão” por seres espirituais exteriores, mas a perturbação não deve ser diagnosticada como patológica quando estiver em conformidade com práticas culturais ou religiosas amplamente aceitas. Ademais, o TDI não se aplica, de modo geral, a crianças que têm amigos imaginários ou fazem brincadeiras normais de imaginação. Como costuma ser o caso com todos os transtornos dissociativos, pessoas com TDI tendem a apresentar outras questões psiquiátricas, incluindo depressão, ansiedade, abuso de substância, autolesão, transtorno de estresse pós-traumático e convulsões não epilépticas. O paciente pode esconder ou não estar ciente de lacunas de memória e outras descontinuidades, o que complica ainda mais a avaliação psiquiátrica.

Em contrapartida ao TDI, que envolve a organização de diferentes personalidades por meio de processos dissociativos, outros diagnósticos dissociativos talvez sejam mais comuns e menos controversos. A amnésia dissociativa (AD) envolve a incapacidade de evocar informações autobiográficas importantes que geralmente estão relacionadas a um estressor ou trauma específico. Ela pode estar associada a convulsões não epilépticas ou a outros sintomas neurológicos funcionais (p. ex., transtorno conversivo do DSM-5). O DSM-5 removeu a fuga dissociativa da condição de transtorno distinto e a incluiu como um especificador para AD. Os estados de fuga se destacam pela incapacidade de evocar memórias autobiográficas importantes (p. ex., identidade pessoal) e podem incluir afastamento involuntário de casa ao mesmo tempo em que se mantém uma capacidade de funcionamento adequada.

Um senso de separação e irrealdade em relação a si mesmo (despersonalização) ou ao mundo exterior (desrealização) é relativamente comum, com registro de

prevalência na vida de 50% na população. Contudo, para satisfazer os critérios para transtorno de despersonalização/desrealização, os sintomas devem ser persistentes (geralmente com duração superior a um mês) e/ou recorrentes. O teste de realidade deve estar preservado. Assim como em outros diagnósticos do DSM-5, exige-se prejuízo e/ou sofrimento, portanto “ficar fora do ar” eventualmente não é necessariamente um transtorno.

O DSM-5 fornece critérios para outros transtornos dissociativos especificados para casos que não satisfazem todos os critérios de TDI, AD ou transtorno de despersonalização/desrealização. Por exemplo, uma perturbação de identidade devida a persuasão coerciva intensa e prolongada é diagnosticada quando um indivíduo apresenta efeitos dissociativos após experiências intensas como lavagem cerebral, encarceramento político de longo prazo ou doutrinação religiosa. Reações dissociativas agudas a eventos estressantes podem apresentar uma série de manifestações dissociativas quando observadas transversalmente, mas são caracterizadas por sua brevidade; elas podem sumir em alguns dias. Caso persistam durante um período superior a um mês, provavelmente justifica-se estabelecer um diagnóstico diferente (p. ex., transtorno de despersonalização/desrealização).

Leituras Recomendadas

- Boysen GA, VanBergen A: A review of published research on adult dissociative identity disorder: 2000–2010. *J Nerv Ment Dis* 201(1):5–11, 2013
- Brand BL, Lanius R, Vermetten E, et al: Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation* 13(1):9–31, 2012
- Paris J: The rise and fall of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 200(12):1076–1079, 2012
- Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, et al: Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(8):824–852, 2011

CASO 8.1

Triste e Sozinha

Richard J. Loewenstein

Irene Upton, uma professora de educação especial de 29 anos, buscou uma consulta psiquiátrica com a queixa: “Estou cansada de sempre estar triste e sozinha”.

A paciente relatou depressão crônica e grave que não respondeu a várias tentativas com antidepressivos e acréscimo de estabilizadores do humor. Relatou maior benefício com psicoterapias baseadas em terapia cognitivo-comportamental e terapia comportamental dialética. Sugeriu-se eletroconvulsoterapia, o que ela recusou. Havia sido hospitalizada duas vezes devido a ideação suicida e cortes graves em si mesma que necessitaram de pontos.

A sra. Upton relatou que os terapeutas anteriores se concentraram na probabilidade de trauma, mas ela descartou a possibilidade de ter sofrido abuso; fora sua irmã mais nova quem havia relatado “toques sexuais estranhos” por parte do pai quando a sra. Upton tinha 13 anos. Nunca houve uma investigação criminal, mas o pai pediu desculpas à paciente e à sua irmã como parte de uma intervenção da Igreja e do tratamento interno para alcoolismo e “adição por sexo”. Ela negou qualquer tipo de sentimento sobre esses eventos e afirmou: “Ele resolveu o problema. Não tenho motivos para estar com raiva dele”.

A sra. Upton relatou poucas lembranças de sua vida no período dos 7 aos 13 anos. Seus irmãos brincavam com ela sobre sua incapacidade de se lembrar de feriados em

família, eventos escolares e viagens de férias. Ela explicava sua amnésia afirmando: “Talvez nada importante tenha acontecido, é por isso que não tenho lembranças”.

Relatou um relacionamento “bom” com ambos os pais. O pai continuava “controlador” em relação à mãe e ainda tinha “problemas em lidar com sua raiva”, mas estava abstinente de álcool há 16 anos. Em resposta a uma indagação mais aprofundada, a sra. Upton relatou que seu comportamento autolesivo e suicida ocorria principalmente depois de visitar a família ou quando seus pais a visitavam de surpresa.

A sra. Upton descreveu ser “retraída socialmente” até o ensino médio, quando teve ótimo rendimento escolar e participou de várias equipes e clubes. Saiu-se bem na faculdade. Sobressaía-se em seu emprego e era considerada uma talentosa professora de crianças autistas. Ela descreveu várias amizades antigas. Relatou dificuldade em ter intimidade com homens, além de sentir medo e nojo intensos em relação a qualquer tipo de avanço sexual. Sempre que se envolvia com um homem, ela sentia vergonha intensa e uma sensação de sua própria “maldade”, embora se sentisse inútil também em outros momentos. Normalmente não dormia bem e sentia-se cansada com frequência.

Negou o uso de álcool ou drogas e descreveu náusea e dores estomacais intensas apenas em sentir o cheiro de álcool.

Durante o exame de estado mental, a paciente estava bem-arrumada e cooperativa. Suas respostas eram coerentes e objetivas, mas frequentemente destituídas de conteúdo emocional. Ela parecia triste e contida. Descreveu a si mesma como “anestesiada”. Negou alucinações, confusão e intenção atual de se matar. No entanto, pensamentos sobre suicídio estavam “sempre por perto”.

Perguntas mais específicas levaram a sra. Upton a negar que tivesse amnésia contínua na vida diária e negou ter sido informada sobre comportamentos que não conseguia se lembrar, pertences inexplicáveis, perda de tempo subjetiva, episódios de fuga ou oscilações inexplicáveis em habilidades, hábitos e/ou conhecimentos. Ela negou um senso de divisão subjetiva do *self*, alucinações, vozes interiores ou sintomas de influência passiva. Negou *flashbacks* ou memórias intrusivas, mas relatou pesadelos recorrentes de ser perseguida por “um homem perigoso”, do qual não conseguia escapar. Ela relatou dificuldade em se concentrar, embora fosse “hiperfocada” no trabalho. Relatou também uma reação de sobressalto intensa. Informou também contar e cantar repetidamente em sua mente, verificações repetidas para se certificar de que as portas estavam trancadas e tomar medidas compulsivas para “impedir que me aconteça algo de ruim”.

Diagnósticos

- Amnésia dissociativa.
- Transtorno depressivo maior crônico com ideação suicida.
- Transtorno de estresse pós-traumático.

Discussão

A sra. Upton relata humor deprimido persistente, insônia, fadiga, sentimentos de desvalia e ideias suicidas. Não é de se estranhar que ela tenha recebido vários

tratamentos para depressão maior. Esses tratamentos, no entanto, foram malsucedidos, embora a psicoterapia tenha sido um pouco benéfica.

Além dos sintomas depressivos, a sra. Upton descreve um grupo de sintomas fundamentais para conceitualizar seus problemas e tratamento. Embora tenha sido a irmã mais jovem quem o delatara por “toques sexuais estranhos”, o pai se desculpou também à paciente. A sra. Upton tem uma história autolesiva grave que ocorre quando vê a família. A intimidade sexual a enoja e exacerbá intensamente sua sensação crônica de vergonha e inutilidade e, portanto, evita os homens. Ela tem pesadelos recorrentes em que é perseguida por “um homem perigoso”. Embora a paciente negue, de forma casual, ter sofrido abuso, ela descreve uma lacuna de memória autobiográfica de seis anos, a qual aparentemente terminou ao mesmo tempo em que o pai foi internado para o tratamento de alcoolismo e “adição por sexo”. Mesmo o cheiro de álcool lhe induz náusea grave e “dores estomacais”. Ao se levar esses fatos em consideração, não é de estranhar que terapeutas anteriores tenham “se concentrado na probabilidade de trauma”.

O aparente abuso sexual infantil juntamente com o déficit na memória de seis anos se ajusta bem ao diagnóstico do DSM-5 de amnésia dissociativa (AD).

Ao contrário das falhas de memória associadas a intoxicações e transtornos neurocognitivos, a AD envolve problemas com a memória autobiográfica: o que fiz, para onde fui, o que eu pensava ou sentia e assim por diante. A apresentação mais comum da AD é a AD *localizada*, uma incapacidade de evocar um determinado período de tempo ou evento, tal como toda a 2^a série. Na AD *seletiva*, a memória é preservada para alguns eventos durante um período de tempo circunscrito, tal como algumas memórias preservadas da 2^a série, mas com amnésia para todo ou parte do trauma em si.

A AD está associada a abuso físico e sexual, e sua extensão parece aumentar quanto maior forem a gravidade, a frequência e a violência do abuso.

A AD pode ser difícil de distinguir de outros diagnósticos relacionados a trauma porque condições como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) também apresentam perda de memória no contexto de um trauma. Caso a perda de memória seja o sintoma central e envolva um período que se prolongue durante muito tempo após o trauma, então deve-se codificar AD separadamente de um diagnóstico de TEPT. A perda de memória da sra. Upton durou seis anos, o que está de acordo com o período de suposto abuso sexual. Além disso, ela descreve pensamentos intrusivos (pesadelos), esquia (de namorar e fazer sexo), alterações negativas em cognições e humores (crença em sua “maldade”) e hiperexcitabilidade/hiper-reatividade (reação de sobressalto). Em outras palavras, ela também satisfaz critérios para TEPT, o que justifica um diagnóstico comórbido.

Um subgrupo de pacientes com AD também pode apresentar sintomas significativos de transtorno obsessivo-compulsivo, de modo que a sra. Upton descreve recorrência de comportamentos como contar, cantar, verificar e tomar providências, todos como tentativa de “impedir que me aconteça algo de ruim”.

Outro subgrupo de pacientes pode apresentar uma amnésia muito mais abrangente, denominada amnésia dissociativa generalizada (ADG). A perda de memória pode se expandir para incluir toda a vida, incluindo a identidade pessoal, base de conhecimentos e memória de habilidades. Observações longitudinais de indivíduos com ADG mostra que muitos deles irão satisfazer os critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno dissociativo de identidade (TDI).

O TDI caracteriza-se por uma ruptura da identidade marcada por dois ou mais estados distintos de personalidade. Esses

estados envolvem descontinuidade accentuada no senso de *self*, bem como lacunas de memória clinicamente relevantes. Embora a sra. Upton não se lembre muito bem do ensino fundamental, ela nega ter vivenciado sintomas típicos de TDI como: subitamente se encontrar em um local sem saber como chegou lá (fuga dissociativa); surgimento ou desaparecimento inexplicável de pertences; ser informado de exibir comportamento do qual não tem lembrança; e oscilações inexplicáveis de habilidades, capacidades e conhecimentos (p. ex., conseguir tocar música em um momento, mas ser incapaz de acessar essa habilidade em outro). Além disso, indivíduos com TDI têm a propensão de vivenciar sintomas como ouvir vozes interiores, despersonalização/desrealização, senso subjetivo de divisão do *self*, comportamentos relacionados a troca ou deslocamento de estados de identidade e sintomas relacionados a sobreposição ou interferência entre estados de identidade. Embora esses sintomas justifiquem uma investigação longitudinal, a sra. Upton os negou e dificilmente apresenta TDI.

A entrevista diagnóstica com pessoas com AD não é comum. Elas raramente falam, de forma espontânea, informações sobre problemas de memória. Normalmente, dão pouca importância à amnésia e sua conexão com eventos traumáticos. Talvez o mais importante seja o fato de que abordar a mera possibilidade de um trauma induza a ansiedade intensa, *flashbacks*, pesadelos e memórias somáticas do abuso. É fundamental ter senso de oportunidade, tato e ritmo, uma vez que uma busca entusiástica pela “verdade” pode infligir danos psicológicos em um indivíduo que ainda está sofrendo em decorrência de um abuso que suportou vários anos antes.

Leituras Recomendadas

Courtois CA, Ford JD (eds): Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide. New York, Guilford, 2009

- Lanius RA, Vermetten E, Pain C (eds): *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2010
- Loewenstein RJ: An office mental status examination for chronic complex dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin N Am* 14(3):567–604, 1991
- Loewenstein RJ: Treatment of dissociative amnesia, in Gabbard's *Treatments of Psychiatric Disorders*, 5th Edition. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing (no prelo)
- Simeon D, Loewenstein RJ: Dissociative disorders, in Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Edition, Vol 1. Edited by Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Philadelphia, PA, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 1965–2026
- Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, et al: Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(8):824–852, 2011

CASO 8.2

Desconectado

Daphne Simeon

Jason Vaughan, um estudante do segundo ano de faculdade, de 20 anos, foi encaminhado pelo orientador residente do alojamento estudantil para a clínica de saúde mental da faculdade depois de parecer “estranho e aéreo”. O sr. Vaughan disse ao terapeuta que fazia a avaliação que não estava “no meu normal” há cerca de três meses. Afirmou que seguidamente tinha brancos, como se seus pensamentos não lhe pertencessem. Sentia-se cada vez mais desligado de seu corpo físico e fazia suas atividades diárias como um “robô desconectado”. Por vezes, sentia dúvida se estava vivo ou morto, como se a existência fosse um sonho. Afirmou que sentia-se como se “não houvesse um eu”.

Essas experiências o deixavam em estado de terror durante horas. Suas notas despencaram, e sua socialização foi reduzida a um mínimo.

O sr. Vaughan disse ter ficado deprimido depois do rompimento com a namorada, Jill, alguns meses antes, descrevendo humor triste durante cerca de um mês com sintomas vegetativos leves, mas sem prejuízo de funcionamento. Durante esse tempo, ele começou a perceber sentimentos de embotamento e irrealdade, mas no início não prestou muita atenção neles. Com a resolução do humor deprimido e a percepção de que estava cada vez mais desligado, começou a se preocupar cada vez mais até finalmente buscar ajuda. Contou ao orien-

tador que seu namoro de um ano com Jill havia significado muito para ele e que havia planejado apresentá-la à sua mãe durante o feriado.

O sr. Vaughan descreveu um surto de extrema ansiedade, de duração limitada, na 2^a série do ensino médio. Foi quando começaram os ataques de pânico, que aumentaram de gravidade e frequência ao longo de dois meses. Durante esses ataques, ele se sentia muito desconectado, como se tudo fosse irreal. Às vezes os sintomas duravam várias horas e se pareciam com suas queixas atuais. O início pareceu coincidir com a internação da mãe em um hospital psiquiátrico. Quando ela recebeu alta, todos os sintomas sumiram rapidamente. Na época, não buscou tratamento.

O sr. Vaughan também descreveu vários dias de sintomas de irrealdade transitória durante o ensino fundamental, logo após o divórcio dos pais, quando o pai deixou o jovem Jason morando apenas com a mãe, que sofria de esquizofrenia paranoide. Durante a infância, sentiu solidão global significativa e a sensação de que era o único adulto na família. Sua mãe tinha funcionamento limítrofe, mas de modo geral não eraativamente psicótica. Seu pai raramente voltava para visitá-lo, mas fornecia fundos suficientes para que continuassem a viver em uma situação razoavelmente confortável. Jason costumava ficar com os avós durante os fins de semana, mas, de modo geral, ele e a mãe viviam isolados. Saía-se bem na escola e tinha alguns amigos mais íntimos, mas normalmente era reservado e era raro levar amigos para sua casa. Jill seria a primeira namorada a conhecer sua mãe.

O sr. Vaughan negou uso de drogas, especialmente de *Cannabis*, alucinógenos, cetamina ou sálvia, e o exame toxicológico de urina resultou negativo. Ele negou abuso físico e sexual. Também negou história de depressão, mania, psicose ou outros sintomas psiquiátricos anteriores. Negou especificamente amnésia,

blackouts, identidades múltiplas, alucinações, paranoia e outros pensamentos ou experiências incomuns.

Os resultados de testes laboratoriais de rotina, o exame toxicológico e o exame físico se mostraram normais, assim como a imagem de ressonância magnética do encéfalo e o eletrencefalograma. Consultas com um otorrinolaringologista e um neurologista não acrescentaram dados relevantes.

Diagnóstico

- Transtorno de despersonalização/desrealização.

Discussão

O sr. Vaughan está vivenciando um desligamento persistente do corpo físico, da mente e das emoções e tem uma sensação global de ausência de *self*. Durante essas experiências, seu teste de realidade continuou preservado. A história indica que não há causas médicas nem psiquiátricas para esses sintomas. Os sintomas são persistentes e o funcionamento está significativamente comprometido. O paciente satisfaz os critérios para transtorno de despersonalização/desrealização do DSM-5.

O sr. Vaughan apresentou sintomas semelhantes duas outras vezes, mas nenhum episódio parece ter satisfeito os critérios para transtorno de despersonalização/desrealização.

O primeiro episódio do sr. Vaughan, durante o ensino fundamental, foi desencadeado pelo abandono do pai e, de acordo com o relato, durou apenas alguns dias. Embora não especifique uma duração mínima para o transtorno de despersonalização/desrealização, o DSM-5 indica que os sintomas precisam ser “persistentes ou recorrentes”. A apresentação durante a infância parece mais compatível com outro transtorno dissociativo especificado (reações dissociativas agudas a eventos estres-

santes) do DSM-5, o qual se refere a uma condição aguda e transitória com duração inferior a um mês.

O segundo episódio ocorreu no contexto de dois meses de ataques de pânico crescentes precipitados pela hospitalização psiquiátrica da mãe. Esses sintomas satisfizeram os critérios de duração para transtorno de despersonalização/desrealização, mas ocorreram exclusivamente no contexto de outra condição psiquiátrica (pânico) e se resolveram com a resolução do outro transtorno psiquiátrico. Embora o caso não forneça informações clínicas suficientes para maior especificidade, esse segundo episódio parece se encaixar melhor em um diagnóstico entre os transtornos de ansiedade – transtorno de ansiedade não especificado do DSM-5 – do que entre os transtornos dissociativos.

O episódio mais recente, no entanto, é clássico do transtorno de despersonalização/desrealização: persistiu durante vários meses após a resolução do episódio depressivo de curta duração, não está associado a outro transtorno psiquiátrico por uso de substância ou médico e está associado a um teste de realidade preservado.

Observa-se que o segundo episódio de sintomas teve um peso maior voltado para desrealização, enquanto o terceiro episódio, com diagnóstico clínico, pendia para a despersonalização. De acordo com pesquisas recentes na área, o DSM-5 combiou sintomas de despersonalização e de desrealização em um único transtorno que pode ser constituído por qualquer um dos dois tipos de sintomas ou, mais comumente, por ambos.

Antes que se possa estabelecer o diagnóstico, outras causas psiquiátricas e médicas devem ser investigadas. Devido à esquizofrenia da mãe, a explicação alternativa mais provável parece ser a de transtorno psicótico ou pródromo de esquizofrenia. Contudo, o sr. Vaughan parece ter mantido seu funcionamento social e acadêmico até o agravamento da despersonalização e manteve o teste de realidade

apesar dos sintomas; em consequência, ele não satisfaz os critérios para psicose atual. Atualmente não é possível predizer o risco de desenvolvimento de esquizofrenia no futuro, portanto, uma observação e um apoio longitudinais serão importantes.

Assim como vários pacientes com transtorno de despersonalização/desrealização, o sr. Vaughan não considera seu sofrimento delirante e está convencido de sua natureza “física”. Essa convicção pode levar a exames médicos que tranquilizem o paciente mais do que o ajudem a identificar uma etiologia médica. Jovens com apresentações típicas e sem fatores de risco ou achados em exames físicos e neurológicos têm pouca probabilidade de apresentar algum tipo de doença clínica ou neurológica subjacente. A bateria de exames pode ajudar esses pacientes a continuar com o tratamento psiquiátrico; no entanto, o psiquiatra pode tentar, de forma relevante, conter o entusiasmo de outros médicos, os quais podem sugerir testes mais prolongados ou invasivos.

Embora todos os transtornos dissociativos estejam frequentemente associados a traumas no início da vida, pacientes com transtorno de despersonalização/desrealização relatam traumas que costumam ser menos extremos, tanto física quanto sexualmente. O sr. Vaughan parece ter negado abuso, mas tem um pai que o abandonou e o deixou ao encargo de uma mãe com esquizofrenia. Mesmo sem evocação de eventos traumáticos específicos, pode-se pressupor que a infância do sr. Vaughan foi difícil e contribuiu para esse transtorno.

Leituras Recomendadas

- Baker D, Hunter E, Lawrence E, et al: Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. Br J Psychiatry 2003; 182:428–433
- Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O: Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. J Clin Psychiatry 2003; 64:990–997

Simeon D, Abugel J: Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of Self. New York, Oxford University Press, 2008

Sierra M: Depersonalization: A New Look at a Neglected Syndrome. New York, Cambridge University Press, 2009

CASO 8.3

Dissociações

Roberto Lewis-Fernández

Lourdes Zayas, uma mulher porto-riquenha de 33 anos, nascida nos Estados Unidos, foi levada ao pronto-socorro (PS) depois de ter ficado perturbada e tentado engolir água sanitária.

A paciente, que não tinha história psiquiátrica anterior, aparentemente estava bem no dia anterior, até ficar sabendo que o noivo havia sido assassinado em um incidente relacionado a drogas em Porto Rico. A família relatou que a sra. Zayas inicialmente reagira com uma tranquilidade incomum. Preocupados, os parentes a seguiram discretamente pelo pequeno apartamento durante várias horas. Ela não fala e, em vez disso, se dedicava a tarefas repetitivas e desnecessárias, como dobrar e desdobrar roupas.

Naquela tarde, de pé, ao lado da máquina de lavar roupas, soltou um grito, pegou uma garrafa de água sanitária e tentou bebê-la. Seu irmão arrancou a garrafa de suas mãos. Ela caiu no chão, tremendo, gritando e chorando. Esse episódio durou alguns segundos e, depois, ela “ficou pa-

rada, como se estivesse morta” durante alguns minutos. A família não percebeu movimentos tônico-clônicos, mordida da língua ou perda de controle do esfincter. Quando a ambulância chegou, a sra. Zayas estava chorando baixinho, repetindo o nome do noivo e, de modo geral, não respondia a perguntas. Depois que a equipe médica tratou as queimaduras leves em seus lábios, ela foi encaminhada para o departamento de psiquiatria.

Ao longo das horas seguintes, a sra. Zayas começou a reagir mais. Durante uma entrevista clínica realizada em espanhol, ela relatou ter ficado “embotada” (*insensible*) pela notícia da morte do noivo e descreveu uma sensação de estar desconectada do corpo, de suas emoções e do ambiente. Esses sintomas ainda estavam presentes no PS, mas se reduziram ao longo de várias horas. Ela descreveu também amnésia do que ocorreu a partir do momento em que gritou e sua visão ficou “turva” (*oscura*) até o momento em que “acordou”, já no PS.

Enquanto estava sob observação de 24 horas, a sra. Zayas teve mais dois episódios de agitação repentina, choro e gritos, durante os quais tentou arranhar o rosto e deixar o quarto. Como ela respondeu rapidamente à intervenção oral e ao contato físico tranquilizador, não foram administrados medicamentos nem colocadas contenções, mas ficou sob observação individual intensiva. Os resultados de testes laboratoriais assim como um eletrencefograma e uma punção lombar, não revelaram nada extraordinário.

Durante o exame, ela chorava baixo, seu humor era triste e relatou despersonalização, desrealização e amnésia da tentativa de suicídio. Estava orientada para tempo, pessoa e lugar; não tinha sintomas psicóticos; e negou ideação suicida atual.

A sra. Zayas foi transferida para uma unidade de internação psiquiátrica para avaliação. Inicialmente, teve dificuldade para dormir e tinha sonhos tristes e assustadores com o noivo. Negou lembranças das horas que se seguiram após ter tentado beber água sanitária. Esforçava-se para evitar pensar sobre o noivo e estava perturbada por lembranças intrusivas do tempo que passaram juntos, mas em nenhum momento satisfez os critérios do DSM-5 para transtorno de estresse agudo ou depressão maior. Seus sintomas melhoraram significativamente após uma semana. Não foi medicada no hospital e recebeu alta após 10 dias com acompanhamento ambulatorial. Foi a uma única consulta, um mês depois, quando ela e a família concordaram que ela ficava episodicamente triste com a morte do noivo, mas estava de volta ao normal. A partir de então, não seguiu mais o acompanhamento.

Diagnóstico

- Outro transtorno dissociativo especificado: reações dissociativas agudas a eventos estressantes.

Discussão

Clínicos diferentes podem tentar conceitualizar os sintomas da sra. Zayas de formas diferentes. Como o assassinato do noivo foi, sem dúvida, traumático, um clínico poderia tentar encaixar seus sintomas em um dos diagnósticos listados entre os transtornos relacionados a trauma e a estresseiros do DSM-5. Outro clínico poderia reconhecer sintomas psicóticos e tentar encontrar um diagnóstico no espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Outro poderia tentar encontrar um transtorno depressivo ou relacionado à ansiedade que se encaixassem na sintomatologia. Outro ainda poderia procurar um transtorno da personalidade ou uma vulnerabilidade da personalidade preexistente que poderiam ter levado a esses sintomas.

Contudo, ao se ater às informações fornecidas, pode-se desenvolver uma explicação mais simples. Em reação à notícia do assassinato, a sra. Zayas ficou “embotada” e perambulou pelo apartamento durante horas, repetidamente dobrando e desdobrando roupas. Descreveu estar desconectada do corpo, das emoções e do ambiente. A tentativa de beber água sanitária foi impedida e então ela caiu no chão, tremendo e chorando. Teve amnésia do evento, afirmando que acordou horas depois no PS. Prosseguiu com vários dias de memórias intrusivas e indesejadas e pesadelos, mas voltou ao normal no prazo de uma ou duas semanas.

A sra. Zayas teve um episódio dissociativo agudo. Listado como um exemplo de outro transtorno dissociativo especificado, esse novo diagnóstico do DSM-5 descreve um grupo de pessoas que reagem a um estresse com sintomas dissociativos agudos e transitórios que podem incluir uma combinação das seguintes manifestações: constrição da consciência; despersonalização; desrealização; perturbações na percepção (p. ex., lentidão do tempo, macropsia); microamnésias; estupor transitório; e

alterações dos funcionamentos sensorial e motor (p. ex., analgesia, parálisia). A sra. Zayas relatou constrição da consciência (ensimesmamento com comportamentos repetitivos), despersonalização, desrealização, estupor transitório e microamnésia.

Em alguns indivíduos, um episódio agudo se torna recorrente, especialmente quando estressores repetidos precipitam novas reações agudas. Em outros indivíduos, a condição aguda se resolve com sequelas mínimas.

Episódios dissociativos agudos podem ser comórbidos com outros diagnósticos psiquiátricos ou podem ser uma reação isolada em uma pessoa que, fora isso, tem funcionamento normal. Eles também foram descritos como parte de um grupo heterogêneo de sintomas em todo o mundo. Um episódio dissociativo semelhante poderia ser classificado como “desentendimento” no Sul dos Estados Unidos ou como “indisposição” no Haiti.

Na América Latina, episódios semelhantes são chamados de *ataque de nervios* (*ataque de nervos*), que é o termo que a sra. Zayas e sua família usaram durante sua hospitalização.

Temores desse tipo de reação supostamente levaram a família a monitorar de perto a sra. Zayas depois que ela recebeu a notícia e ajudaram a impedir que ela sofresse maiores danos por causa da água sanitária. *Ataques* são bastante comuns, com

uma incidência na vida de cerca de 10% em porto-riquenhos nascidos nos Estados Unidos. Eles são considerados reações normais quando precipitados por estressores distintos e arrasadores como no caso da sra. Zayas. Uma história de *ataques* durante a vida, no entanto, está associada a índices mais elevados de incapacidade relacionada a saúde mental, ideação suicida e cuidados ambulatoriais de saúde mental. O *ataque* da sra. Zayas, portanto, sugere vulnerabilidade potencial a sequelas psiquiátricas. Neste caso em particular, a sra. Zayas e sua família deveriam ser orientadas de que ela corre risco de outro ataque no contexto de outro estressor e também corre risco de transtorno de estresse pós-traumático de início tardio.

Leituras Recomendadas

- Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR: Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):750–769, 2011
- Guarnaccia PJ, Lewis-Fernández R, Martínez Pincay I, et al: Ataque de nervios as a marker of social and psychiatric vulnerability: results from the NLAAS. *Int J Soc Psychiatry* 56(3):298–309, 2010
- Lewis-Fernández R, Horvitz-Lennon M, Blanco C, et al: Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. *J Nerv Ment Dis* 197(5):337–347, 2009 P
- Lim RF (ed): *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 9

Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados

INTRODUÇÃO

Anna Dickerman

John W. Barnhill

O transtorno de sintomas somáticos (TSS) é um diagnóstico do DSM-5 que descreve um grupo de pacientes que sofrem sintomas somáticos aflitivos, juntamente com pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em reação a esses sintomas. Trata-se de um termo abrangente, cuja intenção é descrever a maioria dos pacientes que anteriormente recebiam diagnósticos como transtorno de somatização, transtorno doloroso e hipocondria, incluídos no capítulo sobre transtornos somatoformes do DSM-IV. A diferença fundamental é que diagnosticar TSS exige uma busca por sintomas positivos, como sofrimento e

disfunção, em vez da busca por uma negativa (descartar sintomas sem explicação médica). Os pacientes podem ter – e com frequência têm – diagnósticos médicos de natureza fisiológica, mas o novo diagnóstico permite que o clínico se concentre no sofrimento e nos pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em vez da validade das queixas médicas do paciente.

O capítulo do DSM-5 sobre transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados também inclui o transtorno de ansiedade de doença, o transtorno conversivo, os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas (FPAOCM) e o

transtorno factício, bem como as categorias outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado e transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificado. Os critérios para transtornos em todo o capítulo foram aperfeiçoados e simplificados com ênfase no desenvolvimento de critérios diagnósticos que podem ser úteis em clínicas médicas e para profissionais da área da saúde fora do âmbito da psiquiatria.

O termo *hipocondria* foi eliminado no DSM-5 por ser considerado pejorativo e contraproducente para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica. Esse termo também apresentava uma história antiga e complexa que levava a um amplo espectro de ideias sobre seu significado e etiologia. O DSM-5 divide hipocondria em dois grupos diagnósticos. A maioria das pessoas com hipocondria segundo o DSM-IV apresenta uma ansiedade significativa voltada para a saúde na presença de sintomas somáticos significativos; no DSM-5, essas pessoas são descritas como tendo TSS. Talvez 25% dos indivíduos com ansiedade de saúde elevada não apresentem queixas somáticas relevantes; esses pacientes são diagnosticados com transtorno de ansiedade de doença (TAD), novo no DSM-5.

O DSM-5 assume uma abordagem semelhante em relação aos indivíduos que parecem ter pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais no contexto de dor. Indivíduos que seriam diagnosticados com transtorno doloroso pelo DSM-IV geralmente se encaixam no TSS do DSM-5, com o especificador “com dor predominante”. Algumas pessoas com pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais relacionados à dor podem se encaixar melhor em fatores psicológicos que afetam outras condições médicas (FPAOCM) do DSM-5, um diagnóstico que anteriormente fora incluído no capítulo “Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica” do DSM-IV. FPAOCM se refere a uma condição na qual fatores psicológicos ou comportamentais influenciam de modo

adverso uma condição médica. Um exemplo disso seria a negação da relevância de uma dor torácica que leve a uma intervenção médica atrasada. Embora seja novo no DSM, o diagnóstico de FPAOCM provavelmente seja bastante comum.

A investigação de sintomas sem explanação médica perdeu ênfase no DSM-5, de modo que a maioria dos transtornos nesse capítulo não requer que o clínico “descarte” condições médicas de fundo fisiológico. O transtorno conversivo do DSM-5, também conhecido como transtorno de sintomas neurológicos funcionais, é um pouco diferente. Seus critérios sintomáticos incluem funcionamento voluntário motor ou sensorial alterado juntamente com evidências de que existe incompatibilidade entre o síntoma e as condições médicas ou neurológicas identificadas. Especificadores para transtorno conversivo incluem sintomas (p. ex., fraqueza ou convulsões), duração (p. ex., agudo ou persistente) e presença ou ausência de um estressor psicológico relevante.

O transtorno factício é a produção consciente de sinais ou sintomas falsos. Assim como o transtorno conversivo, a investigação de um possível transtorno factício exige que o clínico considere a possibilidade de que os sintomas do paciente não se baseiam em doença com fundo fisiológico. Esse tipo de abordagem não precisa ser invariavelmente positiva, de modo que é útil equilibrar o ceticismo necessário com uma curiosidade profissional quando a apresentação do paciente não parece fazer sentido.

Como se observa em todo o DSM-5, o capítulo sobre transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados inclui uma categoria sem especificação cujo uso é indicado quando os sintomas são sugestivos, mas as informações são limitadas. A categoria “outro transtorno especificado” é usada quando os clínicos tomam a decisão de que o indivíduo apresenta aspectos característicos de um transtorno de sintomas somáticos específico e apresenta sofrimento e/ou disfunção significativos, mas não satisfaz exatamente os critérios declarados

para um ou outro transtorno em particular. Por exemplo, um paciente pode satisfazer todos os critérios para TSS ou TAD, mas teve sintomas durante um período inferior aos seis meses exigidos; deve-se indicar, então, que o paciente apresenta TSS breve ou o TAD breve. Os outros dois diagnósticos nessa categoria de “outro transtorno especificado” são o TAD sem comportamentos excessivos relacionados à saúde e a pseudociese (i. e., pseudogravidez).

Junto de pacientes com convulsões não epilépticas (pseudoconvulsões), um tipo de transtorno conversivo, que podem ser diagnosticados por meio de eletrencefalogramas negativos na presença de atividade convulsiva, pacientes com sintomas de gravidez podem ser diagnosticadas com pseudociese por meio de um teste de gravidez. De modo geral, no entanto, a avaliação de pacientes com transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados não deve se

concentrar na detecção de falsidade ou na busca agressiva de uma etiologia inconsciente. Ao contrário, o objetivo principal é identificar grupos comuns de pensamentos, sentimentos e comportamentos que causam sofrimento e/ou disfunção e que podem, então, ser o foco de atenção clínica.

Leituras Recomendadas

- Dimsdale JE, Xin Y, Kleinman A, et al (eds): Somatic Presentations of Mental Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2009
- Friedman JH, LaFrance WC Jr: Psychogenic disorders: the need to speak plainly. *Arch Neurol* 67(6):753–755, 2010
- MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ: The psychosomatic patient, in *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006, pp 447–460

CASO 9.1

Dor e Depressão

James A. Bourgeois

Michelle Adams, uma ex-cabeleirreira de 51 anos, foi a uma clínica psiquiátrica por insistência de seu clínico geral. Um bilhete enviado antecipadamente revelou que ela ficara chorosa e frustrada em sua última consulta, e o médico, que tinha

dificuldades em controlar sua dor persistente nas costas, achou que uma avaliação psiquiátrica poderia ajudar.

Ao cumprimentar a sra. Adams na sala de espera, o psiquiatra ficou impressionado tanto por sua aparência quanto por

seus modos: lá estava uma mulher com cabelos grisalhos despenteados e óculos escuros, sentada em uma cadeira de rodas, que ofereceu um aperto de mão frouxo e um suspiro melancólico antes de perguntar se o psiquiatra se importava de empurrar a cadeira de rodas até o consultório. Ela estava cansada devido ao longo trajeto e explicou: "Ninguém na rua se ofereceu para me ajudar. Pode acreditar?".

Uma vez instalada, a sra. Adams afirmou que sofria de dores insuportáveis nas costas há 13 meses. Na noite "em que tudo mudou", ela havia se trancado do lado de fora do apartamento e, quando tentava subir pela saída de incêndio, caiu e fraturou a pelve, o cóccix, o cotovelo direito e três costelas. Embora não tenha sido necessário realizar uma cirurgia, ficou de cama durante seis semanas e então passou por vários meses de fisioterapia. Medicamentos narcóticos diários ofereciam alívio apenas moderado. Havia se consultado com "uma dúzia" de médicos de diversas especialidades e tentado vários tratamentos, incluindo injeções anestésicas e terapia de estimulação bioelétrica, mas a dor não cessava. Durante esse suplício e por vários anos antes, a sra. Adams fumava maconha diariamente, explicou que tragadas de hora em hora de um cigarro de maconha amenizavam a dor e a ajudavam a relaxar. Não ingeria álcool nem usava outras drogas ilícitas.

Antes do acidente, a sra. Adams havia trabalhado em um salão de beleza do bairro por mais de 20 anos. Tinha orgulho da fidelidade de várias clientes e prazer na amizade com suas colegas de trabalho, a quem chamava de "minha verdadeira família". Não conseguira retomar o trabalho desde o acidente devido à dor. "Esses médicos ficam me dizendo que estou bem para voltar a trabalhar", afirmou com descontentamento evidente, "mas não sabem pelo que estou passando". Sua voz ficou embargada. "Eles não acreditam em mim. Acham que estou mentindo". Acrescentou que, embora alguns amigos tenham ten-

tado manter contato depois do acidente, ultimamente pareciam menos solidários. Ela deixava a secretária eletrônica atender os telefonemas na maior parte do tempo porque simplesmente não tinha vontade de socializar em virtude da dor. No mês anterior, parara de tomar banhos diários e descuidou da limpeza do apartamento. Sem a estrutura do trabalho, começou a ficar acordada até as 5h da manhã, e a dor a acordava várias vezes antes de finalmente sair da cama à tarde. Quanto ao humor, afirmou: "estou tão deprimida que chega a ser ridículo". Costuma perder as esperanças da possibilidade de viver sem dor, mas negou já ter pensado em suicídio. Explicou que sua fé católica a impedia de tomar sua própria vida.

A sra. Adams nunca havia se consultado com um psiquiatra antes e não lembrava ter se sentido deprimida antes do acidente, embora tenha descrito um "mau gênio" como um traço familiar. Falou de apenas um relacionamento amoroso significativo, que acontecera há muitos anos, com uma mulher emocionalmente abusiva. Quando perguntada sobre dificuldades legais, ela revelou várias prisões por roubo quando estava na faixa dos 20 anos. Afirmou que estava "no lugar errado na hora errada" e que nunca havia sido condenada por crime.

Diagnósticos

- Transtorno de sintomas somáticos com dor predominante, persistente, de moderada a grave.
- Transtorno por uso de *Cannabis*.
- Transtorno depressivo maior.

Discussão

A sra. Adams apresenta uma história de dor desde a queda que sofreu no ano anterior. Recebeu cuidados, reabilitação e sofreu vários procedimentos ambulatoriais invasivos, mas, ainda assim, sua dor e a

disfunção social limitadora que a acompanha persistiram e se agravaram. Aparentemente ela sofre uma progressão de comorbidades psiquiátricas, cada vez mais deprimida, a ponto de manifestar sintomas de humor, motivação, sono e cuidados pessoais. Seria necessário obter mais informações para confirmar um diagnóstico de depressão maior, mas parece provável que ela satisfaça os critérios exigidos.

Ademais, a sra. Adams usa maconha diariamente. Ela parece ter desenvolvido uma dependência comportamental do uso devido às propriedades levemente analgésicas e ansiolíticas. Não parece considerar isso um problema. No entanto, está cronicamente deprimida, desmotivada e com funcionamento ruim, além de fazer uso diário de uma substância ilícita conhecida por induzir exatamente os mesmos efeitos. Portanto, ela provavelmente se qualifica para transtorno por uso de *Cannabis* do DSM-5. Também seria útil investigar a possibilidade de depressão maior induzida por *Cannabis*.

Além da depressão e do abuso de *Cannabis*, a sra. Adams parece ter pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos relacionados à sua dor e à sua fraqueza física, as quais persistiram durante um ano e são bastante debilitantes. Portanto, ela se qualifica para um transtorno de sintomas somáticos (TSS) do DSM-5, com um especificador de “dor predominante”. Neste caso, a dor assumiu “vida própria”, muito depois do período de recuperação médica inicial. É importante lembrar que o transtorno doloroso não é mais considerado uma doença distinta no DSM-5, e sim visto como um dos TSSs.

Conforme ilustrado neste caso, é comum que pacientes com TSSs desenvolvam transtornos secundários de humor e por uso de substância. Em termos de fono-menologia, costuma ser útil abordar casos

desse tipo apurando de forma sequencial a “trimorbidade” de sintomas somáticos (dor, neste caso), transtorno do humor e transtorno por uso de substância. Conforme apresentado nesta narrativa bastante comum, aparentemente a paciente estava funcionando bem sem doença psiquiátrica nem uso de substância incapacitantes até o surgimento de dor persistente e avassaladora. Portanto, a doença “primária” é o TSS, com problemas de humor e substância “derivados” do sintoma somático inicial.

A fase de diagnóstico é com frequência marcada por várias armadilhas potenciais. Pacientes com TSSs normalmente se consultam em serviços de atenção primária ou clínicos de outras especialidades médicas e podem se negar a um encaminhamento psiquiátrico. Embora apenas levemente sugerido pela história da sra. Adams, o uso em excesso de analgesia opioide com frequência se torna o enfoque psiquiátrico inicial, bem como o primeiro conflito em potencial. Os psiquiatras podem se encontrar em uma luta de poder sobre opiáceos em 30 minutos da primeira consulta com o paciente. Por conseguinte, pacientes como a sra. Adams correm o risco de não obter uma avaliação completa para transtornos de tratamento imediato, como depressão e abuso de substância, e, portanto, podem não dar início ao processo de converter a sua dor de uma catástrofe para um sintoma crônico porém manejável.

Leituras Recomendadas

Bourgeois JA, Kahn D, Philbrick KL, Bostwick JM, et al: Casebook of Psychosomatic Medicine. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009

Dimsdale J, Sharma N, Sharpe M: What do physicians think of somatoform disorders? *Psychosomatics* 52(2):154–159, 2011

CASO 9.2

Queixas Somáticas

James L. Levenson

Norma Balaban, uma mulher casada de 37 anos, foi encaminhada por seu clínico geral para avaliação de depressão e múltiplos sintomas somáticos. Ela gozava de boa saúde geral até o ano anterior, apesar de compulsão alimentar e obesidade, e havia feito uma cirurgia de *bypass* gástrico seis anos antes.

Assim que entrou no consultório, a sra. Balaban entregou ao psiquiatra um resumo de três páginas sobre suas preocupações físicas. Espasmos noturnos e dores diurnas nas pernas eram suas preocupações iniciais. Seguiam-se o desenvolvimento de dificuldades do sono que levaram a “névoa do cérebro” (*brain fog*) e sensação de cabeça pesada. Ela tinha sensações de frio intermitente nas extremidades, face, orelhas, olhos e passagens nasais. As sensações de olhos latejantes eram, em sua opinião, mais pronunciadas depois de uma noite mal dormida. Nos últimos meses, desenvolveu dificuldade de urinar, irregularidade menstrual e passou a ter diversas queixas musculares, incluindo dor no glúteo direito com sensação de ardência na coxa direita. Também tinha torcicolo acompanhado por espasmos torácicos nas costas.

O clínico geral da sra. Balaban avaliou os sintomas iniciais e a encaminhou a um reumatologista e a uma neurologista. O primeiro a diagnosticou com dores nas costas sem evidências de artrite inflamatória. Também diagnosticou possíveis enxaquecas com sintomas oculares e neuropáticos

periféricos. A neurologista descobriu que a sra. Balaban também estava sendo avaliada por outro neurologista em outro centro médico e por um neuro-oftalmologista no mesmo centro. O diagnóstico da neurologista foi uma “variação atípica de enxaqueca”, mas indicou que “a paciente parecia apresentar também um grau significativo de depressão que poderia estar agravando os sintomas ou, até mesmo, ser um fator precipitante subjacente”. Uma análise dos testes realizados nos dois centros médicos indicou que os resultados dos seguintes testes foram normais: dois eletrencefalogramas, uma eletromiografia, três ressonâncias magnéticas do encéfalo e outras três da coluna vertebral, dois estudos de punção lombar e exames laboratoriais em série. Recomendou-se consulta psiquiátrica, a qual a paciente recusou até ceder às constantes insistências de seu clínico geral.

A sra. Balaban inicialmente falou ao psiquiatra sobre suas queixas físicas. Ela estava muito frustrada pelo fato de não receber um diagnóstico definitivo, apesar de ter se consultado com vários especialistas, e ainda estava muito preocupada com seus sintomas. Ela havia começado a tomar fluoxetina e gabapentina, receitadas pelo clínico geral, e sentiu uma melhora parcial no humor e em algumas de suas dores. Tinha dificuldade em se concentrar e finalizar seus trabalhos e passava muito tempo na internet pesquisando seus sintomas. Também sentia-se mal por não passar tempo suficiente com os fi-

lhos e o marido, mas simplesmente estava sem energia. Reconheceu surtos de humor depressivo ao longo do ano anterior com um pouco de anedonia e pensamentos eventuais de suicídio (havia considerado bater o carro), mas sem anorexia ou culpa. Descreveu sintomas depressivos pré-menstruais que já duravam quase um ano.

A sra. Balaban foi tratada para depressão pós-parto seis anos antes, após o nascimento da segunda filha. A história familiar era relevante em relação a câncer, depressão e hipertensão.

A sra. Balaban vivia com o marido e duas filhas, de 10 e 6 anos. O marido estava sendo tratado para depressão. A paciente se formou na faculdade e era assistente administrativa do reitor da universidade local há anos. Cresceu em uma pequena cidade rural do interior. Ela relatou uma infância feliz e negou experiências de abuso físico ou sexual.

Durante o exame de estado mental, a paciente estava alerta, vestida de forma casual, porém asseada, cooperativa e nem um pouco defensiva. O humor e o afeto estavam deprimidos, e demonstrou retardo psicomotor. Não havia anormalidades no processo nem no conteúdo do pensamento, tampouco anormalidades na percepção ou disfunção cognitiva evidente.

Diagnóstico

- Transtorno de sintomas somáticos.

Discussão

A sra. Balaban dedica uma quantidade de tempo e de energia incomuns pensando, documentando e buscando cuidados para seus sintomas somáticos. Esses sintomas lhe causam sofrimento e interferem em sua capacidade de funcionamento. Ela está sintomática há, pelo menos, seis meses. Desse modo, o caso satisfaz os critérios para transtorno de sintomas somáticos (TSS) do DSM-5.

O TSS é um novo diagnóstico no DSM-5 e reflete uma mudança significativa dos

sistemas de classificação anteriores. Os sintomas de TSS podem ter início em qualquer idade, embora a preocupação excessiva com sintomas somáticos devam persistir, de modo geral, durante um período mínimo de seis meses. O DSM-5 também enfatiza a importância de pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em reação aos sintomas somáticos, em vez da existência ou não de uma causa médica para os sintomas físicos.

A grande quantidade de sintomas físicos aparentemente não relacionados da sra. Balaban realmente sugere um componente psiquiátrico em suas queixas. É possível que ela tenha condições médicas não diagnosticadas que poderiam explicar muitos de seus sintomas (p. ex., esclerose múltipla), mas esse diagnóstico médico dificilmente afetaria o diagnóstico do DSM-5. Provavelmente ainda seriam observados pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas e preocupações com a saúde. Em outras palavras, a questão fundamental no TSS não são os sintomas, mas sim a interpretação deles.

Uma das ramificações dessa mudança diagnóstica do DSM-IV para o DSM-5 é que este último não se baseia na *ausência* de uma explicação. O esforço em provar que o paciente não apresenta um diagnóstico médico pertinente pode levar a exames excessivos, como se observa na situação da sra. Balaban. Além disso, uma busca prolongada por resultados negativos pode levar a uma situação de antagonismo, com o paciente tentando convencer os médicos de que tem um problema, e os médicos, com frequência, se sentindo obrigados a solicitar mais exames, buscar mais consultas e esperar que o paciente encontre um novo clínico geral. Quando um rótulo psiquiátrico finalmente é proposto, o paciente provavelmente irá encarar o termo como algo pejorativo e se sentirá descartado. O diagnóstico de TSS do DSM-5 deve contornar esse conflito. Pacientes com TSS geralmente apresentam problemas médicos reais, mas o foco psiquiátrico

é a forma como seus pensamentos, sentimentos e comportamentos são afetados pelas queixas físicas.

Pacientes que apresentam queixas físicas excessivas com frequência apresentam diagnósticos psiquiátricos fora da categoria de transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Embora a sra. Balaban não pareça satisfazer todos os critérios para o diagnóstico de transtorno depressivo maior, ela apresenta sintomas depressivos proeminentes, incluindo alguma ideação suicida. Ela também apresenta uma história de depressão pós-parto que exigiu cuidados psiquiátricos. Essa história traz à tona a possibilidade de transtorno bipolar não diagnosticado, bem como um possível diagnóstico depressivo. Ela tem “espasmos noturnos nas pernas” e poderia apresentar síndrome das pernas inquietas do DSM-5, o que poderia causar insônia e uma exacerba-

ção das preocupações somáticas. Uma avaliação mais aprofundada da sra. Balaban investigaria episódios atuais e passados de depressão, mania e hipomania, além de considerar possíveis transtornos alimentares, do sono e por uso de opioides.

Leituras Recomendadas

Dimsdale JE: Medically unexplained symptoms: a treacherous foundation for somatoform disorders? *Psychiatr Clin North Am* 34(3):511–513, 2011

Dimsdale J, Creed F; DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders: The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV: a preliminary report. *J Psychosom Res* 66(6):473–476, 2009

Levenson JL: The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatr Clin North Am* 34(3):515–524, 2011

CASO 9.3

Doença de Lyme Crônica

Robert Boland

Oscar Capek, um homem de 43 anos, foi levado pela esposa para um pronto-socorro (PS) pelo que ele descreveu como uma recaída de sua doença de Lyme crônica. Ele explicou que há um mês sofria de fadiga e que estava de cama há uma semana. Afirmando que estava muito can-

sado e confuso para fornecer informações, solicitou à equipe do PS que chamassem seu psiquiatra.

O psiquiatra relatou que vinha tratando o sr. Capek há mais de duas décadas. A primeira consulta fora devido ao que parecia ser um ataque de pânico, o qual

se resolveu rapidamente, mas o sr. Capek continuou as consultas para ajudar a lidar com sua doença crônica. Inicialmente um estudante graduado buscando o mestreando em contabilidade, o sr. Capek desistiu do curso devido à preocupação de que as exigências dos estudos exacerbassem sua doença. Desde então, a esposa, uma enfermeira diplomada, se tornou seu apoio principal. Ele complementava a renda familiar com pequenos trabalhos de contabilidade, porém os limitava por temer que o estresse afetasse sua saúde.

O sr. Capek normalmente se sentia física e emocionalmente bem. Acreditava que sua fadiga, sua ansiedade e suas dificuldades de concentração eventuais fossem “controláveis” e não exigissem tratamento. Ele era contra medicamentos psicotrópicos e tomou uma abordagem homeopática à doença, incluindo exercícios e alimentação adequada. Quando medicamentos eram necessários, usava pequenas doses (p. ex., um quarto de um comprimido de 0,5 mg de lorazepam). Suas sessões psiquiátricas normalmente eram dedicadas às preocupações com sua doença subjacente; ele costumava levar artigos sobre doença de Lyme crônica para discuti-los e participava ativamente de um grupo de apoio local para doença de Lyme.

Os sintomas do sr. Capek eventualmente se agravavam, com frequência quase anual, e essas “exacerbações” normalmente estavam relacionadas a algum estresse evidente. O pior evento havia ocorrido um ano antes, quando a esposa o deixou por um curto período depois da revelação de que ele havia tido um caso extraconjugal. O sr. Capek demonstrou vergonha sobre seu comportamento em relação à esposa – tanto do caso extraconjugal quanto de sua incapacidade em apoia-la. Em consequência, interrompeu o contato com a outra mulher e tentou aumentar seu trabalho em contabilidade. O psiquiatra conjecturou se um estresse semelhante estava por trás de seus sintomas atuais.

O psiquiatra se comunicava regularmente com o clínico geral do sr. Capek. Todos os testes para doença de Lyme até agora haviam sido negativos. Quando o clínico geral explicou a situação, o sr. Capek assumiu uma postura defensiva e mostrou artigos sobre a imprecisão dos testes para doença de Lyme. Por fim, o clínico geral e o psiquiatra concordaram em uma abordagem de tratamento conservadora com postura neutra quanto à realidade da doença.

Durante o exame, a aparência do sr. Capek era a de um homem adulto saudável e de boa constituição. Estava ansioso e falava baixo, com os olhos fechados. Frequentemente perdia a linha de raciocínio, mas, com incentivo e paciência, forneceu uma história detalhada compatível com o relato do psiquiatra. O exame físico não revelou nada extraordinário. Testes para doença de Lyme foram adiados devido ao resultado negativo de testes anteriores. Uma triagem laboratorial padrão resultou normal, com exceção de um valor ligeiramente baixo de hemoglobina. Ao saber do baixo teor de hemoglobina, o sr. Capek ficou assustado, dispensou tentativas de tranquilizá-lo e insistiu que o caso fosse investigado mais aprofundadamente.

Diagnóstico

- Transtorno de ansiedade de doença, tipo busca de cuidado.

Discussão

O sr. Capek insiste ter uma doença incapacitante apesar de explicações mais plausíveis. Sua insistência se mantém firme, apesar dos testes negativos, e contribui para ansiedades crônicas com respeito a saúde e funcionamento ruim. Os sistemas anteriores de categorização, incluindo o DSM-IV, considerariam o sr. Capek “hipocondríaco”, mas o DSM-5 assume uma abordagem diferente.

Devido ao fato de que o diagnóstico de hipocondria era considerado em parte piorativo e evitava um relacionamento eficaz entre médico e paciente, além de incentivar um esforço extremamente minucioso de “provar resultados negativos”, pacientes que anteriormente seriam diagnosticados com hipocondria agora são diagnosticados com um entre dois diagnósticos do DSM-5: transtorno de sintomas somáticos (TSS) ou transtorno de ansiedade de doença (TAD).

O TSS é definido como uma reação excessiva ou mal-adaptativa a sintomas somáticos. Com relação ao sr. Capek, a questão diagnóstica fundamental é que o TSS exige sintomas físicos significativos. Embora se acredite que a maioria dos pacientes com hipocondria nos termos do DSM-IV apresentará o TSS do DSM-5, alguns se encaixarão melhor no TAD, cuja intenção é descrever pacientes com uma convicção de que têm uma doença grave, junto de ansiedades proeminentes e comportamentos excessivos em relação à saúde ou esquia mal-adaptativa. O fator de distinção importante é que os sintomas físicos no TAD ou estão totalmente ausentes ou apresentam intensidade leve.

Os sintomas do sr. Capek parecem se encaixar melhor no TAD. Embora ele apresente sintomas eventuais, normalmente se sente saudável; o problema principal é que ele acredita ter uma doença subjacente e organizou sua vida para evitar um suposto agravamento. O comportamento com relação ao resultado provavelmente irrelevante do teste de hemoglobina demonstra sua hipersensibilidade referente a qualquer indicação de agravamento da saúde. Essa abordagem mal-adaptativa à sua suposta doença, junto da preocupação com ela, parece ser a patologia principal.

Assim como em qualquer apresentação do TSS, há muitos fatores importantes que devem ser descartados. O mais importante é a possibilidade de uma doença médica ainda não identificada. Mesmo diante da improbabilidade de ter doença de Lyme, há várias síndromes identificadas, ainda que sem definição categórica, incluindo

fadiga crônica, síndrome de disfunção imunológica e fibromialgia que, embora facilmente despercebidas, parecem caracterizar um subconjunto de pacientes que não se encaixam facilmente em categorias alternativas. É importante que o psiquiatra considere doenças médicas não diagnosticadas e não seja precipitado em relação a um diagnóstico de TSS, porque, uma vez que os sintomas do paciente forem atribuídos a um diagnóstico psiquiátrico, há a tendência de interrupção dos exames médicos. Neste caso, a disponibilidade de uma história médica e psiquiátrica prolongada aumenta a confiança diagnóstica.

Vários diagnósticos psiquiátricos são possíveis. O sr. Capek tem história de ataques de pânico. Às vezes é ansioso e provavelmente deprimido; em uma única consulta, pode ser difícil distinguir esses sintomas de um TSS. A preocupação com doença do sr. Capek persiste apesar de evidências em contrário, o que desperta a possibilidade de que ele esteja psicótico. Embora seja difícil julgar onde a preocupação somática termina e o delírio começa, as ideias do sr. Copek não alcançam a rigidez e a intensidade observadas em delírios somáticos que integram o transtorno delirante, a esquizofrenia e o transtorno depressivo maior com características psicóticas; ademais, sua preocupação com doença é plausível e não mostra a qualidade bizarra normalmente encontrada em delírios. Por exemplo, ao lembrar seu médico que o teste para detecção de Lyme não é perfeito, ele não está sendo irracional, mas apenas supervalorizando uma explicação improvável.

O transtorno obsessivo-compulsivo compartilha muitas características com o TAD, e a distinção entre os dois pode ser mais prática do que significativa. No momento, o paciente tem uma única obsessão: preocupações com a saúde. Ele não apresenta várias preocupações associadas (p. ex., medo de contaminação). Portanto, o TAD é um diagnóstico que se encaixa melhor do que transtorno obsessivo-compulsivo.

Particularmente úteis para a confirmação da presença de um TAD (e exclusão de vários outros diagnósticos psiquiátricos) são as informações colaterais obtidas a partir do psiquiatra, que conhece o sr. Capek há décadas.

Historicamente, um diagnóstico dentro do grupo de transtornos somatoformes ou somáticos exigiria algum tipo de avaliação da lógica por trás do transtorno (i.e., os ganhos que resultam da debilidade). No entanto, esse esforço foi dificultado pela raridade da confirmação real das hipóteses. Com exceção do diagnóstico de transtorno factício, o DSM-5 não exige nenhuma tentativa de deduzir a motivação subjacente ao avaliar a possibilidade de um TSS. Ainda assim, no processo de compreender a situação do sr. Capek, é difícil não considerar o papel reforçador de determinados tipos de ganho secundário. Embora o paciente esteja claramente sofrendo com seu transtorno, ele ganhou alívio de diversas responsabilidades e uma desculpa potencial

para comportamentos inadequados. Minar a importância desses agentes de reforço deve figurar em um tratamento significativo. Uma função igualmente importante do psiquiatra é ajudar a reduzir o dano iatrogênico que pode ser causado por serviços de saúde diligentes demais e ajudar o paciente e a equipe médica a adotar uma abordagem conservadora e imparcial.

Leituras Recomendadas

- Abramowitz JS, Braddock AE: Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 29(2):503–519, 2006
Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA: Advances in understanding illness anxiety. *Curr Psychiatry Rep* 10(4):311–317, 2008
Rachman S: Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behav Res Ther* 50(7–8):502–512, 2012
Sirri L, Grandi S: Illness behavior. *Adv Psychosom Med* 32:160–181, 2012

CASO 9.4

Convulsões

Jason P. Caplan
Theodore A. Stern

Paulina Davis, uma mulher afro-americana, solteira, de 32 anos, com epilepsia diagnosticada pela primeira vez na adolescência e sem história psiquiátrica

conhecida, foi admitida em um centro médico acadêmico depois que a família a encontrou tendo convulsões em seu quarto. Antes de ser levada ao pronto-socorro (PS),

o atendimento médico de emergência havia administrado várias doses de lorazepam, sem mudanças em sua apresentação. Quando chegou ao PS, a administração de uma dose de carga de fosfenitoína interrompeu a atividade convulsiva. Estudos laboratoriais a partir de amostras obtidas no PS revelaram níveis terapêuticos dos medicamentos anticonvulsivantes que costumava usar e nenhuma evidência de infecções ou perturbações metabólicas. Exames toxicológicos de urina resultaram negativos para uso de substâncias ilícitas. A sra. Davis foi, então, admitida para atendimento neurológico para prosseguir com monitoramento.

Durante sua admissão, um eletrencefalograma (EEG) de rotina foi solicitado. Logo após o início do estudo, a sra. Davis começou a ter novas convulsões, o que levou à administração de lorazepam via intravenosa. A análise do EEG não revelou atividade epileptiforme. A sra. Davis foi então colocada sob monitoramento de vídeo-EEG (vEEG) com redução da dose de medicamentos anticonvulsivantes até sua descontinuação. Durante o monitoramento, a sra. Davis teve vários episódios de atividade motora convulsiva, sendo que nenhuma delas foi associada a atividade epileptiforme no EEG. Desse modo, solicitou-se consultoria psiquiátrica.

Durante a entrevista, a sra. Davis negou avaliações, diagnósticos ou tratamentos psiquiátricos anteriores. Também negou ter humor deprimido ou qualquer tipo de perturbação do sono, de energia, concentração ou apetite. Ela relatou ausência de pensamentos de machucar a si ou a terceiros e confirmou não ter sinais ou sintomas compatíveis com mania ou psicose. Não havia história familiar de doença psiquiátrica nem de abuso de substância. Seu exame revelou uma mulher bem-arrumada, sentada no leito hospitalar, com eletrodos de derivação de EEG no lugar. Ela era simpática e participativa, com bom contato visual. Testes cognitivos não revelaram déficits.

A sra. Davis indicou que havia recentemente se mudado para aquele estado a

fim de começar uma pós-graduação; estava animada para iniciar seus estudos e “finalmente dar um rumo à minha carreira”. Ela negou estressores psicossociais específicos recentes além da mudança e afirmou: “minha vida finalmente está do jeito que eu quero”. Estava orientada para o futuro e preocupada com o impacto que as convulsões poderiam ter sobre sua saúde a longo prazo, além do receio de perder o primeiro dia de aula (que ocorreria dali a uma semana) devido a uma hospitalização prolongada. Além disso, estava bastante preocupada com os custos da hospitalização, porque a cobertura do seguro de saúde só começaria com o início do semestre acadêmico e o pagamento por benefícios adicionais sobre a cobertura que tinha do empregador anterior teria um impacto significativo sobre seu orçamento.

Quando os achados do estudo de vEEG foram abordados, a sra. Davis ficou bastante irritada e perguntou “então, vocês acham que eu estou inventando tudo isso?”. Ela não ficou calma quando a equipe tentou esclarecer que não acreditava que ela estava fingindo, nem ao assegurar que seus sintomas poderiam melhorar com psicoterapia. A sra. Davis arrancou os eletrodos da cabeça, se vestiu e deixou o hospital contra orientação médica.

Diagnóstico

- Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais) com ataques ou convulsões, crônico.

Discussão

No DSM-5, o diagnóstico de transtorno conversivo continua a descrever uma síndrome de um ou mais sintomas de alteração no funcionamento sensorial ou motor que causam sofrimento ou prejuízo significativo do funcionamento e que não podem ser explicados por uma condição médica ou neurológica identificada. A principal revisão dos critérios do DSM-IV é que o

clínico que faz o diagnóstico não precisa mais identificar estressores, conflitos ou outros fatores psicológicos possíveis que precipitaram ou exacerbaram os sintomas de apresentação. Além disso, enquanto o DSM-IV fornecia quatro especificadores para o diagnóstico (com sintomas motores, com sintomas sensoriais, com ataques ou convulsões e com quadro misto), o DSM-5 permite uma clarificação diagnóstica maior ao incluir sete especificadores do quadro de sintomas sem explicação médica, junto de uma opção de sintomas mistos. O DSM-5 também inclui modificadores de duração dos sintomas: agudo (inferior a seis meses) e persistente (superior a seis meses).

O diagnóstico diferencial de pacientes que apresentam sintomas sem explicação médica pode incluir o transtorno factício ou a simulação, caso se acredite que o paciente esteja produzindo os sintomas de forma deliberada. Quadros marcados por preocupação significativa ou por comportamentos promovidos pela percepção de doença ou sintomas podem ser decorrentes de transtorno de sintomas somáticos ou transtorno de ansiedade de doença. Se um transtorno conversivo for diagnosticado, os clínicos devem estar cientes da coocorrência habitual de depressão, transtornos dolorosos crônicos, fadiga e história de abuso.

A sra. Davis apresenta um quadro crônico de episódios convulsivos que não estão associados a achados epileptiformes no EEG. Embora não seja necessariamente incomum que um paciente com convulsões não epilépticas (CNE) também seja diagnosticado com ataques epilépticos (a maioria dos especialistas concorda que a prevalência de CNE comórbidas em epilepsia seja de aproximadamente 10%), a

grande maioria dos pacientes nos quais se identificou CNE não tem necessidade de tratamento contínuo com medicamentos anticonvulsivantes. Provavelmente devido à natureza dramática da apresentação e aos custos envolvidos com atendimento hospitalar, a variante de CNE do transtorno conversivo ganha bastante atenção na literatura profissional, embora se tenha descoberto que essa condição responde por apenas um quarto de todas as apresentações do transtorno conversivo. Embora edições recentes de manuais tenham feito referência ao fenômeno *la belle indifférence* (uma aparente ausência de preocupação exibida pelo paciente com seus sintomas) como indicativo de um diagnóstico de transtorno conversivo, as evidências disponíveis não sustentam que essa descoberta tenha alguma importância ao se distinguir entre uma doença orgânica e um transtorno conversivo.

Embora os pacientes possam ficar com raiva ao saber do diagnóstico de transtorno conversivo, o foco da abordagem devem ser as boas notícias: que eles não serão expostos a medicamentos ou exames desnecessários e que o tratamento – na forma de psicoterapia – está disponível.

Leituras Recomendadas

- Driver-Dunckley E, Stonnington CM, Locke DE, Noe K: Comparison of psychogenic movement disorders and psychogenic nonepileptic seizures: is phenotype clinically important? *Psychosomatics* 52(4):337–345, 2011
Schachter SC, LaFrance WC Jr (eds): *Gates and Rowan's Nonepileptic Seizures*, 3rd Edition. New York, Cambridge University Press, 2010
Stone J, Smyth R, Carson A, et al: La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *Br J Psychiatry* 188:204–209, 2006

CASO 9.5

Dor Abdominal

Joseph F. Murray

O serviço de ligação e consultoria psiquiátrica de um hospital foi chamado para avaliar a possibilidade de depressão em Rebecca Ehrlich, uma mulher de 24 anos que havia sido hospitalizada dois dias antes devido a dor abdominal grave. Sua internação pelo pronto-socorro foi decorrente do último surto de sua doença de Crohn subjacente. A consultoria foi solicitada depois que as enfermeiras ficaram preocupadas com a paciente, que estava triste e solitária e tinha dificuldade em se adaptar à sua condição médica.

A sra. Ehrlich foi entrevistada pelo estudante de medicina do atendimento psiquiátrico. A paciente indicou que a dor era lancinante e que não estava triste nem solitária, mas simplesmente havia vindo de outra cidade, portanto ninguém sabia que ela estava hospitalizada. Ela contou ao estudante de medicina que a única vez que havia feito terapia antes fora na faculdade, quando foi ao atendimento de saúde estudantil para obter ajuda devido à ansiedade em fazer provas e escolher uma carreira. Havia completado com sucesso um curso breve de terapia cognitivo-comportamental, e a ansiedade não reaparecera. Ela negou qualquer outra história psiquiátrica e nunca havia tomado medicamentos psiquiátricos. Na faculdade, estudava psicologia e trabalhava em meio turno como servente de hospital. A sra. Ehrlich havia considerado uma carreira em medicina ou enfermagem e

perguntou ao estudante como ele havia decidido cursar medicina.

A sra. Ehrlich afirmou que antes trabalhava regularmente e “tinha muitos amigos”, mas a dor abdominal recorrente destruiria sua vida social e possibilidades de emprego. Havia perdido um emprego no ano anterior devido a constantes ausências e perdera várias entrevistas de emprego devido aos surtos de doença de Crohn. Teve um namorado na adolescência, mas estava solteira desde a faculdade. Esse tipo de coisa “não é o fim do mundo, mas como você se sentia?”. Como membro de um grupo de apoio *on-line* para distúrbios intestinais, a sra. Ehrlich enviava *e-mails* aos outros membros diariamente. Ela acrescentou que a única pessoa na família que “a entendia” era uma tia que também tinha doença de Crohn.

A equipe médica principal estava tendo dificuldade em obter informações colaterais de médicos anteriores, mas o estudante de medicina conseguiu entrar em contato com a mãe da sra. Ehrlich. Ela não sabia os nomes exatos nem os números dos telefones do seguro de saúde da filha, mas se lembrou de alguns hospitais e dos nomes de alguns dos médicos. Acrescentou que a filha não queria que ela se envolvesse nos cuidados e não a havia alertado de que estava fora da cidade, muito menos que estivesse no hospital. Confirmou que a doença de Crohn havia sido diagnosticada dois anos antes, durante o último se-

mestre da filha na faculdade. A mãe contabilizou pelo menos seis hospitalizações da filha, ao contrário do relato da sra. Ehrlich de duas internações anteriores. Nem a equipe de gastroenterologia (GE) nem o estudante de medicina conseguiram localizar o gastroenterologista da sra. Ehrlich, cujo nome a paciente conseguia soletrar apenas foneticamente.

Durante o exame, a sra. Ehrlich estava cooperativa, inteirada do assunto e parecia à vontade. Seu discurso era fluente. Ela parecia calma e despreocupada sobre os procedimentos que seriam realizados. Seu processo de pensamento era linear. Negou paranoíá, alucinações ou ideias suicidas. A atenção e as memórias recente e remota estavam preservadas. Reconheceu que era difícil viver com a doença de Crohn, mas estava otimista com respeito à melhora dos sintomas. Negou sintomas depressivos. Tinha aparência triste no início da entrevista, mas ficou mais participativa e eutímica conforme falava. Não conseguia explicar por que a equipe não conseguira localizar seu médico e ficou irritada quando o estudante de medicina insistiu para obter mais detalhes sobre os cuidados que recebera anteriormente. Foi levada para realizar endoscopia e colonoscopia após o fim da entrevista.

Os resultados da endoscopia e da colonoscopia foram normais. Naquela noite, o estudante de medicina da ala psiquiátrica sentou-se com a equipe de GE enquanto analisavam os resultados normais dos exames da paciente. Ela afirmou que estava aliviada por não ter mais nada grave. A equipe de GE disse que ela podia receber alta na manhã seguinte e que devia pedir a seu clínico geral que entrasse em contato, com o que ela concordou prontamente.

Depois que a equipe de GE deixou o quarto, a sra. Ehrlich disse ao estudante que “já estava se sentindo melhor”. Removeu rapidamente o cateter intravenoso e começou a se vestir. O estudante foi chamar a equipe de GE, mas, quando eles voltaram, a paciente já havia ido embora.

O estudante de medicina passou grande parte do dia seguinte telefonando para hospitais e médicos que satisfaziam as descrições fornecidas pela paciente e por sua mãe. Naquela tarde, um dos médicos retornou a ligação e informou que havia tratado a sra. Ehrlich seis meses antes em um hospital próximo à casa da mãe da paciente. O processo de internação foi impressionantemente familiar: depois de uma hospitalização breve, ela fugiu rapidamente do hospital após uma colonoscopia com resultados normais.

Diagnóstico

- Transtorno factício, episódios recorrentes.

Discussão

O diagnóstico de transtorno factício descreve um grupo de comportamentos da sra. Ehrlich que, sob outra ótica, continuariam estranhos. A sra. Ehrlich satisfaz todos os critérios do DSM-5 para transtorno factício: se apresenta enferma falsificando sintomas; a hospitalização não oferece recompensa óbvia; e não há um diagnóstico alternativo óbvio como um transtorno psicótico. Embora a incapacidade da sra. Ehrlich em confirmar nomes e locais onde fora atendida anteriormente possa ter sido uma pista da possibilidade de logro, a confirmação do diagnóstico veio apenas após sua alta, quando o incansável estudante de medicina conseguiu elucidar um padrão recorrente de desonestidade.

A motivação para a “falsificação” e o “comportamento enganador” no transtorno factício não é evidente. O DSM-5 indica que os sintomas existem sem recompensas externas óbvias. Em contrapartida, o DSM-IV descrevia o fator de motivação para o transtorno factício como assumir o papel de enfermo. Embora a sra. Ehrlich possa realmente estar buscando os cuidados de membros da equipe do hospital, não há

como saber que tipo de motivadores inconscientes (e conscientes) podem estar agindo. No entanto, realmente parece que ela apresenta transtorno factício em vez de simulação, um diagnóstico também marcado por produção consciente de sintomas. A simulação difere do transtorno factício no sentido de que o primeiro é motivado por fatores concretos como dinheiro, moradia e substâncias de abuso. Na prática, os pacientes podem ter elementos de vários transtornos. Por exemplo, a sra. Ehrlich pode estar subconscientemente motivada a assumir o papel de enferma, mas também pode ter aproveitado o fácil acesso a opiáceos intravenosos.

Queixas subjetivas como sintomas psiquiátricos e dor são mais fáceis de fingir. Pacientes com transtorno factício podem, por exemplo, alegar depressão após a morte de um ente querido que não morreu. Eles podem acrescentar sangue a uma amostra de urina, ingerir insulina ou varfarina, injetar matéria fecal ou alegar que tiveram uma convulsão. É muito fácil aprender como imitar doenças. A sra. Ehrlich poderia ter aprendido sobre a doença de Crohn a partir de uma busca na internet, por exemplo, ou, se realmente tem uma tia com doença de Crohn, pode ter imitado os sintomas que observou. Ela também pode ter aprendido sobre eles durante seu trabalho como servente de hospital.

Não é de se estranhar que os clínicos frequentemente apresentem uma forte contratransferência negativa em relação a

um paciente que falsifica sintomas. Esses pacientes exploram o desejo do clínico de cuidar dos enfermos ao fingir que estão doentes. Todos os profissionais de saúde devem se lembrar que pacientes com transtorno factício *estão* bastante doentes, mas não do jeito que fingem.

Uma doença clínica se apresenta de diversas formas, de modo que é importante investigar uma gama de diagnósticos possíveis. A possibilidade de logro – seja qual for a motivação subjacente do paciente –, por sua vez, deve despertar atenção dos profissionais da saúde quando os sintomas não fazem sentido. Exames e procedimentos muito minuciosos e por vezes arriscados podem ser uma consequência iatrogênica do zelo médico. Sabendo-se que a estimativa é de que até 1% da população hospitalizada apresenta transtorno factício, não é preciso ser cínico para incluí-lo no diagnóstico diferencial.

Leituras Recomendadas

- Eastwood S, Bisson JI: Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom* 77(4):209–218, 2008
- Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, et al: Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics* 48(1):60–64, 2007
- Krahn LE, Li H, O'Connor MK: Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry* 160(6):1163–1168, 2003

CASO 9.6

Falta de Ar

Janna Gordon-Elliott

Sophie Fredholm era uma mulher de 26 anos com fibrose cística (FC) que foi levada ao hospital com sintomas de desconforto respiratório. No quarto dia de internação, a unidade de tratamento intensivo solicitou consultoria psiquiátrica devido a “falta de adesão ao tratamento”. A paciente se recusava a usar o aparelho bivalvular de pressão positiva das vias aéreas (BiPAP) e estava constantemente com hipoxia e hipercarbia. A paciente disse ao psiquiatra que não conseguia tolerar o aparelho BiPAP porque a deixava claustrofóbica e com falta de ar. Ela dormia mal e acordava frequentemente com falta de ar e pânico. Sentia-se aprisionada no quarto sem janelas e preocupada de que os médicos e enfermeiras não a vissem com frequência suficiente. Achava que o aparelho BiPAP não era tão necessário quanto os médicos afirmavam e que a estavam tratando apenas como “uma paciente típica de FC” e, portanto, insistiam no uso do aparelho BiPAP sem ter noção se ele era realmente necessário.

Ao obter a história, o consultor ficou sabendo que a sra. Fredholm havia crescido em uma cidade pequena, com os pais e dois irmãos mais velhos saudáveis. A mãe, uma enfermeira de escola, lhe administrava os tratamentos pulmonares diários, afirmado que era “hora de brincar” e cantava e contava histórias para passar o tempo. Quando a paciente

entrou na adolescência, frequentemente recusava os tratamentos e dizia aos pais que queria “sair como uma criança normal”, embora ela regularmente recusasse convites para festas e para dormir na casa de amigas no último instante, afirmando que estava com dificuldade de respirar.

Durante a entrevista psiquiátrica, a sra. Fredholm ficava ajustando constantemente a máscara de oxigênio, a removendo durante alguns minutos, e se interrompia, afirmando estar sem fôlego para continuar falando. Ela respirava rapidamente e parecia tremer. Olhava constantemente para a porta aberta do quarto e se perguntou em voz alta quando a mãe retornaria do almoço na lanchonete do hospital. Queria que a mãe conversasse com os médicos sobre o aparelho BiPAP. Ela e a mãe, afirmou, sabiam como manejar os sintomas melhor do que os médicos; tinha certeza que se sentiria melhor em alguns dias. Afirmou: “Só estão me deixando ainda mais ansiosa com essa conversa sobre o BiPAP; eles não me ouvem”.

Mais tarde, na mesma noite, devido a níveis crescentes de dióxido de carbono, a sra. Fredholm foi entubada.

Diagnóstico

- Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas.

Discussão

O caso da sra. Fredholm demonstra como fatores fisiológicos e psicológicos interagem de forma complexa para influenciar sintomas, emoções, comportamentos e cuidados médicos. Ao recusar elementos do tratamento (i.e., BiPAP), a sra. Fredholm impede o manejo ideal e talvez contribua para um resultado negativo (entubação). Seu comportamento parece estar relacionado a estados de afeto primários (ansiedade) bem como a crenças com carga emocional (que terceiros não podem saber das necessidades de seu corpo tão bem quanto ela e sua mãe; que foi abandonada; que não é como os outros pacientes). A ansiedade, por sua vez, pode causar mudanças fisiológicas (p. ex., hipoxia, vasoconstrição cerebral) que contribuem ainda mais para a experiência de ansiedade.

O diagnóstico do DSM-5 de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas (FPAOCM) descreve um grupo de pacientes que tem um problema médico afetado de modo adverso por fatores psicológicos ou comportamentais. Entre esses fatores estão sofrimento psicológico, padrões de interação interpessoal, estilos de enfrentamento e estratégias de enfrentamento mal-adaptativas, como negação de sintomas e má adesão a medicamentos, testes diagnósticos e tratamentos. Esse diagnóstico é reservado para situações como a da sra. Fredholm, na qual questões psicológicas ou comportamentais conduzem diretamente a uma exacerbação da condição médica.

O diagnóstico diferencial para FPAOCM é amplo. Transtorno de sintomas somáticos (TSS), transtorno de ansiedade de doença (TAD) e transtorno factício também apresentam uma indistinção entre sinais e sintomas de natureza psicológica e física, normalmente deixando o clínico com a impressão de que as questões médicas do paciente estão, de alguma forma, relacionadas a questões emocionais subjacentes. Ao contrário de FPAOCM, o TSS e o TAD se concentram em situações nas quais a percepção – ou medo – de sintomas

físicos influencia as emoções ou o comportamento, em vez do oposto. Pessoas com transtorno factício induzem complicações médicas por meio de seu comportamento, mas há um esforço consciente de logro.

Muitas condições psiquiátricas – que vão desde transtornos por uso de substância até transtornos psicóticos, do humor e de ansiedade – estão associadas a comportamentos que podem agravar uma condição médica comórbida. Nesses casos, a outra condição psiquiátrica geralmente deve ser indicada em vez de FPAOCM.

No entanto, às vezes, o diagnóstico de FPAOCM pode ajudar a esclarecer uma situação, mesmo no caso de um paciente com diagnóstico psiquiátrico comórbido. Por exemplo, indivíduos com personalidades rígidas, manipulativas ou de outro modo difíceis em geral apresentam reações problemáticas a doenças e ao papel de enfermo, frequentemente com efeitos nefastos sobre seus cuidados médicos. Esses pacientes são bem descritos pelo diagnóstico de FPAOCM, talvez em conjunto com um diagnóstico que reflete suas características pessoais mal-adaptativas, como um transtorno da personalidade.

Os diagnósticos de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica e de transtorno depressivo ou bipolar devido a outra condição médica, nos quais alterações fisiológicas são a causa direta de sintomas de ansiedade e do humor, respectivamente, também podem se sobrepor a FPAOCM. As questões respiratórias da sra. Fredholm supostamente contribuem para sua ansiedade; contudo, o que mais se sobressai neste caso é como suas emoções, crenças e comportamentos influenciam a condição médica, não o contrário.

A negação de doença clínica, embora não seja um transtorno diagnosticável no sistema de classificação atual, costuma ser observada no contexto clínico e pode ser integrada no diagnóstico de FPAOCM. A negação pode incluir elementos conscientes e inconscientes, causar grande impacto sobre os cuidados médicos e sobre o

prognóstico, além de assumir diversas formas, desde uma rejeição da própria condição médica até uma desconsideração sutil da realidade clínica (p. ex., um sobrevivente de câncer de pele que regularmente “se esquece” de aplicar filtro solar).

FPAOCM é uma categoria diagnóstica extraordinariamente heterogênea. Ainda assim, ao tornar uma situação explícita, na qual fatores psicológicos e comportamentais afetam de modo negativo uma condição médica, o diagnóstico pode permitir cuidados mais eficientes do paciente.

Leituras Recomendadas

Groves MS, Muskin PR: Psychological responses to illness, in *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Edited by Levenson JL. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, pp 567–588

Sadock BJ, Sadock VA: Psychological Factors Affecting Physical Conditions (section), in *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 10th Edition. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, pp 813–827

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 10

Transtornos Alimentares

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

Até a publicação do DSM-5, metade das pessoas em clínicas especializadas em transtornos alimentares não satisfaziam os critérios para nenhuma das duas categorias específicas de tais transtornos – anorexia nervosa ou bulimia nervosa – e, em vez disso, receberam o diagnóstico não específico de transtorno da alimentação sem outra especificação (TASOE). Esse percentual era ainda maior em consultórios psiquiátricos ambulatoriais. Um grande percentual de pacientes com prejuízo e sofrimento relacionados a problemas de alimentação eram deixados sem um diagnóstico que descrevesse sua condição de forma mais específica.

O DSM-5 realizou várias mudanças para ajudar a subdividir a população com transtorno alimentar em subgrupos coerentes e com base em evidências. Por exemplo, o transtorno de compulsão ali-

mentar (TCA) saiu do apêndice do DSM-IV, que incluía conjuntos de critérios fornecidos para estudos posteriores, e foi inserido no corpo principal do texto do DSM-5. Os critérios para anorexia nervosa (AN) mantiveram sua conceitualização inalterada, mas foram expandidos de duas formas. Em primeiro lugar, a exigência de amenorreia foi excluída. Em segundo, a expressão de medo em ganhar peso, um critério anteriormente fundamental de AN, nem sempre está presente em pessoas que parecem exibir sintomas irrefutáveis de AN; para remediar esse dilema, o DSM-5 acrescentou uma alternativa ao critério de “temor expresso”: o indivíduo pode manifestar comportamento persistente que interfere com o ganho de peso. Esse critério alternativo permite o diagnóstico de pessoas cujo comportamento indica AN, mas têm *insight* prejudicado, níveis de coopera-

ção ou transparência abaixo do necessário ou racionalizações alternativas para a restrição alimentar. A bulimia nervosa (BN) também permanece com a mesma conceitualização no DSM-5, mas o limiar para o diagnóstico foi reduzido ao se diminuir a frequência de compulsão alimentar e comportamento compensatório de duas para uma vez por semana.

O transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) é um novo diagnóstico no DSM-5 que descreve pessoas que restringem ou evitam alimentos de uma maneira que leva a um prejuízo significativo, mas não satisfazem os critérios para AN. Sendo uma categoria ampla e inclusiva, o TARE inclui indivíduos que anteriormente satisfaziam os critérios para o diagnóstico do DSM-IV de transtorno da alimentação da primeira infância. O TARE descreve um grupo de pacientes que geralmente são crianças e adolescentes, mas podem ter qualquer idade.

Ao acrescentar o TCA ao texto principal, reduzir o limiar para diagnóstico de AN ou BN e criar o diagnóstico de TARE, o DSM-5 pretende descrever com maior precisão subpopulações de pacientes que anteriormente seriam identificadas como portadoras de um transtorno alimentar causador de prejuízo, mas seriam encaixadas na categoria nada informativa de TASOE. Ademais, evidências indicam que indivíduos que satisfazem os critérios mais flexíveis são, de forma significativa, semelhantes aos que satisfazem os critérios mais antigos. A controvérsia gira em torno da possibilidade de que esse afrouxamento e expansão dos diagnósticos de transtornos alimentares levem ao estabelecimento de diagnósticos em indivíduos normais; como ocorre em todo o DSM-5, os critérios diagnósticos exigem sofrimento e/ou prejuízo significativos. Indivíduos com uma amplitude normal de comportamentos alimentares não devem receber um diagnóstico.

Muitos pacientes com problemas alimentares clinicamente relevantes não sa-

tisfazem todos os critérios para um transtorno alimentar específico. Por exemplo, um indivíduo pode satisfazer todos os critérios para AN – incluindo perda significativa de peso – porém continuar com o peso normal ou acima do normal. Esse quadro justificaria um diagnóstico de transtorno alimentar específico (anorexia nervosa atípica). Outros transtornos alimentares específicos incluem bulimia ou compulsão alimentar de baixa frequência ou duração; purgação sem compulsão alimentar; e síndrome de alimentação noturna. Por fim, o diagnóstico “transtorno alimentar não especificado” se propõe a descrever indivíduos que apresentam um transtorno alimentar aparente, mas não satisfazem todos os critérios para um transtorno específico, talvez devido a uma quantidade inadequada de informações de confirmação (p. ex., durante uma admissão no pronto-socorro).

Além dos transtornos mencionados acima, este capítulo descreve dois transtornos alimentares que normalmente, mas nem sempre, são diagnosticados durante a infância e a adolescência: pica e transtorno de ruminação. Pica se refere à ingestão persistente e clinicamente significativa de substâncias não nutritivas e não alimentares. O transtorno de ruminação se refere à regurgitação recorrente de alimentos, que pode ser observada na primeira infância, bem como em todo o ciclo de vida. Pica e transtorno de ruminação podem ser diagnosticados com condições psiquiátricas comórbidas como transtorno do espectro autista, deficiência intelectual e esquizofrenia, contanto que o transtorno alimentar alcance um limiar de relevância clínica.

Observa-se que o DSM-5 estabelece uma hierarquia de diagnósticos de forma que apenas um diagnóstico de transtorno alimentar pode ser estabelecido para qualquer indivíduo específico (com exceção de pica, que pode ser comórbida com qualquer outro transtorno alimentar). A hierarquia geral de transtornos alimentares é AN, BN, TARE, TCA e transtorno

de ruminação. Em outras palavras, a anorexia nervosa assume precedência sobre os outros transtornos e, caso seja diagnosticada, o indivíduo não pode, por exemplo, ter transtorno de compulsão alimentar.

Leituras Recomendadas

Stice E, Marti CN, Rohde P: Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed

- DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol* 122(2):445–457, 2013
 Striegel-Moore RH, Wonderlich SA, Walsh BT, Mitchell JE (eds): *Developing an Evidence-Based Classification of Eating Disorders: Scientific Findings for DSM-5*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2011
 Walsh BT: The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 170(5): 477–484, 2013

CASO 10.1

Dor de Barriga

Susan Samuels

Thomas, um menino de 8 anos com deficiência intelectual de leve a moderada, foi levado ao pronto-socorro (PS) por seus pais depois que sua dor abdominal, que durava semanas, se agravou no decorrer das 24 horas anteriores. Os pais relataram que ele ficou constipado, teve apenas uma evacuação intestinal na última semana e havia vomitado algumas horas antes. Os professores da escola de educação especial para crianças com deficiência intelectual enviaram um relatório no início da semana informando que Thomas vinha tendo dificuldades desde a transferência de uma escola semelhante na Flórida, aproximadamente quatro meses antes. Os professores e os pais concordavam que Thomas parecia freqüente-

mente aflito, balançava o corpo, chorava e segurava a barriga.

Uma semana antes, um pediatra havia diagnosticado uma exacerbação aguda de constipação crônica. O uso de um laxante recomendado sem necessidade de prescrição médica não adiantou, e Thomas começou a reclamar de dores à noite. O desconforto levou à redução do interesse em seus passatempos favoritos, que eram *videogames* e esportes. Em vez disso, normalmente ele ficava no quarto, brincando com miniaturas de soldados que havia herdado da coleção do avô. Apesar dos episódios de irritabilidade e choro, de modo geral o menino saía-se bem na escola, tanto em sala de aula quanto na área de recreação. Quando não reclamava das do-

res de barriga, Thomas se alimentava bem e se mantinha no percentil 40 de altura e peso da curva de crescimento.

A história médica anterior de Thomas era relevante em relação a constipação e dores de barriga, bem como cefaleias intermitentes. Todos esses sintomas se agravaram vários meses antes, depois que a família havia se mudado de uma casa em uma área semirrural da Flórida para um apartamento antigo sem elevador em uma cidade grande. Ele dividia o quarto com o irmão mais novo (6 anos de idade), resultado de uma gravidez normal e inesperada, matriculado em uma escola pública local de educação normal. Thomas dizia que o irmão era seu “melhor amigo”. Thomas havia sido adotado ao nascer e nada se sabia sobre os pais biológicos, exceto que eram adolescentes incapazes de cuidar do filho.

Durante o exame médico no PS, Thomas era um menino bem-arrumado, sentado no colo da mãe. Chorava e estava irritado e se recusou a falar com o examinador. Em vez disso, ele repetia para os pais que a barriga doía. Durante o exame físico, não tinha febre e seus sinais vitais estavam estáveis. O único destaque do exame físico foi uma sensibilidade geral no abdome, embora a avaliação fosse difícil porque o menino chorou incontrolavelmente durante quase todo o exame.

Um raio X abdominal revelou múltiplas partículas metálicas em todo o trato intestinal. Inicialmente suspeitou-se serem raspas de tinta com teor elevado de chumbo. Havia também três objetos metálicos de 2 centímetros de comprimento no estômago. O nível de chumbo no sangue era de 20 µg/dL (enquanto o nível normal para crianças é < 5 µg/dL). Uma indagação mais específica revelou que Thomas, pelo fato de estar constipado, costumava passar longos períodos de tempo no banheiro sozinho. Os pais acrescentaram que, embora o banheiro estivesse sendo reformado, a pintura era antiga e estava descascando. Os consultores chegaram à conclusão de

que os corpos estranhos maiores no estômago não tinham como passar com segurança e poderiam ser responsáveis pela constipação. Uma endoscopia conseguiu extrair três soldadinhos de brinquedo do estômago de Thomas.

Diagnósticos

- Pica.
- Deficiência intelectual, de leve a moderada.

Discussão

Thomas é uma criança de 8 anos com deficiência intelectual que foi levada para o PS com dor abdominal, constipação crônica, irritabilidade e mudanças no humor e no funcionamento. Todos esses sintomas se seguiram à mudança para uma nova cidade e uma nova escola quatro meses antes. O diagnóstico diferencial para essas queixas é amplo e inclui causas psiquiátricas, mas a prioridade é realizar um exame médico completo para buscar a fonte da dor que a criança pode não ser capaz de explicar (p. ex., otites, infecções do trato urinário).

Quando dor abdominal e constipação são as queixas principais, uma radiografia do abdome geralmente revela intestinos cheios de fezes. Esse tipo de resultado suscita uma medida intestinal mais agressiva, conforme a recomendação do pediatra na semana anterior. O raio X de Thomas, no entanto, fugiu do comum ao revelar não apenas resíduos de tinta à base de chumbo, mas também soldadinhos de brinquedo.

A ingestão persistente de substâncias não nutritivas e não alimentares é característica fundamental de pica. Para satisfazer os critérios do DSM-5, a ingestão deve ser grave e suficiente para justificar atenção clínica. As comorbidades mais frequentes de pica são deficiência intelectual e transtorno do espectro autista, embora também possa ser encontrada em outros transtornos, como

esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. Como se observa em Thomas, normalmente não há aversão a alimentos em geral, de modo que ele continuou a manter sua posição na tabela de crescimento.

Pica não se refere simplesmente a colocar objetos na boca e eventual ingestão de objetos não alimentares, o que é comum na primeira infância e em indivíduos com atraso no desenvolvimento. Em vez disso, pica se refere à ingestão crônica e clinicamente relevante de objetos não comedíveis como barro, pó, fios ou baganas de cigarro. Ela pode ser extremamente perigosa. No caso de Thomas, por exemplo, ele poderia ter sofrido uma perfuração gastrintestinal causada pelos soldadinhos. Além disso, ele estava ingerindo tinta à base de chumbo, bem como os soldadinhos (os quais, uma vez que pertenceram ao seu avô, também podem ter sido feitos com chumbo). A exposição aguda a chumbo provavelmente contribuiu para sua dor abdominal, enquanto a ingestão crônica poderia ser catastrófica, do ponto de vista neurológico, nesse menino que já apresenta deficiência intelectual.

Além de ter dores abdominais, Thomas estava se isolando de seus colegas e do irmão, estava irritável e choroso. É possível que essas atitudes sejam reflexo da dor, mas parecem ser sinais de estresse psicológico. A pica, em si, também poderia ser um sinal de estresse, especialmente se começou após a mudança da Flórida. Estressores psicosociais costumam causar

múltiplos sintomas físicos em crianças, especialmente entre aquelas com deficiência intelectual. Thomas também poderia, portanto, se qualificar para um diagnóstico de transtorno de adaptação com humor deprimido. Caso se determine que suas alterações de humor são secundárias aos níveis tóxicos de chumbo em sua corrente sanguínea, então um diagnóstico mais preciso seria transtorno depressivo ou de ansiedade induzido por substância. No contexto de PS, no entanto, o clínico provavelmente iria adiar o estabelecimento de diagnósticos de transtorno depressivo, de ansiedade ou de adaptação até ter a oportunidade de avaliar Thomas sem um quadro de sofrimento abdominal agudo.

Leituras Recomendadas

Barrett RP: Atypical behavior: self-injury and pica, in *Developmental-Behavioral Pediatrics: Evidence and Practice*. Edited by Wolraich ML, Drotar DD, Dworkin PH, Perrin EC. Philadelphia, PA, Mosby-Elsevier, 2008, pp 871-886

Katz ER, DeMaso RR: Rumination, pica, and elimination (enuresis, encopresis) disorders, in *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19th Edition. Edited by Kliegman RM, Stanton BF, St Geme J, et al. Philadelphia, PA, Elsevier/Saunders, 2011

Williams DE, McAdam D: Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: clinical guidelines and recommendations for practitioners. *Res Dev Disabil* 33(6):2050-2057, 2012

CASO 10.2

Curva de Crescimento em Queda

Eve K. Freidl

Evelyn Attia

Ema, uma menina de 11 anos matriculada em uma escola para superdotados, foi encaminhada a um especialista em transtornos alimentares pelo psiquiatra infantil, que estava preocupado com sua queda abaixo do percentil 10 para peso. O psiquiatra estava tratando Ema devido a traços de perfeccionismo que lhe causavam ansiedade significativa. As sessões eram voltadas para a ansiedade e não para o comportamento alimentar.

As dificuldades alimentares de Ema começaram aos 9 anos, quando ela começou a se recusar a comer, alegando medo de vomitar. Na época, os pais buscaram o tratamento do pediatra, que continuou a avaliá-la todos os anos, explicando que era normal que crianças passem por fases. Aos 9 anos, Ema estava acima do percentil 25 tanto para altura quanto para peso (1,32 m, 26 kg). Aos 11 anos, porém, ela basicamente parara de crescer e despencara para o percentil 5 na curva de crescimento (1,33 m, 25 kg).

Filha única de pais profissionais liberais que haviam se divorciado cinco anos antes, Ema vivia com a mãe durante a semana, e com o pai, que morava nas proximidades, durante os fins de semana. Sua história médica era relevante em relação ao nascimento prematuro na 34^a semana de gestação. Ela demorou a atingir os marcos iniciais, mas, aos 2 anos, seu de-

senvolvimento era normal. Exames físicos anuais não demonstraram nada extraordinário, com exceção do recente declínio no crescimento. Ema sempre havia sido pequena, mas a altura e o peso nunca haviam caído abaixo do percentil 25 para estatura e peso na tabela de crescimento. Ela era uma aluna talentosa e querida pelos professores, mas recentemente parara totalmente de socializar e voltava diretamente para casa após a escola, alegando que sua barriga ficava mais calma quando estava em casa.

Durante os últimos dois anos, Ema consumia apenas quantidades muito pequenas de alimentos ao longo de períodos muito grandes de tempo. Seus pais tentaram aguçar seu interesse ao experimentar pratos típicos de outras culturas e de cores e texturas diferentes. Nada parecia ajudar a melhorar seu apetite. Eles também tentaram deixar que ela escolhesse quais restaurantes eles experimentariam, mas pouco a pouco Ema passou a se recusar a comer fora. Ambos os pais relataram um padrão semelhante à hora das refeições: Ema concordava em se sentar à mesa, mas passava o tempo todo movendo os alimentos no prato, cortando-os em pedaços menores e chorava se pedissem que comesse mais um pouco.

Ao ser indagada sobre o medo de vomitar, Ema lembrou-se de um incidente,

aos 4 anos, quando comeu uma sopa que não lhe caiu bem e vomitou em seguida. Mais recentemente, Ema desenvolvera um medo de comer em público e não se alimentava enquanto estava na escola. Negou preocupações com a aparência e percebeu o baixo peso apenas depois da consulta mais recente com o pediatra. Ao ser informada sobre os perigos do baixo peso, Ema chorou e manifestou um desejo evidente de ganhar peso.

Diagnóstico

- Transtorno alimentar restritivo/evitativo.

Discussão

Ema é uma menina de 11 anos que apresenta recusa em ingerir alimentos em quantidade suficiente para manter sua posição na curva de crescimento. Ela teme vomitar, recusa-se a comer em público e, gradualmente, se isolou dos amigos. Ao contrário de indivíduos com anorexia nervosa (AN), Ema não relata medo de ganhar peso ou ficar gorda e não nega a gravidade do baixo peso em que se encontra. Seu diagnóstico, portanto, é de transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), um novo diagnóstico do DSM-5. O TARE é uma categoria relativamente ampla voltada para a descrição de um grupo de pessoas que não satisfaz os critérios para AN, mas cuja esquiva ou restrição de alimentos leva a problemas de saúde, disfunção psicosocial e/ou perda de peso significativos. No caso de crianças como Ema, a ingestão reduzida de alimentos pode resultar em interrupção do crescimento em vez de perda de peso.

O indivíduo com AN tem medo de ganhar peso ou ficar gordo, enquanto o indivíduo com TARE não apresenta perturbação de imagem corporal. A distinção entre TARE e AN pode não ser evidente quando indivíduos negam medo de ganho de

peso, porém fornecem várias explicações para a restrição de alimentos, como queixas somáticas (p. ex., desconforto abdominal, sensação de saciedade, ausência de apetite), motivos religiosos, desejo de controle ou desejo de causar impacto sobre a família. Uma avaliação longitudinal pode ser necessária para esclarecer o diagnóstico e, em algumas pessoas, o TARE pode anteceder a AN.

Um diagnóstico de TARE se aplica principalmente a crianças e adolescentes, mas pessoas de qualquer idade podem apresentar esse transtorno. Foram descritivos três subtipos principais: ingestão geral inadequada na presença de perturbação emocional, de forma que o problema emocional interfere com o apetite e a alimentação, mas a esquiva não deriva de um motivo específico; ingestão de um grupo restrito de alimentos (às vezes chamada de “seletividade alimentar”); e esquiva de alimentos devido a um temor específico, como medo da deglutição (disfagia funcional), medo de envenenamento ou medo de vomitar.

Ema tem medo de sair e parece evitar amigos e experiências sociais. Esse comportamento pode ser compatível com uma fobia específica, já que ela teme, mais especificamente, vomitar em público. Embora fobia específica possa ocorrer concomitantemente a um transtorno alimentar, um diagnóstico de TARE provavelmente seja a explicação mais simples. Nos termos do DSM-5, o TARE deve ser diagnosticado na presença de sintomas compatíveis com outro diagnóstico quando a gravidade da perturbação alimentar ultrapassa o nível normalmente associado à outra condição e justifica atendimento clínico adicional.

No caso de Ema, uma série de outros transtornos também deve ser considerada durante a avaliação. Entre eles estão distúrbios clínicos, estruturais e neurológicos que podem impedir a alimentação; transtorno obsessivo-compulsivo; e transtornos depressivos e de ansiedade

que podem ter surgido em decorrência do divórcio dos pais e de seu desenvolvimento em direção à puberdade. Embora todas essas alternativas possam ser investigadas mais profundamente, nenhuma delas parece ser pertinente à perda de peso de Ema.

Leituras Recomendadas

- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT: Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 43(2):98–111, 2010
Kreipe RE, Palomaki A: Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep* 14(4):421–431, 2012

CASO 10.3

Cefaleias e Fadiga

Jennifer J. Thomas

Anne E. Becker

Valerie Gaspard era uma mulher negra, solteira, de 20 anos, que havia recentemente imigrado para os Estados Unidos vinda da África Ocidental com a família para realizar trabalho missionário. Ela se apresentou ao clínico geral com queixa de cefaleias frequentes e fadiga crônica. O exame físico não revelou nada de interesse, exceto que seu peso era de apenas 35 kg, e sua altura, 1,55 m, resultando em um índice de massa corporal (IMC) de 14,5 kg/m², e que não tivera seu último ciclo menstrual. Incapaz de encontrar uma explicação médica para os sintomas da sra. Gaspard, e preocupado com seu peso extremamente baixo, o médico a encaminhou para o programa de transtornos alimentares do hospital.

Durante a consulta para avaliação psiquiátrica, a sra. Gaspard estava cooperativa e simpática. Manifestou preocupação em relação ao baixo peso e negou medo de ganho de peso ou perturbação da imagem corporal: “Sei que preciso ganhar peso. Estou magra demais”, afirmou. A sra. Gaspard relatou que, antes de se mudar para os Estados Unidos, pesava 44 kg e afirmou sentir “vergonha” quando familiares e até mesmo estranhos afirmavam que havia ficado magra demais. Observou-se que todos os outros familiares que moravam nos Estados Unidos tinham peso normal ou sobrepeso.

Apesar da aparente motivação para corrigir sua desnutrição, a evocação da dieta da sra. Gaspard revelou que ela consumia apenas 600 calorias por dia. No dia

anterior à avaliação, por exemplo, ela havia ingerido apenas uma pequena quantidade de macarrão, um prato de brócolis no vapor e uma xícara de feijão preto. Sua ingestão de líquidos também era bastante limitada e normalmente consistia em apenas dois ou três copos de água diárias.

A sra. Gaspard forneceu vários motivos para sua parca ingestão de alimentos. O primeiro era falta de apetite: “Meu cérebro nem dá sinal de que estou com fome”, afirmou. “Não tenho vontade de comer durante o dia inteiro”. O segundo foi inchaço e náusea após as refeições: “Depois de comer me dá um desconforto”. O terceiro era a variedade limitada de alimentos permitidos pela religião, que defende uma dieta vegetariana. “Meu corpo na realidade não é meu, é um templo de Deus”, explicou. O quarto motivo era que seu baixo orçamento não permitia a aquisição das suas fontes de proteína vegetariana preferidas (p. ex., tofu, substitutos para carne processados). A sra. Gaspard não tinha concluído o ensino médio e ganhava muito pouco dinheiro com o trabalho de secretária em sua igreja.

A sra. Gaspard negou outros sintomas de transtorno alimentar, incluindo compulsão alimentar, purgação ou outros comportamentos relacionados com a perda de peso. Contudo, em relação a exercícios, relatou que caminhava, aproximadamente, de 3 a 4 horas por dia. Negou que sua atividade fosse motivada pelo desejo de queimar calorias. Em vez disso, a sra. Gaspard afirmou que, como não dispunha de um carro e não gostava de esperar pelo ônibus, se deslocava a pé até o trabalho e para atividades de lazer.

Ela não relatou outros sintomas psiquiátricos além da ingestão inadequada de alimentos e atividade física excessiva. Parecia eutímica e não relatou sintomas de depressão. Ela negou uso de álcool ou de drogas ilícitas. Indicou que estava com má concentração, mas manifestou esperanças de que o complemento fitoterápico que recém começara a tomar melhoraria sua me-

mória. Quando indagada sobre história de tratamentos anteriores, relatou que havia consultado brevemente um nutricionista cerca de um ano antes, quando a família começara a “incomodar” sobre seu baixo peso, mas achava que as consultas não haviam ajudado.

Diagnóstico

- Anorexia nervosa, tipo restritivo.

Discussão

O diagnóstico do DSM-5 mais adequado para a sra. Gaspard é anorexia nervosa (AN). Embora sua história sugira explicações alternativas para sua apresentação caquética, nenhuma é tão convincente como a AN. Por exemplo, o transtorno alimentar restritivo/evitativo, recém denominado nos critérios revisados do DSM-5, também poderia apresentar perturbação alimentar, desnutrição significativa e/ou ausência de interesse ou aversão a alimentos, desencadeados ou associados a uma série de queixas físicas, incluindo desconforto gastrintestinal. Contudo, o inchaço e a náusea da sra. Gaspard são uma pista falsa: ambos são comuns em AN, onde podem ser idiossínticos ou estar associados a esvaziamento gástrico ou tempo de trânsito intestinal atrasado. De modo semelhante, embora o transtorno depressivo maior também possa estar associado à perda de apetite, a sra. Gaspard encontra-se eutímica eativamente dedicada a seu trabalho missionário. Por fim, embora o acesso limitado a alimentos e transporte da sra. Gaspard possa contribuir para sua desnutrição e excesso de atividade física, observa-se que ninguém em sua família (com quem ela divide os mesmos recursos) está abaixo do peso.

Como a sra. Gaspard não se entrega a compulsões alimentares (i.e., ela nega ingerir grandes quantidades de alimentos enquanto sente que perde o controle) ou práticas purgativas (i.e., nega vômito au-

toinduzido ou abuso de enemas, laxantes, diuréticos ou outros medicamentos), seu quadro é compatível com o subtipo restritivo de AN. Descreveu-se, em algumas populações, um risco elevado para transtorno alimentar após a imigração de um país não ocidental para um país ocidental, atribuído ao aumento da exposição a ideais de beleza ocidentais, bem como a estressores associados à aculturação. Embora a sra. Gaspard não tenha satisfeito os critérios do DSM-IV para AN devido à ausência de fobia de gordura e ao ciclo menstrual contínuo (ainda que irregular), ela satisfaz os critérios revisados do DSM-5 para AN.

O primeiro critério para AN é perda de peso significativa. O IMC de 14,5 da sra. Gaspard a coloca abaixo do percentil 1 de IMC para mulheres norte-americanas com a mesma idade e altura. Ademais, seu IMC está muito abaixo do limite mínimo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde como 18,5 kg/m² para adultos. Seu peso é tão baixo que a menstruação ficou irregular. É importante observar que a amenorreia (i.e., ausência de menstruação durante um período igual ou superior a três meses) era um critério do DSM-IV para AN, mas foi removido no DSM-5 devido a pesquisas que sugerem que pacientes de baixo peso com transtorno alimentar que menstruam regularmente exibem psicopatologia equiparável às pacientes com amenorreia.

Um segundo critério para AN é ou um temor intenso em relação a gordura ou um comportamento persistente que interfere no ganho de peso, apesar de um peso significativamente baixo. As racionalizações da sra. Gaspard em relação à recusa de alimentos são incompatíveis com o temor intenso de ganho de peso que o DSM-IV anteriormente caracterizava com *sine qua non* de AN. Contudo, muitos pacientes com baixo peso – especialmente aqueles com perfil cultural não ocidental – não confirmam explicitamente preocupações com o peso e a forma do corpo.

Diferenças baseadas na cultura – incluindo normas locais predominantes que orientam vários fatores, entre eles padrões de regime alimentar, ideais estéticos sobre a forma e o peso do corpo, personificação de símbolos culturais fundamentais e relacionamentos sociais, autogestão, autoapresentação e linguagens somáticas de sofrimento – potencialmente influenciam a experiência, a manifestação e a articulação de patologia alimentar. Por exemplo, uma narrativa clínica que faz a ligação entre comportamentos alimentares restritivos com objetivos de controle de peso pode facilmente ser formulada para um paciente cujo contexto social associa prestígio à magreza, estigmatiza a obesidade e confere um valor elevado ao êxito pessoal e à autonomia.

Os alicerces culturais determinantes da apresentação convencional de AN talvez sejam mais bem ilustrados pelo trabalho de Sing Lee a partir da documentação, em Hong Kong, de “anorexia nervosa sem fobia de gordura”, uma variante de transtorno alimentar que se assemelha fortemente à AN do DSM-IV exceto pela ausência de medo de ganho de peso. Lee e colaboradores alegaram que o medo de gordura não apresentava proeminência cultural suficiente para muitos de seus pacientes, que racionalizavam restrições alimentares extremas de formas distintas, mas, ainda assim, alcançavam um peso perigosamente baixo. Evidências de que a ausência de fobia de gordura possa estar associada a um curso clínico mais benigno levantam questões pertinentes não apenas sobre a mediação cultural, mas também sobre a moderação cultural da patologia alimentar. O comércio e a comunicação globalizados abriram avenidas de ampla exposição ao que Sing Lee denominou “cultura da modernidade”, e transtornos alimentares agora têm sua ampla distribuição geográfica reconhecida. A reforma no DSM-5 do Critério B de AN agora abrange indivíduos como a sra. Gaspard, que exibem comportamento persistente que interfere com o

ganhos de peso, mesmo quando não confirmam explicitamente fobia de gordura.

De fato, a baixa ingestão de alimentos (600 calorias por dia) da sra. Gaspard e seu alto nível de atividade física (3 a 4 horas por dia) evidentemente não combinam com o desejo que ela manifestou de ganhar peso, não importa o quanto soem sinceras suas afirmações. Ademais, a miríade de argumentos lógicos que ela usou para sustentar a restrição alimentar (desde falta de fome e esquecimento até falta de recursos) diminui a credibilidade de cada argumento individual. Acompanhar a sra. Gaspard ao longo do tempo para verificar se seus comportamentos são persistentes ajudaria a confirmar o diagnóstico de AN, mas sua história clínica sugere que quando ela foi confrontada anteriormente sobre seu baixo peso (i.e., por sua família e pelo nutricionista), ela ou não desejou, ou não conseguiu adotar mudanças que a devolveriam um peso saudável.

Um diagnóstico de AN também exige que um terceiro critério seja satisfeito: uma perturbação na experiência do próprio corpo ou formato durante a autoavaliação e/ou falha em reconhecer a gravidade do baixo peso. A sra. Gaspard nega uma autoimagem distorcida e afirma que está preocupada com seu baixo peso. Contudo, sua falha em prosseguir com a intervenção alimentar anterior e sua subsequente apresentação ao clínico geral para tratamento dos sintomas de desidratação e desnutrição (i.e., cefaleias, fadiga, má concentra-

ção) sugerem que ela pode não ter noção da gravidade de seu baixo peso. Ademais, ao se referir à preocupação da família como “incomodativa”, ela evidencia que não reconhece o impacto que o baixo peso tem sobre sua saúde.

Leituras Recomendadas

- Becker AE, Thomas JJ, Pike KM: Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? *Int J Eat Disord* 42(7):620–635, 2009
- Benini L, Todesco T, Dalle Grave R, et al: Gastric emptying in patients with restricting and binge/purge subtypes of anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol* 99(8):1448–1454, 2004
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics: CDC growth charts: United States. Advance Data No. 314. Vital and Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention. May 30, 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj41c024.pdf>. Acessado em 6 de maio, 2013.
- Lee S: Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Soc Sci Med* 41(1):25–36, 1995
- Lee S: Reconsidering the status of anorexia nervosa as a Western culture-bound syndrome. *Soc Sci Med* 42(1):21–34, 1996
- Roberto CA, Steinglass J, Mayer LE, et al: The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 41(6):559–563, 2008
- van Hoeken D, Veling W, Smink FR, Hoek HW: The incidence of anorexia nervosa in Netherlands Antilles immigrants in the Netherlands. *Eur Eat Disord Rev* 18(5):399–403, 2010

CASO 10.4

Vômitos

James E. Mitchell

Wanda Hoffman era uma mulher branca de 24 anos que se apresentou com a queixa principal: “Tenho problemas com vômitos”. Esse sintoma se originou no início da adolescência, quando começou a fazer dietas, apesar de um IMC normal. Aos 18 anos foi para a faculdade e começou a comer demais no contexto de exigências acadêmicas e sociais. Um ganho de 4,5 kg fez com que parasse de tomar café da manhã. Com frequência também evitava almoçar, mas então – faminta – fazia uma refeição exagerada no final da tarde e à noite.

Os episódios de ingestão demasiada de alimentos se intensificaram, tanto em frequência quanto em volume de alimentos, e a sra. Hoffman se sentia cada vez mais sem controle. Preocupada que as compulsões levassem a ganho de peso, começou a induzir vômito, uma prática que aprendera em uma revista. Primeiramente achou que esse padrão de comportamento era aceitável e encarava os vômitos autoinduzidos como uma forma de controlar seus medos de ganhar peso. O padrão se enraizou: restrição alimentar pela manhã, seguida por compulsão alimentar e, então, vômitos autoinduzidos.

A sra. Hoffman continuou com funcionamento adequado na faculdade e mantinha amizades, mas seu comportamento continuava sendo segredo. Depois da formatura, voltou para sua cidade natal e assumiu um emprego no banco local. Apesar de renovar velhas amizades, namorar e

ter prazer no trabalho, seguidamente não se sentia bem. Descreveu redução de energia e má qualidade do sono, bem como várias queixas abdominais, incluindo, em momentos diferentes, constipação e diarreia. Com frequência inventava desculpas para evitar amigos e ficou cada vez mais isolada socialmente. Seu humor se deteriorou, e ela percebeu que se sentia inútil. Por vezes, desejava estar morta. Ela resolveu interromper esses sentimentos antes que piorassem e solicitou encaminhamento psiquiátrico a seu clínico geral.

Durante o exame de estado mental, a aparência da paciente era a de uma mulher bem-nutrida e com boa constituição, sem sofrimento aparente. Seu IMC de 23 estava dentro da normalidade. Estava coerente, cooperativa e objetiva. Sentia-se triste e preocupada com frequência, mas negou sentir-se deprimida. Ela negou intenção de se matar, mas às vezes achava que a vida não valia a pena. Negou confusão. Sua cognição estava preservada, e seu *insight* e julgamento foram considerados bons.

Diagnósticos

- Bulimia nervosa.
- Transtorno depressivo maior.

Discussão

A sra. Hoffman apresenta uma história razoavelmente clássica de bulimia nervosa

(BN). Assim como 90% dos pacientes com BN, a sra. Hoffman é mulher e, como de hábito, seus sintomas se iniciaram no final da adolescência ou no início da faixa dos 20 anos. Um dos motivos para essa idade de início é o estresse de começar a faculdade ou de entrar no mercado de trabalho. A genética e o ambiente também contribuem, mas não está totalmente evidente por que alguns jovens desenvolvem BN enquanto outros não, apesar de níveis equivalentes de insatisfação com o corpo.

A marca registrada da doença é a compulsão alimentar, que normalmente é definida como ingerir uma quantidade inadequadamente grande de alimentos durante um período de tempo distinto (p. ex., durante uma refeição), em conjunto com uma sensação de perda de controle durante a ingestão. Embora as porções de alimentos costumem ser grandes na BN, a característica predominante em várias pessoas é a sensação de perda de controle.

Juntamente com a compulsão alimentar, a vasta maioria dos pacientes induz vômitos. Esse comportamento normalmente se inicia devido ao medo de que a compulsão resulte em ganho de peso, sendo que o vômito subsequente é visto como uma forma de eliminar esse risco. No início do curso da doença, a maioria dos pacientes induz vômito com os dedos, mas com frequência desenvolvem a capacidade de vomitar espontaneamente. Alguns pacientes com BN também podem usar laxantes para induzir diarreia; esse método pode criar a sensação de perda de peso, mas os laxantes, na realidade, são mais eficazes para induzir desidratação, com os sintomas físicos e risco clínico que a acompanham. Alguns indivíduos com BN também usam diuréticos e vários experimentam medicamentos para perda de peso.

A maioria das pessoas com BN normalmente busca ajuda devido às complicações do transtorno e não por insatisfação com o comportamento alimentar. Por exem-

plo, as complicações clínicas normalmente incluem desidratação e anormalidades nos níveis de eletrólitos, particularmente hipocloremia, alcalose metabólica e, mais raramente, hipocalémia. Essas complicações podem levar a sentimentos de fadiga, cefaleia e má concentração. Complicações médicas raras, porém sérias, incluem dilatação gástrica e ruptura do esôfago.

Além do transtorno alimentar, a sra. Hoffman apresenta humor deprimido, anedonia, má qualidade do sono, baixa energia, queixas físicas, sentimentos de desvalia e má concentração. Ela nega intenção ou plano suicida, mas apresenta pensamentos sobre a morte. Isso satisfaz, portanto, os critérios para transtorno depressivo maior do DSM-5. A depressão costuma ser comórbida com BN. Outras comorbidades comuns incluem transtornos de ansiedade, problemas decorrentes do uso de substância (frequentemente envolvendo álcool) e transtornos da personalidade.

Embora a sra. Hoffman tenha buscado a ajuda de um psiquiatra, ela o fez por intermédio de seu clínico geral, e é comum que pessoas com BN se consultem com um clínico geral com queixas médicas vagas. Curiosamente, os profissionais da área da saúde que costumam estar em uma posição melhor para identificar pacientes com BN são os dentistas, os quais encontram evidências óbvias de erosão do esmalte dos dentes.

Leituras Recomendadas

- Peat C, Mitchell JE, Hoek HW, Wonderlich SA: Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 42(7):590–594, 2009
van Hoeken D, Veling W, Sinke S, et al: The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 42(7):595–602, 2009
Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, et al: The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 42(8):687–705, 2009

CASO 10.5

Ganho de Peso

Susan L. McElroy

Yasmine Isherwood, uma mulher casada de 55 anos, seguia tratamento psiquiátrico há seis meses devido a um episódio de depressão maior. Ela reagiu bem a uma combinação de psicoterapia e medicamentos (fluoxetina e bupropiona), mas começara a se queixar de ganho de peso. Estava com “o maior peso que já tive”, que era de 63,5 kg (sua altura era 1,65 m, portanto seu IMC era de 23,3).

O psiquiatra deu início a um esclarecimento da história alimentar da sra. Isherwood, a qual era marcada por episódios aflitivos e recorrentes de ingestão incontrolável de grandes quantidades de alimentos. O exagero de comida não era novo, mas parecia ter se agravado durante o uso de antidepressivos. Ela relatou que os episódios ocorriam duas ou três vezes por semana, geralmente quando chegava em casa do trabalho, antes da chegada do marido. Essas “comilanças” eram marcadas por uma sensação de perda de controle. Ela comia rapidamente e sozinha, até estar desconfortavelmente saciada. Depois, ficava deprimida, cansada e com asco de si mesma. Normalmente ela ingeria alimentos saudáveis de forma compulsiva, mas também tinha “compulsões por doce”, quando ingeria principalmente sorvete e balas. Negou, tanto no presente quanto no passado, vômitos autoinduzidos, jejuns ou uso inadequado de laxantes, diuréticos ou medicamentos para perda de peso. Ela relatou exercitar-se durante uma hora quase todos

os dias, mas negou ser “viciada” em exercícios. Relatou que, no final da faixa dos 20 anos, corria em competições. Na época, costumava participar de corridas de 10 quilômetros e chegava a uma média de 56 quilômetros por semana, apesar de uma lesão persistente no pé, o que a forçou a mudar para natação, ciclismo e aparelho elíptico.

A sra. Isherwood afirmou que tinha compulsão alimentar “desde que consigo me lembrar”. Ela era “atarracada” quando criança, mas se manteve com peso normal durante o ensino médio (54 a 56,5 kg) porque era muito ativa. Negou história de anorexia nervosa. Aos 28 anos, chegou ao peso mais baixo em toda a idade adulta, de 51,2 kg. Foi quando se sentiu “cheia de vida, saudável, com tudo sob controle”.

Em meados da faixa dos 30 anos, teve um episódio depressivo maior que durou dois anos. Teve humor gravemente deprimido, não falava, “se fechou”, ficava na cama, tinha muita fadiga, dormia mais que o normal e não conseguia funcionar. Foi uma das poucas vezes na vida em que a compulsão alimentar se interrompera e ela perdera peso. Negou história de episódios hipomaníacos ou maníacos. Embora vivesse com tristeza frequente, negou outros episódios depressivos graves até o ano anterior. Ela negou história de ideação suicida, tentativas de suicídio e uso significativo de álcool, tabaco ou substâncias ilícitas.

A avaliação revelou uma mulher bem-nutrida e com bom desenvolvimento,

coerente e cooperativa. Seu discurso era fluente e não havia pressão por falar. Tinha humor levemente deprimido, mas um afeto reativo com sorrisos adequados. Ela negou culpa, ideias suicidas e desesperança. Afirmou que sua energia era normal, exceto pela fadiga após a compulsão alimentar. Negou psicose e confusão. Sua cognição estava normal. A história médica não apresentava nada fora do comum, e o exame físico e os testes laboratoriais básicos fornecidos por seu clínico geral estavam dentro dos limites normais.

Diagnósticos

- Transtorno de compulsão alimentar leve.
- Transtorno depressivo maior recorrente e em remissão.

Discussão

A sra. Isherwood descreve episódios de ingestão excessiva de alimentos que são marcados por uma sensação de falta de controle. A ingestão é rápida e ultrapassa a saciedade. Ela come sozinha e depois se sente angustiada e com ódio de si mesma. Esses episódios ocorrem várias vezes por semana e não envolvem comportamentos compensatórios inadequados como vômitos ou uso de laxantes. Portanto, ela se encaixa na nova definição do DSM-5 de transtorno de compulsão alimentar (TCA).

Embora o TCA compartilhe características com a bulimia nervosa (BN) e a obesidade, ele é distinto dessas duas condições. Em comparação com indivíduos obesos sem compulsão alimentar, indivíduos obesos com TCA apresentam maiores preocupações com o peso e índices mais elevados de transtornos do humor, de ansiedade e por uso de substância. Em comparação com indivíduos com BN, pessoas com TCA apresentam menos preocupações com o peso, maiores índices de obesidade e índices mais baixos de transtornos do

humor, de ansiedade e por uso de substância associados. Os critérios do DSM-5 para TCA foram ampliados a partir dos critérios provisórios do DSM-IV. Em vez da exigência de dois episódios de compulsão por semana durante seis meses, o DSM-5 exige um episódio por semana durante três meses. Essa mudança representa um exemplo do tipo de pesquisa que investiga agrupamentos sintomáticos. Nesse caso, evidenciou-se que indivíduos com episódios de compulsão de menor frequência e persistência são bastante semelhantes às pessoas com episódios ligeiramente mais frequentes e mais persistentes. A sra. Isherwood relata dois ou três episódios por semana, o que a coloca na categoria leve.

Embora um diagnóstico de TCA não deva ser estabelecido na presença de BN ou de AN, pacientes com TCA podem ter histórias anteriores de outros tipos de transtornos alimentares, bem como comportamentos compensatórios inadequados de baixa frequência. Por exemplo, a sra. Isherwood lembrou-se de uma época, quando estava na faixa dos 20 anos, em que participava de corridas frequentes e corria 56 quilômetros por semana embora tivesse uma lesão crônica no pé. Apesar de evocar uma sensação de estar “cheia de vida, saudável e com tudo sob controle” naquela época, também pode ter apresentado BN se o período incluía tanto compulsão alimentar quanto competições de corrida cujo propósito era compensar a compulsão.

Pacientes com TCA costumam buscar tratamento inicialmente para obesidade ($IMC \geq 30$), mas amostras clínicas indicam que até um terço dos pacientes com TCA não são obesos. Pacientes não obesos com TCA são mais semelhantes do que diferentes de seus congêneres obesos, embora sejam mais propensos a ter comportamentos tanto saudáveis quanto doentios em relação à perda de peso. É possível que a sra. Isherwood tenha mantido seu peso normal, apesar da longa história de com-

pulsão alimentar, devido a seu regime de exercícios regulares. Também é possível que seu excesso de corridas tenha sido estimulado por um episódio de hipomania; aproximadamente 15% dos pacientes com transtorno bipolar tipo II têm um transtorno alimentar, e o TCA é o mais comum.

O TCA costuma estar associado a transtornos do humor, de ansiedade, por uso de substância e do controle de impulsos. Embora a sra. Isherwood negue história de uso inadequado de álcool ou drogas, ela tem uma história de transtorno depressivo maior recorrente. Embora o caso não seja aprofundado, seria útil investigar a conexão entre os hábitos alimentares da sra. Isherwood e seus sintomas depressivos. A depressão maior em si pode levar a ingestão alimentar excessiva, mas se tanto o TCA como a depressão estiverem presentes, ambos devem ser diagnosticados. Por

fim, a história não aborda a personalidade, mas a compulsão integra o critério de controle de impulsos para transtorno da personalidade *borderline*. Caso todos os critérios para ambos sejam satisfeitos, então os dois devem ser diagnosticados.

Leituras Recomendadas

- Goldschmidt AB, Le Grange D, Powers P, et al: Eating disorder symptomatology in normal-weight vs. obese individuals with binge eating disorder. *Obesity* (Silver Spring) 19(7):1515–1518, 2011 P
Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC: The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 61(3):348–358, 2007
Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, et al: The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 42(8):687–705, 2009

CAPÍTULO 11

Transtornos da Eliminação

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

O capítulo sobre transtornos da eliminação é o segundo dos quatro capítulos do DSM-5 que lidam explicitamente com variações de processos corporais normais. Esses processos corporais podem ser perturbados de diversas formas, mas, do ponto de vista diagnóstico, o sofrimento e/ou a disfunção podem surgir como uma parte sintomática de outro transtorno ou como um grupo de sintomas que pode ser categorizado como um transtorno da eliminação relativamente autônomo (com ou sem comorbidades).

A enurese e a encoprese são os dois principais transtornos da eliminação. Cada um é subdividido de formas tanto lógicas quanto clinicamente relevantes. Os critérios diagnósticos para cada transtorno especifica a idade de desenvolvimento na qual o diagnóstico é aplicável. Por exemplo, a enurese – o vazamento repetido de

urina na cama e nas roupas – não é um diagnóstico até que a criança tenha atingido a idade de 5 anos. Uma quantidade significativa de crianças mais jovens simplesmente não tem treinamento para usar o banheiro de forma confiável.

O DSM-5 não exige que o clínico determine até que ponto o papel do controle voluntário é importante; por exemplo, um diagnóstico psiquiátrico de urinar na cama à noite (enurese noturna) não precisa depender da possibilidade de que o pai indique que “ele está fazendo isso para chamar a atenção”. Da mesma forma, uma criança pequena que se recusa a evacuar no banheiro da escola e então fica constante e vergonhosamente incontinente justifica um diagnóstico (encoprese com constipação e incontinência por extravasamento) que não requer que o clínico se aprofunde sobre o que a criança pensa sobre o jardim

de infância, a separação e o controle corporal. O clínico pode optar por realizar essas avaliações, mas o processo diagnóstico não as exige.

Em vez disso, o enfoque é voltado para medidas de confirmação mais imediatas. A enurese é clinicamente significativa? É persistente? Causa sofrimento? O DSM-5 também exige que o clínico faça um esforço para avaliar causas fisiológicas de enurese e encoprese, porque condições comuns e facilmente tratáveis, como infecção do trato urinário ou desidratação, podem causar sintomas perturbadores.

Anormalidades da eliminação também são vistas como secundárias a diversas condições clínicas e psiquiátricas. A ligação entre depressão e constipação, por

exemplo, é bastante comum, assim como a ligação entre desconforto gastrintestinal e uma ampla gama de medicamentos. Essas comorbidades devem ser atentamente consideradas. Ao mesmo tempo, é importante considerar, com tato, se um transtorno da eliminação autônomo deve ser o foco de atenção clínica.

Leituras Recomendadas

von Gontard A: Elimination disorders: a critical comment on DSM-5 proposals. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20(2):83–88, 2011

von Gontard A: The impact of DSM-5 and guidelines for assessment and treatment of elimination disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S61–S67, 2013

CASO 11.1

Ataques de Raiva e Queixas Somáticas

David H. Rubin

Zack era um menino de 8 anos, levado para uma clínica psiquiátrica infantil ambulatorial pela mãe devido a seus crescentes ataques de raiva e queixas somáticas sem causa aparente. A mãe relatou que o surgimento dos sintomas estava relacionado às noites que ele passou com a tia, outra mãe solteira com um filho da mesma idade de Zack. Ele sempre fora próximo da

tia desde que nascera, mas recentemente começara a passar todas as noites de sexta-feira com ela enquanto a mãe trabalhava no turno da noite.

Durante dois meses antes da consulta, Zack relatou náusea e cefaleias nas sextas-feiras e queixas de que a casa da tia era “esquisita”. Ele continuava a frequentá-la, relutantemente, embora uma vez tenha te-

lefonado para a mãe, pedindo que o buscassem, alegando que “as outras crianças moram na própria casa todos os dias da semana”.

Nas últimas semanas, Zack gritava e se escondia quando era hora de ir para a casa da tia. Sua mãe ficou preocupada de que algo podia ter “acontecido” com ele durante uma das visitas. A mãe tinha dificuldades em conciliar essa ideia com o fato de que Zack não se importava em ver a tia e o primo em outros lugares e que não tinha objeções quanto ao primo dormir na casa deles. A irmã sempre havia sido “uma boa mãe” e sempre estava em casa quando Zack passava a noite com ela. Ela tinha um namorado, mas Zack parecia gostar dele. Na realidade, o menino parecia ficar particularmente animado para ir ao parque ou jogar bola com o primo e o namorado da tia.

Ele nunca havia demonstrado, anteriormente, ter problemas significativos de separação, comportamentais ou emocionais. Atingiu todos os marcos do desenvolvimento na época adequada. Nunca havia consultado com um médico além das consultas de rotina e devido a uma gripe forte quando tinha 3 anos. Contudo, ainda precisava atingir constância de continência noturna, de modo que molhava a cama cerca de duas vezes por semana. Não tinha sintomas diurnos de vazamento de urina nem de constipação. O pediatra lhes explicou que isso era “normal” na idade de Zack. A mãe nunca fez caso do fato de o menino molhar a cama, e ele nunca manifestou sofrimento significativo a respeito.

A história familiar era negativa para doenças psiquiátricas por parte de mãe, e ela afirmou que seus próprios marcos de desenvolvimento foram normais, até onde sabia. A mãe não sabia muito sobre o desenvolvimento ou a história familiar do pai de Zack e não o via desde o nascimento do filho.

Durante o exame de estado mental, Zack estava cooperativo e parecia bem-

-alimentado e bem-cuidado. Tinha pouca dificuldade de se separar da mãe. Depois de um período inicial para perder a timidez com o entrevistador, seu discurso foi espontâneo, com vocabulário adequado para a idade. Manteve contato visual apropriado para a idade. Inicialmente, seu afeto era levemente ansioso, mas se acalmou rapidamente. A ansiedade reapareceu somente quando o assunto se voltou para as noites que passava fora de casa, quando Zack demonstrou ficar inquieto, reduziu o contato visual e manifestou uma leve irritabilidade dirigida à mãe. Ao ser indagado sobre urinar na cama, Zack pareceu ficar com vergonha. Disse que molhara a cama na casa da tia algumas vezes e que o primo e o namorado da tia zombaram dele. A tia interrompeu a zombaria, mas ele descreveu ficar “com medo” de molhar a cama de novo.

Diagnóstico

- Enurese, exclusivamente noturna.

Discussão

Zack apresenta ataques de raiva atípicos, queixas somáticas e recusa persistente em passar a noite na casa da tia. Ao final da entrevista, o foco da preocupação clínica se deslocou para a enurese de Zack, um transtorno que, em si, é geralmente benigno, mas pode levar a sofrimento psicosocial significativo e alteração comportamental.

Um diagnóstico de enurese do DSM-5 não exige que o clínico avalie a motivação (i.e., a urinação pode ser voluntária ou involuntária). Em vez disso, o comportamento deve ser clinicamente significativo, definido pela frequência (p. ex., duas vezes por semana durante três meses) ou pelo impacto (p. ex., sofrimento ou alteração funcional). A enurese pode se desenvolver em qualquer idade, embora haja um limite de idade mínima de 5 anos para o diagnós-

tico. Para pacientes com um transtorno do neurodesenvolvimento, a restrição etária se aplica à idade de desenvolvimento, não à cronológica. Por fim, o transtorno não deve ser causado por uma substância ou condição médica.

O diagnóstico de enurese também inclui uma série de subtipos. Como a enurese de Zack parece ocorrer apenas à noite, em seu caso seria descrita como “exclusivamente noturna”. Ele nunca atingiu um período constante de seis meses sem molhar a cama, portanto sua enurese é definida como primária. A enurese noturna primária é frequente em crianças dos 5 aos 10 anos e particularmente comum em meninos. Embora a mãe de Zack não saiba quando o pai de Zack atingiu continência noturna, uma história familiar de enurese é bastante comum, e identificou-se a contribuição de vários fatores genéticos para o transtorno. A enurese secundária, na qual a incontinência ressurge depois de a criança ter atingido um mínimo de seis meses de continência constante, requer uma consideração criteriosa de várias etiologias médicas, incluindo diabetes, transtorno convulsivo, apneia obstrutiva do sono, bexiga neurogênica, constipação e obstrução uretral. Em casos raros, essas condições também podem ser responsáveis por enurese primária, de forma que o quadro de Zack deve suscitar um esforço coordenado com o pediatra para descartá-las.

Todo sofrimento associado à condição normalmente depende da reação de terceiros quanto a molhar a cama; contudo, o sofrimento não é necessário para o diagnóstico de enurese. No caso de Zack, ele ficou com vergonha apenas depois da zombaria do primo e do namorado da tia. Levando em conta que, fora isso, seu desenvolvimento tem sido normal, e Zack provavelmente tem enurese sem outro diagnóstico psiquiátrico.

No entanto, a enurese costuma ser comórbida com outros transtornos emocionais e comportamentais da infância, assim, deve-se considerar vários transtornos psiquiátricos no caso de Zack. A ansiedade e as queixas somáticas se desenvolveram no contexto de separação de um cuidador principal, o que deve levar à investigação de um transtorno de ansiedade, como ansiedade de separação. Zack se separa da mãe facilmente em outros contextos, como frequentar a escola e a própria avaliação psiquiátrica, o que torna a ansiedade de separação uma explicação improvável para seu quadro sintomático.

Zack foi levado para avaliação devido a desafio, queixas somáticas e ataques de raiva. Transtornos do comportamento, do humor e do controle de impulsos – como transtorno de oposição desafiante, transtorno da conduta e transtorno disruptivo da desregulação do humor – podem ser considerados. Contudo, os sintomas de Zack duraram apenas dois meses e, de modo geral, ele está bem. Como as mudanças parecem se concentrar especificamente em um único contexto com desencadeador compreensível, dificilmente Zack tem um desses diagnósticos.

Não é de se estranhar que a mãe de Zack esteja preocupada de que a especificidade do desencadeador possa estar relacionada a algum tipo de abuso. Embora ele tenha problemas óbvios nas noites de sexta-feira, o bem-estar geral de Zack e a facilidade com que ele interage com o primo, a tia e o namorado da tia tornam improvável que ele tenha sofrido abuso. Contudo, a mãe está certa ao achar que algo aconteceu: ele sofreu gozação do primo e do namorado da tia, duas pessoas nas quais ele parece confiar, de forma que suas palavras provavelmente despertaram um sentimento traumático nesse menino de 8 anos.

Leituras Recomendadas

- Hollmann E, Von Gontard A, Eiberg H, et al: Molecular genetic, clinical and psychiatric associations in nocturnal enuresis. *Br J Urol* 81 (suppl 3):37–39, 1998
- Robson WL: Clinical practice: evaluation and management of enuresis. *N Engl J Med* 360(14):1429–1436, 2009

Robson WL, Leung AK, Van Howe R: Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation. *Pediatrics* 115(4):956–959, 2005

von Gontard A, Heron J, Joinson C: Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence: results from a large epidemiological study. *J Urol* 185(6):2303–2306, 2011

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 12

Transtornos do Sono-Vigília

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

A busca por um sono reparador é atormentada por trabalho, pressões familiares, viagens de longa distância, a onipresença de estimulantes (p. ex., café) e aparelhos eletrônicos (p. ex., celular). Uma boa noite de sono pode ser a vítima de uma infinidade de transtornos psiquiátricos, incluindo ansiedade, depressão e transtornos bipolares e psicóticos, bem como de uma variedade de condições clínicas não psiquiátricas. Os problemas de sono podem não ser simplesmente epifenômenos, mas precipitar, prolongar e intensificar essas outras condições clínicas e psiquiátricas. Com muita frequência, no entanto, os transtornos do sono-vigília do DSM-5 existem como fatores silenciosos e não diagnosticados que contribuem para sofrimento e disfunção.

O DSM-5 usa tanto uma abordagem de “aglutinação” quanto de “divisão” para os transtornos do sono. Transtorno de insô-

nia pode existir de forma autônoma, mas o DSM-5 incentiva a consideração de comorbidade com condições clínicas tanto psiquiátricas quanto não psiquiátricas. Ao fazê-lo, esse manual se distancia da atribuição causal (p. ex., depressão invariavelmente causa insônia) e, em vez disso, reconhece as interações bidirecionais entre o sono e outros transtornos. A clarificação de um transtorno do sono independente também serve para lembrar o clínico de que o problema de sono pode não se resolver espontaneamente, mas justificar uma atenção psiquiátrica independente.

Além de uma abordagem clínica ampla, o DSM-5 engloba transtornos do sono que exigem achados fisiológicos bastante específicos. Por exemplo, um paciente pode apresentar sono inquieto e fadiga diurna. Caso o parceiro de cama do paciente identifique ronco alto incomum,

provavelmente se deva considerar apneia do sono. Um diagnóstico do DSM-5 de apneia ou hipopneia obstrutivas do sono exige não apenas evidências clínicas, mas também uma polissonografia que revele pelo menos cinco apneias ou hipopneias obstrutivas por hora de sono (ou, caso não haja evidências de dificuldades de respiração noturnas, 15 ou mais eventos apneicos por hora).

Outros transtornos do sono podem ser diagnosticados seja por meio de evidências clínicas ou de uma combinação entre o relato do paciente, os resultados de exames laboratoriais e estudos do sono. Por exemplo, define-se narcolepsia por meio da exigência de dois critérios. O primeiro é que um relato clínico deve indicar episódios recorrentes e persistentes marcados por sono irrefreável ou pela necessidade irrefreável de dormir. O segundo critério pode ser satisfeito de três formas: por meio de episódios recorrentes de cataplexia (definida clinicamente); deficiência de hipocretina (definida por meio dos níveis do líquido cerebrospinal obtido por punção lombar); ou latência do sono de movimento rápido dos olhos (REM) especificamente anormal determinada por polissonografia noturna do sono ou por um teste múltiplo de latência do sono.

O transtorno comportamental do sono REM e a síndrome das pernas inquietas são novos transtornos no texto principal do DSM-5. Para cada um deles, evidências substanciais esclareceram a base fisiológica, a prevalência e a relevância clínica. Ambos são frequentemente comórbidos

com outras condições médicas psiquiátricas e não psiquiátricas (p. ex., transtorno comportamental do sono REM comórbido com narcolepsia e transtornos neurodegenerativos como doença de Parkinson; síndrome das pernas inquietas comórbida com depressão e doença cardiovascular).

A avaliação inicial do sono geralmente envolve um relato retrospectivo do paciente. Os clínicos estão acostumados a trabalhar com relatos subjetivos, mas uma queixa de sono impossível ("Não durmo há semanas") pode levar o clínico a pensar em "insônia" e prosseguir para outros aspectos da avaliação. Critérios diagnósticos cada vez mais sólidos para os transtornos do sono-vigília são úteis por diversos motivos, mas servem particularmente para lembrar o clínico geral de investigar queixas comuns que muitas vezes são sub-diagnosticadas e que contribuem para sofrimento e disfunção significativos.

Leituras Recomendadas

Edinger JD, Wyatt JK, Stepanski EJ, et al: Testing the reliability and validity of DSM-IV-TR and ICSD-2 insomnia diagnoses: results of a multitrait-multimethod analysis. *Arch Gen Psychiatry* 68(10):992–1002, 2011

Ohayon MM, Reynolds CF 3rd: Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med* 10(9):952–960, 2009

Reite M, Weissberg M, Ruddy J: *Clinical Manual for Evaluation and Treatment of Sleep Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009

CASO 12.1

Dificuldade de Manter o Sono

Charles F. Reynolds III

Aidan Jones, um estudante de pós-graduação em inglês, de 30 anos, consultou um psiquiatra para falar sobre sua dificuldade de manter o sono. O problema havia se iniciado quatro meses antes, quando começou a acordar às 3 horas todas as manhãs, independentemente do horário em que ia para a cama, e depois não conseguia mais dormir. Em consequência, se sentia “em descompasso” durante o dia, o que o levou a ficar cada vez mais preocupado sobre como conseguiria terminar sua tese de doutorado quando era incapaz de se concentrar devido à exaustão. No início não se lembrava de acordar com algo específico em mente. Com a persistência do problema, começou a ter pavor do dia seguinte e imaginava como conseguiria dar aulas ou se concentrar na redação da tese se dormia apenas durante algumas horas. Em algumas manhãs, ele ficava deitado e acordado ao lado da noiva, que dormia profundamente; em outras, decidia reduzir o prejuízo, levantava da cama e ia cedo para seu escritório no *campus*.

Depois de um mês de sono interrompido, o sr. Jones visitou um assistente médico no departamento de saúde estudantil da universidade, onde normalmente obtinha atendimento médico (sofría de asma, para a qual eventualmente usava agonistas dos receptores adrenérgicos β_2 inalatórios, e, um ano antes, havia tido mononucleose). O assistente médico prescreveu um sedativo-hipnótico, que não ajudou. “Pegar

no sono nunca foi o problema”, explicou o sr. Jones. Enquanto isso, seguiu alguns conselhos que havia lido *on-line*. Embora sentisse necessidade de café durante o dia, parou de bebê-lo após as 14 horas. Tenista entusiasta, restringiu os jogos ao primeiro horário da manhã. Contudo, continuava bebendo um ou dois copos de vinho todas as noites durante o jantar com a noiva. “Na hora do jantar já começo a me preocupar se vou conseguir dormir”, afirmou, “e, para ser sincero, o vinho ajuda”.

O paciente, um jovem magro e em forma, com o estereótipo do jovem acadêmico, vestindo jaqueta de *tweed* e óculos de aro de tartaruga, contou sua história de forma simpática e aberta. O sr. Jones não parecia cansado, mas disse ao psiquiatra que o avaliava: “Fiz questão de marcar a consulta na parte da manhã, antes de ficar cansado”. Não parecia triste nem nervoso e não tinha certeza se já havia se sentido deprimido, mas não tinha dúvidas sobre a ansiedade de baixa intensidade que atualmente o oprimia. “Esse problema com sono assumiu o controle”, explicou. “Estou estressado com o trabalho, e minha noiva e eu andamos discutindo. Mas tudo isso é por que ando tão cansado”.

Embora essa fosse sua primeira consulta com um psiquiatra, o sr. Jones falou de uma psicoterapia psicodinâmica de três anos satisfatória com um assistente social quando estava na faculdade. “Eu só estava tentando me entender melhor”, explicou,

acrescentando com uma risada que, sendo filho de um psiquiatra infantil, estava acostumado que as pessoas presumissem que fosse “louco”. Lembrou sempre ter tido “sono fácil” antes dessas dificuldades recentes; quando criança, era o primeiro a dormir nas festas de pijama e, quando adulto, deixava a noiva com inveja da facilidade com que conseguia pegar no sono no avião.

Diagnóstico

- Transtorno de insônia.

Discussão

O sr. Jones relata quatro meses de insatisfação com seu sono na maioria das noites, com dificuldade de manter o sono e despertar precoce pela manhã. Descreve fadiga diurna, dificuldade de concentração, sintomas leves de ansiedade e prejuízo interpessoal e profissional. Não parece se qualificar para diagnósticos de outros distúrbios clínicos, transtornos psiquiátricos, do sono ou por uso de substância. Ele satisfaz os critérios clínicos para transtorno de insônia do DSM-5.

O relato de caso sugere que a perturbação do sono do paciente se iniciou durante um período de estresse elevado relacionado a pressões de prazos e que ele desenvolveu alguns comportamentos que podem agravar ou perpetuar sua perturbação do sono. Ele se preocupa quanto a não dormir, criando uma profecia autorrealizável. Também pode estar se automedicando com cafeína para se manter alerta durante o dia e com vinho para embotar a excitabilidade durante a noite.

Observa-se também uma história médica de asma, para a qual o sr. Jones eventualmente usa agonistas dos receptores adrenérgicos β_2 . Como esses medicamentos podem ser estimulantes, seria útil saber a frequência e a quantidade real do uso.

O paciente relata uma história de três anos de psicoterapia psicodinâmica durante a faculdade. Seria importante saber mais sobre seus sintomas de humor e ansiedade para determinar se a insônia pode estar relacionada a um transtorno anterior, e talvez recorrente, do humor ou de ansiedade. De modo inverso, a própria insônia aumenta o risco de episódios novos ou recorrentes de transtornos do humor, de ansiedade ou por uso de substância. Também pode ajudar investigar a história de transtornos do humor, de ansiedade, por uso de substância ou do sono na família do sr. Jones.

Um diário de sono-vigília de duas semanas pode ser útil para avaliar os problemas de sono do sr. Jones, incluindo a quantidade de tempo que ele passa na cama, seu estilo de vida (momentos de atividade física e mental que poderiam aumentar excitabilidade e interferir com o sono), o momento e o uso de substâncias que podem atuar sobre o sistema nervoso central e outras questões médicas (p. ex., ataques de asma). Uma história obtida junto à noiva do sr. Jones poderia informar a respeito de suas patologias relacionadas ao sono, como apneia, ronco alto, espasmos nas pernas ou despertares parciais (parassonias REM ou não REM).

Além de solicitar que o sr. Jones mantenha um diário de sono-vigília, seria útil pedir que ele documentasse a gravidade da queixa atual sobre o sono por meio de um inventário de autorrelato como o Índice de Gravidade de Insônia (ISI) ou o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Esses instrumentos proporcionam parâmetros ou valores de referência que podem servir para medir mudanças ao longo do tempo. Além disso, o uso de medidas de autorrelato breve de estado afetivo, como a escala de 9 itens do Questionário da Saúde do Paciente (PHQ-9) ou a escala de 7 itens de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7), permitiria que o clínico aprofundasse a avaliação de transtornos mentais coexistentes ou adicionais.

Exames laboratoriais formais do sono (polissonografia) não parecem ser indicados no caso do sr. Jones. Contudo, se mais informações surgirem a partir da história ou do diário, seria adequado obter um exame para transtorno do sono relacionado à respiração ou para transtorno de movimento periódico de membros. Outra possibilidade de diagnóstico é um transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, como uma síndrome de fase do sono avançada (improvável, no entanto, ao se levar em consideração a idade do paciente).

Conforme ilustrado por este caso, o DSM-5 desistiu de categorizar formas “primária” e “secundária” de transtorno de insônia. Em vez disso, o manual decreta a especificação simultânea de condições coexistentes (distúrbios clínicos, transtornos psiquiátricos e outros transtornos do sono) por dois motivos: 1) para ressaltar que o paciente apresenta um transtorno do sono que justifica atenção clínica independente, além do distúrbio clínico ou transtorno psiquiátrico também presente, e 2) para reconhecer os efeitos interativos e bidirecionais entre transtornos do sono e distúrbios clínicos e transtornos psiquiátricos coexistentes.

Essa reformulação conceitual reflete uma mudança de paradigma na área da medicina que trata dos transtornos do sono. Essa mudança está longe de estabelecer atribuições causais entre transtornos coexistentes (“a” decorre de “b”), porque

geralmente há dados empíricos limitados que sustentam essa atribuição e porque o planejamento do tratamento mais adequado exige atenção para ambos “a” e “b” (porque a coocorrência de cada um pode agravar o outro).

Assim, o diagnóstico diferencial de queixas sobre sono-vigília requer uma abordagem multidimensional, com consideração de condições coexistentes. Essas condições são a regra, não a exceção. Por fim, a classificação do DSM-5 do transtorno de insônia e de outros transtornos do sono-vigília incluem uma avaliação dimensional e também categórica por diversos motivos: 1) identificar a gravidade; 2) facilitar cuidados clínicos com base em medidas; 3) identificar comportamentos que podem contribuir para a patogênese e a perpetuação de queixas sobre sono-vigília; e 4) permitir a correlação e a investigação de substratos neurobiológicos subjacentes.

Leituras Recomendadas

- Chapman DP, Presley-Cantrell LR, Liu Y, et al: Frequent insufficient sleep and anxiety and depressive disorders among U.S. community dwellers in 20 states, 2010. *Psychiatr Serv* 64(4):385–387, 2013
 Reynolds CF 3rd: Troubled sleep, troubled minds, and DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 68(10):990–991, 2011
 Reynolds CF 3rd, O’Hara R: DSM-5 sleepwake disorders classification: overview for use in clinical practice. *Am J Psychiatry* (no prelo)

CASO 12.2

Ansiosa e Sonolenta

Maurice M. Ohayon

Bernadette Kleber era uma mulher branca, divorciada, desempregada, com 34 anos e mãe de três crianças em idade escolar. Morava com uma nova companheira. A sra. Kleber consultou um psiquiatra devido a ansiedade e sonolência.

Durante a maior parte de sua vida, a sra. Kleber sentiu ansiedade, mas ficou mais preocupada e estressada desde o nascimento de seu primeiro filho, há 10 anos. Afirmando que se sentia “bem em casa”, mas ansiosa em situações sociais. Ela evitava ter de interagir com novas pessoas, temendo que ficasse constrangida e fosse criticada. Por exemplo, queria perder o peso que ganhara desde o nascimento de seus filhos (índice de massa corporal [IMC] atual de 27,7), mas tinha medo de parecer ridícula na academia de ginástica. Assim, ela retraiu-se gradualmente de situações nas quais poderia ser forçada a conhecer novas pessoas, o que tornou quase impossível ter um trabalho e fazer entrevistas de emprego. Ela havia se tratado para fobia social com sucesso, cinco anos antes, por meio de psicoterapia, antidepressivo iniciador seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) e 0,25 mg de clonazepam duas vezes ao dia, mas os sintomas retornaram no ano anterior. Ela negou intensificar a dose dos medicamentos ou tomar novos remédios (com ou sem receita) para ansiedade. Embora estivesse animada com o novo relacionamento, temia que a namorada a deixasse caso não “tomassem jeito”.

A sra. Kleber negou períodos de depressão significativa, embora afirmasse ter passado por vários períodos em que se sentia frustrada devido a suas limitações. Também negou todo tipo de sintomas maníacos.

O psiquiatra a indagou então sobre a “sonolência”. Ela afirmou que dormia mais do que todas as pessoas que conhecia. Afirmou que normalmente dormia um mínimo de 9 horas por noite e tirava dois cochilos durante o dia, os quais aumentavam 5 horas de sono. Não conseguia se lembrar de problemas até o final do ensino médio, quando começava a adormecer por volta das 20 ou 21h, e dormitava todas as tardes. Quando tentou começar a faculdade, percebeu o quanto sua necessidade de sono era maior que a de seus amigos, largando a faculdade por não conseguir ficar acordada durante as aulas. Apesar dos cochilos, normalmente dormia quando visitava os amigos ou a família e quando lia ou assistia à televisão. Parou de dirigir sozinha por medo de pegar no sono no trânsito. Cochilos no final da tarde não eram reparadores e aparentemente não tinham nenhum impacto sobre o início do sono à noite.

Criar os filhos era uma tarefa difícil, especialmente porque o turno da manhã era seu pior período. Durante pelo menos meia hora depois do despertar, sentia-se desorientada e confusa, o que dificultava preparar as crianças para irem à escola. Afirmando que, ao longo do dia, sentia-se “dispersiva e desatenta”.

Ela começou a roncar cinco anos antes. Sua companheira não tinha certeza se a sra. Kleber também tinha pausas durante o sono. A sra. Kleber negou ter vivenciado paralisia do sono ou dormir abruptamente no meio de uma frase. Embora pegasse no sono em eventos sociais, isso geralmente ocorria durante uma pausa na conversa enquanto estava em um local tranquilo, no canto de um sofá. Negou quedas quando adormecia. Relatou ter alucinações hipnopômpicas várias vezes por ano desde que era adolescente.

Durante o exame, a sra. Kleber era uma mulher acima do peso, cooperativa e coerente. Ela estava preocupada com sua ansiedade, mas manifestava uma preocupação maior quanto a seu problema com o sono. Negou depressão, ideias suicidas, psicose e queixas de memória. Seu *insight* e seu julgamento pareciam preservados.

O exame físico praticamente não acrescentou dados relevantes. A história médica era significativa em relação a hipercolesterolemia e enxaquecas eventuais. A sra. Kleber apresentou algumas queixas musculares, como fraqueza nas pernas e dor no braço esquerdo, as quais estavam relacionadas a esforço. Fumava maconha eventualmente para ajudar com a dor, mas negou que a substância contribuísse significativamente para a sonolência. Negou história de traumatismo craniano e doenças incomuns. Ela também negou história familiar de problemas do sono ou do humor, embora vários parentes fossem “ansiosos”.

A sra. Kleber foi encaminhada para exames do sono. Uma polissonografia revelou índice de apneia hipopneia de três eventos por hora. No dia seguinte submeteu-se a um teste múltiplo de latência do sono (MSLT), o qual indicou uma latência média do sono de sete minutos com um período de início de sono REM durante o teste. Uma punção lombar foi realizada para avaliar os níveis de hipocretina-1 no líquido cerebrospinal (LCS); o nível parecia estar na faixa da normalidade.

Diagnósticos

- Fobia social.
- Transtorno de hipersonolência.

Discussão

A sra. Kleber parece apresentar vários diagnósticos do DSM-5 que justificam atenção clínica. Ela foi diagnosticada com fobia social no passado, e sua recorrência parece ter originado esta consulta psiquiátrica. Ganhou peso desde o nascimento dos filhos, e a obesidade exacerbaria sua esquia social e a coloca em risco de perturbações do sono e complicações médicas. A obesidade não é um diagnóstico no texto principal do DSM-5, mas integra a lista apresentada no capítulo “Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica”. A ansiedade da sra. Kleber e seus problemas relativos ao peso podem justificar atenção clínica independente, mas são os problemas do sono que parecem afetá-la mais profundamente.

A sra. Kleber dorme demais. O sono não é reparador e não propicia descanso. Devido aos problemas com sono, ela mal consegue cumprir as demandas de ser mãe e indica que não consegue manter um emprego, dirigir independentemente ou socializar com amigos. Ela preocupa-se em perder o novo relacionamento amoroso. O excesso de sono e a sonolência aparentemente ocorrem diariamente desde o fim do ensino médio. Os sintomas da sra. Kleber apontam para transtorno de hipersonolência do DSM-5. Os critérios incluem sintomas em um mínimo de três dias por semana durante pelo menos três meses (a sra. Kleber apresenta sintomas quase diários há mais de 15 anos). Apenas a duração noturna do sono (9 horas) não sugeriria um problema, mas a duração total de sono diário de 14 horas é típica de hipersonolência, assim como a inércia ao despertar e seus cochilos inesperados.

É importante descartar outras explicações para a sonolência. A sra. Kleber fuma

maconha e usa um medicamento benzodiazepínico para ansiedade. Ela insiste que o uso ou é eventual (maconha) ou em uma dose baixa e estável (clonazepam) e que os sintomas são anteriores ao uso dessas substâncias. Embora ambos possam ter efeito sedativo, não parecem ser os agentes causadores. Ela apresenta dor e cefaleias, portanto seria útil indagar de maneira mais aprofundada e com tato o possível uso de medicamentos analgésicos, os quais podem causar sedação. Ela também descreve desânimo quanto a suas limitações, o que suscita a consideração de depressão, a qual pode levar a quantidades excessivas de sono não reparador. No momento, nenhuma dessas possibilidades parece provável.

Há vários transtornos do sono que podem levar a sono excessivo e/ou sonolência diurna. A obesidade, a sonolência excessiva e os roncos da sra. Kleber suscitam a consideração de apneia do sono, e o exame de sono decididamente foi justificado. A polissonografia mostrou um índice de apneia hipopneia de três eventos por hora, o que está na faixa normal e indica que a sra. Kleber não apresenta um transtorno do sono relacionado à respiração.

A sra. Kleber também deveria ser avaliada quanto a narcolepsia, a qual se caracteriza por períodos recorrentes de necessidade irrefreável de sono, cair no sono ou tirar cochilos no mesmo dia. O quadro clínico da sra. Kleber é instigante. Ela não apenas cai no sono abruptamente, mas também tem alucinações hipnopômpicas relativamente frequentes. Embora sejam, de modo geral, consideradas normais, alucinações hipnopômpicas podem refletir intrusões de início de sono REM e, por

consequente, sugerem narcolepsia. Para satisfazer as exigências para narcolepsia nos moldes do DSM-5, o indivíduo deve demonstrar cataplexia, deficiência de hipocretina no LCS ou redução da latência do sono REM durante polissonografia noturna ou MSLT. O MSLT da sra. Kleber mostrou uma latência média de sono de sete minutos, com apenas um período de início de sono REM durante o teste. A latência do sono é breve; no entanto, para qualificar para narcolepsia, seriam necessários, no mínimo, dois períodos iniciais de REM durante o estudo. Os níveis de hipocretina-1 no LCS parecem estar na faixa normal, o que descarta narcolepsia-cataplexia/síndrome de deficiência de hipocretina. A menos que seus episódios de adormecer sejam considerados como cataplexia, a sra. Kleber não se qualifica para um diagnóstico de narcolepsia. Nesse momento, então, a sra. Kleber se qualifica apenas para o transtorno de hipersonolência do DSM-5 além de sua fobia social.

Leituras Recomendadas

Karasu SR, Karasu TB: *The Gravity of Weight: A Clinical Guide to Weight Loss and Maintenance*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2010

Ohayon MM, Reynolds CF 3rd: Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med* 10(9):952–960, 2009

Ohayon MM, Dauvilliers Y, Reynolds CF 3rd: Operational definitions and algorithms for excessive sleepiness in the general population: implications for DSM-5 nosology. *Arch Gen Psychiatry* 69(1):71–79, 2012

CASO 12.3

Sonolência

Brian Palen
Vishesh K. Kapur

César Lopez, um hispânico de 57 anos, se apresentou para a reavaliação de seus medicamentos antidepressivos. Descreveu vários meses de agravamento de fadiga, sonolência diurna e “não me sentir bem” de forma geral. Não tinha energia para realizar as atividades de sempre, mas ainda tinha prazer quando as fazia. Ele tinha um pouco de dificuldade em se concentrar no trabalho como consultor de tecnologia da informação e estava preocupado em perder o emprego. Há dois anos ele havia começado o uso de um antidepressivo ISRS, o que resultou em alguma melhora dos sintomas, e o sr. Lopez insistiu que aderia aos medicamentos.

O paciente negou a ocorrência de estressores. Além de ter sido diagnosticado com depressão, tinha hipertensão, diabetes e doença das coronárias. Ele queixou-se de azia e também de disfunção erétil, para a qual não havia recebido avaliação médica.

O sr. Lopez havia nascido na Venezuela. Era casado e tinha dois filhos adultos. Não consumia tabaco nem álcool, mas bebia várias xícaras de café durante o dia para manter-se alerta.

Durante o exame físico, revelou ter 1,78 m de altura e 106,6 kg, com um IMC de 33,64. A circunferência do pescoço era de 50 cm. A frequência respiratória era 90, e a pressão arterial 155/90. Não havia outras anormalidades.

Durante o exame de estado mental, o paciente era um homem corpulento e cooperativo que parecia cansado, mas sem humor deprimido, ansiedade, psicose nem declínio cognitivo.

Uma indagação mais específica revelou que o problema do sr. Lopez não se resumia a se manter acordado no trabalho, mas também incluía eventuais cochiladas na direção. Ele dormia de 8 a 10 horas por noite, mas com despertares frequentes e idas ao banheiro (noctúria). Frequentemente despertava com uma sensação de engasgo e, às vezes, com cefaleia. Roncava desde a infância, mas acrescentou: “todos os homens na minha família roncam”. Antes de optar por dormir no quarto de hóspedes, sua esposa afirmou que ele roncava muito alto e, intermitentemente, parava de respirar e resfolegava.

O sr. Lopez foi enviado para realizar um estudo de sono (polissonografia). Os resultados incluíram as seguintes informações:

- Índice de apneia hipopneia: 25 eventos por hora
- Índice de dessaturação de oxigênio: 20 eventos por hora
- Nadir de saturação de oxigênio: 82%
- Percentual de tempo com saturação de oxigênio inferior a 90%: 8%
- Índice de despertares: 35 eventos por hora

- Estágio de sono (%):
 - Percentual de tempo em estágio de sono N1: 20%
 - Percentual de tempo em estágio de sono N2: 60%
 - Percentual de tempo em estágio de sono N3: 10%
 - Percentual de tempo em sono REM: 10%

Diagnóstico

- Apneia e hipopneia obstrutivas do sono, gravidade moderada.

Discussão

O sr. Lopez se apresenta para a reavaliação de seu tratamento para depressão, mas seus sintomas de apresentação se destacam muito mais por fadiga e sonolência do que por um transtorno do humor. A história do paciente de roncos altos e episódios de engasgo e resfôlego sugerem que o problema subjacente mais provável seja apneia e hipopneia obstrutivas do sono (AHOS).

Embora a AHOS afete aproximadamente 3% da população geral, os índices são muito mais elevados em indivíduos com fatores de risco pertinentes. O sr. Lopez, por exemplo, está acima dos 50 anos, é obeso, apresenta uma grande circunferência do pescoço e tem uma história familiar em que se observa ronco em “todos os homens”. Roncar é um indicador particularmente sensível de AHOS, especialmente quando é muito alto e ocorre por mais de três dias na semana, acompanhado por episódios de engasgo e resfôlego. Como se observa no caso do sr. Lopez, pacientes com AHOS com frequência também relatam noctúria, azia, disfunção sexual e cefaleias matinais, que refletem os efeitos multissistêmicos desse transtorno.

A AHOS se caracteriza pelo colapso (apneia) ou colapso parcial (hipopneia) repetitivo das vias aéreas da faringe durante o sono. O relaxamento dos músculos

da faringe durante o sono permite que o tecido mole de trás da garganta bloquee a via aérea faríngea. A diminuição resultante de fluxo de ar pode causar reduções significativas na saturação de oxigênio no sangue. O aumento do esforço para respirar através das vias aéreas obstruídas estimula despertares breves para permitir que a respiração normal seja retomada. Esse padrão pode se repetir centenas de vezes durante a noite, resultando em padrões de sono significativamente fragmentados.

Exames de sono (polissonografia) quantificam o sono de várias maneiras, mas o DSM-5 se concentra especificamente no índice de apneia e hipopneia (IAH), o qual é uma medida da quantidade de pausas completas na respiração (apneias) e eventos de respiração parcial (hipopneias) que duram um mínimo de 10 segundos por hora de sono. Se os pacientes apresentam um mínimo de 15 apneias ou hipopneias obstrutivas por hora (um IAH de 15), eles satisfazem os critérios independentemente de sintomas associados. Com um mínimo de cinco episódios dessa natureza (um IAH de 5), os pacientes também devem ter ou perturbações noturnas da respiração ou sonolência ou fadiga diurnas.

O IAH também determina a gravidade da AHOS. Casos leves estão associados a um IAH inferior a 15 (o que, por definição, inclui alguns tipos de sintomas). Os 25 eventos por hora do sr. Lopez se encaixam na faixa moderada de 15 a 30. Considera-se AHOS grave caso o IAH seja superior a 30.

Embora não esteja especificamente relacionada aos critérios do DSM-5, a polissonografia do sr. Lopez destaca-se pela arquitetura anormal do sono, com uma redução do percentual de tempo gasto em sono REM e em sono do estágio N3. Ela demonstra elevadas quantidades de tempo gastos com saturação de oxigênio inferior a 90%, e seu índice de despertares, o qual mede despertares corticais por hora, é de 35, muito superior a 20, que é o limite da faixa de normalidade.

A AHOS se assemelha a vários diagnósticos do DSM-5 no sentido de que, se não for tratado, pode ter um grave impacto negativo sobre a qualidade de vida. Contudo, ela é incomum no DSM-5, por ter um diagnóstico que se baseia quase inteiramente nos resultados de um teste em vez de observação clínica. Como no exemplo do caso do sr. Lopez, muitas pessoas com esse transtorno não são diagnosticadas imediatamente, o que leva a longos períodos sem tratamento adequado. Curiosamente, um dos diagnósticos psiquiátricos mais “objetivos” é considerado apenas durante uma avaliação clínica criteriosa.

Leituras Recomendadas

Peppard PE, Szklo-Coxe M, Hla KM, Young T: Longitudinal association of sleep-related bre-

- athing disorder and depression. Arch Intern Med 166(16):1709–1715, 2006
- Schwartz DJ, Karatinos G: For individuals with obstructive sleep apnea, institution of CPAP therapy is associated with an amelioration of symptoms of depression which is sustained long term. J Clin Sleep Med 15(6):631–635, 2007
- Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, et al: Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. Sleep 28(11):1405–1411, 2005
- Young T, Palta M, Dempsey J, et al: The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 328(17): 1230–1235, 1993
- Young T, Shahar E, Nieto FJ, et al: Predictors of sleep-disordered breathing in community dwelling adults: the Sleep Heart Health Study. Arch Intern Med 162(8):893–900, 2002

CASO 12.4

Coceira e Formigamento

Kathy P. Parker

Dingxiang Meng era um homem de 63 anos, nascido na China, que foi encaminhado para uma consulta psiquiátrica para avaliar depressão e queixas somáticas excessivas. Ele tinha história de depressões psicóticas, motivo pelo qual tinha sido hospitalizado duas vezes na década anterior. Recebeu avaliação ambulatorial

na unidade renal de um pequeno hospital durante sua hemodiálise de rotina.

No momento da avaliação, o sr. Meng afirmou que sentia “coceira e formigamentos”, como se “vermes estivessem rastejando sob minha pele”. Esses sintomas oscilaram ao longo dos anos anteriores, mas se agravaram nas últimas semanas, e ele

achava que estava “ficando louco”. Afirmou que estava preocupado e freqüentemente cansado, mas sempre ria quando brincava com os netos ou quando visitava pessoas de seu país natal. Não exibia transtorno de pensamento. Uma análise do boletim médico indicou que as queixas físicas do sr. Meng foram conceitualizadas em diversos momentos como acatisia, neuropatia periférica e sintomas “psicossomáticos” e “psicoticamente ruminativos”. Ele estava eutímico e sem medicamentos psiquiátricos havia dois anos.

O sr. Meng disse que seus sintomas físicos eram piores à noite, quando tentava sentar-se ou deitar-se. Afirmou que o desconforto se restringia às pernas. Ajudava massageá-las, mas o maior alívio era quando ficava em pé e caminhava. A diálise era especialmente difícil, porque tinha de “ficar preso a uma máquina durante horas”. Reclamou também de sonolência diurna e fadiga. No curso da entrevista, o sr. Meng levantou-se rapidamente duas vezes. Uma das enfermeiras mencionou que ele costumava pedir para interromper a diálise, quase sempre tinha aparência de cansaço e parecia sempre estar “pulando”.

Ele foi diagnosticado com diabetes logo após sua imigração para os Estados Unidos, há 15 anos. Desenvolveu insuficiência renal progressiva e começou hemodiálise sete anos antes. Era divorciado, tinha dois filhos adultos e três netos pequenos. Falava pouco inglês; todas as entrevistas foram conduzidas usando um intérprete de mandarim. Morava com um dos filhos.

Diagnóstico

- Síndrome das pernas inquietas.

Discussão

O sr. Meng apresenta um quadro com depressão, fadiga, sensação estranha de “vermes” rastejando sob a pele e uma ânsia intensa de se mover. Não havia ficado

claro para examinadores anteriores se as hospitalizações para “depressão psicótica” estavam relacionadas a essas sensações físicas. Elas foram diagnosticadas de várias formas ao longo dos anos: acatisia, neuropatia periférica e sintomas “psicossomáticos” e “psicoticamente ruminativos”.

Em vez desses diagnósticos, a maior probabilidade de diagnóstico do sr. Meng é síndrome das pernas inquietas (SPI). Um diagnóstico que recentemente ganhou independência no DSM-5, a SPI se caracteriza por uma ânsia de mover as pernas, acompanhada por sensações desagradáveis. Os sintomas do sr. Meng são típicos: eles melhoram com movimento e são mais intensos à noite ou quando a pessoa está em alguma situação sedentária (como a diálise). Os sintomas são frequentes, crônicos e aflitivos.

A SPI é um problema especificamente comum para pessoas com doença renal terminal (DRT) que fazem diálise. Normalmente, mas nem sempre, a condição está associada a movimentos periódicos dos membros: movimentos estereotípados envolvendo a extensão do dedão com flexão parcial do tornozelo, do joelho e, às vezes, do quadril. A sonolência diurna do sr. Meng pode estar relacionada a um início atrasado do sono, mas também a uma redução na qualidade do sono; a SPI está associada a esses dois problemas. A DRT e a diálise são explicações adequadas para a SPI (que muitas vezes não tem explicação), mas deve-se realizar uma busca por fatores contribuidores, como anemia, deficiência de folato e uremia. Embora, obviamente, não se aplique ao sr. Meng, a gestação também está associada a SPI.

Não está claro o motivo pelo qual o diagnóstico de SPI foi postergado, especialmente por que a SPI é um achado comum em unidades de diálise. A história de depressões psicóticas do sr. Meng pode ter levado a equipe de tratamento a presumir que suas queixas eram psicológicas. Esse tipo de compreensão poderia ter levado ao diagnóstico de sintomas “psicossomáticos”.

cos”, sugerindo que seus sintomas físicos eram atribuíveis a algum tipo de conflito ou transtorno psicológico. Esse caso parece ser não apenas uma interpretação equivocada das queixas do sr. Meng, mas também um mau uso da expressão *psicossomático*, cujo conceito é mais bem explicado como o ramo da psiquiatria que se concentra na comorbidade entre doenças clínicas e psiquiátricas; ao se usar essa definição, não faz sentido descrever alguém como “psicossomático”. Como o sr. Meng tomou medicação antipsicótica durante parte do tempo em que se encontrava sintomático, faz algum sentido a hipótese de acatisia. Os novos medicamentos antipsicóticos (p. ex., antipsicóticos atípicos), no entanto, raramente estão implicados em acatisia, e seus sintomas persistiram por dois anos após a descontinuação de todos os medicamentos psiquiátricos. A neuropatia periférica normalmente causa dor, ardência e dormência nas extremidades, o que não é exatamente a queixa real do sr. Meng.

Talvez a preocupação maior sejam as anotações no boletim médico que indicam que as pernas inquietas do sr. Meng fossem uma manifestação de “ruminação psicótica”. Dificuldades de comunicação podem ter contribuído para esse entendimento, mas é possível que as duas internações psiquiátricas do sr. Meng decorrentes de “depressão psicótica” possam, na reali-

dade, ter sido precipitadas por preocupações somáticas, ansiedade e disforia causadas por um caso não diagnosticado de SPI – um transtorno que, embora novo como diagnóstico no DSM-5, há muito se revelou problemático e frequentemente comorbidizado com uma série de doenças clínicas.

Leituras Recomendadas

- Araujo SM, de Bruin VM, Nepomuceno LA, et al: Restless legs syndrome in endstage renal disease: clinical characteristics and associated comorbidities. *Sleep Med* 11(8):785–790, 2010
- Hening W, Allen RP, Tenzer P, Winkelmann JW: Restless legs syndrome: demographics, presentation, and differential diagnosis. *Geriatrics* 62(9):26–29, 2007
- La Manna G, Pizza F, Persici E, et al: Restless legs syndrome enhances cardiovascular risk and mortality in patients with endstage kidney disease undergoing longterm haemodialysis treatment. *Nephrol Dial Transplant* 26(6):1976–1983, 2011
- Li Y, Walters AS, Chiuve SE, et al: Prospective study of restless legs syndrome and coronary heart disease among women. *Circulation* 126(14):1689–1694, 2012
- Oka Y, Ioue Y: Secondary restless legs syndrome [em japonês]. *Brain Nerve* 61(5): 539–547, 2009
- Winkelmann JW, Chertow GM, Lazarus JM: Restless legs syndrome in end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 28(3):372–378, 1996

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 13

Disfunções Sexuais

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

Embora os critérios para transtornos sexuais sejam relativamente simples e diretos, eles deixam entrever a dificuldade de categorizar problemas sexuais. Por exemplo, um sistema diagnóstico que pretende descrever uma disfunção sexual de forma significativa precisa levar em consideração a ampla gama de respostas sexuais normais. Esse sistema precisa levar em conta também o fato de que a disfunção e o sofrimento dependem muito das expectativas, dos desejos e das oportunidades do indivíduo quanto à atividade sexual (bem como os mesmos elementos no parceiro). Ele deve considerar os efeitos do envelhecimento, das normas sociais e religiosas condenatórias de comportamentos性uais, bem como o que significa funcionar sexualmente do ponto de vista masculino ou feminino (ou de outro ponto de vista no contínuo de gênero da modernidade). Esse sistema também deve levar em conta medicamentos e doenças

conhecidos por reduzir o desejo e/ou função sexuais, bem como aqueles que, de forma previsível, intensificam o desejo e/ou a função, além da realidade de que a maioria das avaliações de função e disfunção sexual são incompletas sem a compreensão de que, embora tenha uma base biológica, a resposta sexual é vivenciada a partir de perspectivas intrapessoais, interpessoais e culturais.

Nesse contexto biopsicossocial, estabelecer um diagnóstico de, por exemplo, transtorno do desejo sexual masculino hipotativo é potencialmente mais complicado do que investigar brevemente se o paciente está interessado em ter relações sexuais.

O DSM-5 identifica oito disfunções sexuais, quatro específicas para homens, três para mulheres e uma que pode se aplicar a qualquer um dos sexos (disfunção sexual induzida por substância/medicamento). A terminologia e os critérios do DSM-5 variam um pouco de um sexo para o outro.

Por exemplo, os homens podem apresentar transtorno erétil e/ou transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, mas para as mulheres, a condição que permite alguma comparação é combinada no transtorno do interesse/excitação sexual feminino.

O DSM-5 também aborda o fato de que tanto os homens como as mulheres podem ter dificuldades com o orgasmo. Enquanto as mulheres podem satisfazer os critérios para transtorno do orgasmo feminino do DSM-5, os homens podem ser diagnosticados ou com ejaculação retardada ou com ejaculação prematura (precoce). As mulheres também podem ter transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, um diagnóstico novo do DSM-5 e que foi desenvolvido com o crescente reconhecimento de que os diagnósticos anteriores de vaginismo e dispareunia eram altamente comórbidos e de difícil distinção. Além disso, como ocorre normalmente no DSM-5, há categorias para apresentações clínicas que ou não satisfazem totalmente os critérios ou são incompletas (i.e., outra disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada).

Exceto no caso de disfunção sexual induzida por substância/medicamento, todos os transtornos exigem uma duração mínima de seis meses. Além disso, cada transtorno pode ser notificado como ao longo da vida ou adquirido, generalizado ou situacional. Caso uma condição médica seja considerada pertinente, ela pode ser listada como um especificador, mas o DSM-5 excluiu especificamente o diagnóstico anterior de disfunção sexual devido a condição médica devido à noção de que a maioria das disfunções sexuais pode ser atribuída a fatores tanto psicológicos como biológicos.

Leituras Recomendadas

- Balon R, Segraves RT (eds): Clinical Manual of Sexual Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009
- Kaschak E, Tiefer L (eds): A New View of Women's Sexual Problems. Binghamton, NY, Haworth Press, 2001
- Klein M: Sexual Intelligence: What We Really Want From Sex—and How to Get It. New York, HarperCollins, 2012

CASO 13.1

Disfunção Sexual

Cynthia A. Graham

Elizabeth Olsen e Finn Nelson se apresentaram para aconselhamento para

casais devido ao aumento de pequenas discussões durante o período pré-matri-

monial. Ambos eram advogados de sucesso no fim da faixa dos 30 anos de idade. Conheciam-se desde o ensino médio, namoravam há dois anos e planejavam se casar em seis meses. Ambos negaram consultas anteriores com terapeutas ou terem recebido diagnóstico psiquiátrico.

O terapeuta de casais recebeu os dois ao mesmo tempo no consultório. Tanto a sra. Olsen quanto o sr. Nelson relataram estar apaixonados e desejosos de que o casamento funcionasse, mas também afirmaram que brigavam a maior parte do tempo. A sra. Olsen afirmou que admirava a genialidade e constância do sr. Nelson e não sabia por que brigavam. Ele, por sua vez, afirmou que estava "totalmente encantado", mas o incomodava que a sra. Olsen não demonstrasse, de modo geral, interesse nele. Perto do fim da sessão, o sr. Nelson perguntou à sra. Olsen se ela gostaria de mencionar "a coisa dos horários, do álcool ou do sexo", ao que ela sorriu e disse: "Acho que hoje não temos mais tempo".

O terapeuta depois os recebeu separadamente. Durante sua consulta, o sr. Nelson afirmou que sua maior preocupação era a falta de interesse da sra. Olsen por sexo. Ela parecia fazer tudo mecanicamente, afirmou, e sempre precisava de álcool. Ele preocupava-se por ser um "cara nota 7 tentando namorar uma mulher nota 10" e temia que ela simplesmente não o achasse atraente. Ele receava amá-la mais do que ela o amava e preocupava-se com o fato de que, não importasse o que fizesse, não conseguia levá-la a ter um orgasmo ou mesmo deixá-la significativamente excitada. Isso o levou a iniciar sexo com menos frequência e, mesmo quando tentava, ele "simplesmente desistia no meio do caminho". Trouxera o assunto à tona várias vezes, mas ela insistia que não havia problema. O terapeuta perguntou o que ele quis dizer com "a coisa dos horários". Ele explicou que, desde que começaram a namorar, ela limitava o tempo que passavam juntos

a um "dia útil", geralmente uma terça-feira ou uma sexta-feira ou um sábado à noite. Ela havia insistido que o horário era necessário para que finalizasse seu trabalho e visse suas melhores amigas, mas ele passou a acreditar, cada vez mais, que era para evitá-lo.

Em sua sessão individual, a sra. Olsen afirmou que o que mais a frustrava era a intensidade do sr. Nelson. Ela montou o horário semanal porque senão ele iria querer fazer sexo com ela constantemente. Do jeito que estava, ele queria sexo todas as vezes que se encontravam, seguidamente duas vezes na mesma noite. Ela admitiu prontamente que se embbedava para tolerar a relação sexual. Acrescentou que usava álcool para se anestesiar desde quando começara a namorar, na adolescência. Até o início da relação com o sr. Nelson, a maioria de suas experiências sexuais havia sido "com estranhos enquanto estava bêbada". Teve alguns namorados, mas um era homossexual não assumido e o outro "se satisfazia com uma chupada eventual". Não havia contado ao sr. Nelson sobre essas experiências porque preferia que ele continuasse a vê-la como "uma beldade quase virginal". Embora o álcool deixasse o ato sexual aceitável, "excitação sexual quase nunca era tolerável" e a fazia querer desmaiá. Nos últimos meses, o sr. Nelson insistia, cada vez mais, na "questão do orgasmo". No passado, ela simplesmente rompia com o namorado que agisse assim, mas acreditava que agora tinha de tolerar a situação porque estava com quase 40 anos e essa era sua "última chance de ter um filho". Quando indagada por que achava que tinha essas questões sobre sexo, a sra. Olsen olhou pela janela durante quase um minuto e respondeu: "Não vou te contar".

Diagnóstico

- Transtorno do interesse/excitação sexual feminino.

Discussão

A sra. Olsen e o sr. Nelson se apresentam devido às discussões que antecedem a data do casamento. Problemas sexuais e de relacionamento costumam ocorrer simultaneamente, e será importante avaliar se suas dificuldades de relacionamento impedem que eles trabalhem juntos para resolver seus problemas性uais.

Do ponto de vista diagnóstico, as questões mais óbvias envolvem a sra. Olsen, que relata que o ato sexual se torna um pouco tolerável somente graças à intoxicação por álcool e que a maioria de suas experiências性uais foram “com estranhos enquanto estava bêbada”. Ela afirma que a excitação sexual é “quase nunca tolerável” e a faz querer desmaiar. A sra. Olsen normalmente romperia com qualquer homem que “insistisse na questão do orgasmo”, mas, com quase 40 anos, está desesperada para ter um filho, admira o sr. Nelson e está tentando achar uma solução conciliatória.

Uma análise de suas questões na perspectiva do DSM-5 indica que a sra. Olsen tem interesse diminuído em atividade sexual e redução do prazer do sexo, o que indica a possibilidade de um transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Ela também não atinge o orgasmo durante a atividade sexual, o que poderia indicar um transtorno do orgasmo feminino. Não está claro se ela tem ou não dor durante o ato sexual. Caso positivo, ela pode apresentar um transtorno da dor gênito-pélvica/penetração. Aparentemente, os problemas性uais da sra. Olsen ocorrem ao longo da vida, em vez de serem adquiridos. Contudo, todos esses diagnósticos exigem sofrimento por parte da sra. Olsen. A partir do relato de caso, parece que sua preocupação não é com a sexualidade, mas com a insistência do sr. Nelson em querer que o sexo seja parte do relacionamento.

Outro desqualificador importante para todos esses diagnósticos do DSM-5 seria a presença de um diagnóstico psiquiátrico não sexual que pudesse explicar os sintomas.

mas. A sra. Olsen afirma que a excitação sexual a faz desejar perder os sentidos, e, então, diz ao terapeuta que não irá revelar o motivo por trás dessas questões sobre sexo. Essas afirmações sugerem a possibilidade de uma ou mais experiências性uais traumáticas ou então abuso sexual na infância. Seria útil investigar mais profundamente se ela apresenta sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade ou outro transtorno psiquiátrico não sexual que poderia estar contribuindo para seus problemas com sexo. Caso algum desses outros transtornos seja considerado causativo, então não se justifica um diagnóstico do DSM-5 distinto para a sra. Olsen voltado para seus problemas性uais.

Ela também indica uma necessidade de estar intoxicada antes de se entregar à atividade sexual. A intoxicação parece estar diretamente relacionada às questões性uais mais primárias, mas ainda assim o papel do álcool em sua vida deve ser investigado. Se, por exemplo, ela apresenta uma história de “sexo com estranhos” que a coloca sob risco físico e a conduz a problemas sociais recorrentes, então ela provavelmente seria diagnosticada com transtorno por uso de álcool. Embora seu uso de álcool com o sr. Nelson dificilmente ofereça perigo físico, isso pode estar contribuindo para as discussões e ter outras ramificações em sua vida.

Devido às várias questões diagnósticas potenciais para esse casal, pode ser útil utilizar a “abordagem de três janelas”, de Bancroft. Por meio da primeira “janela”, o clínico explora aspectos da situação atual que afetariam o relacionamento sexual. Exemplos podem ser as discussões, a inssegurança do sr. Nelson e o horário rígido imposto pela sra. Olsen para limitar a atividade sexual. A segunda janela – vulnerabilidade do indivíduo – incentiva uma investigação de dificuldades anteriores. Os problemas性uais da sra. Olsen são os mais óbvios e justificam uma investigação mais aprofundada, mas também seria im-

portante compreender a história sexual e de relacionamentos do sr. Nelson. A terceira janela – fatores relacionados à saúde que alteram a função sexual – enfatiza a importância de explorar fatores potencialmente pertinentes de natureza física, farmacológica ou hormonal que possam estar afetando a vida sexual em conjunto do casal.

O casal parece se voltar muito sobre os problemas sexuais da sra. Olsen, mas seria útil ampliar a avaliação para incluir questões não sexuais que possam ser pertinentes ao relacionamento. Observa-se também que tanto o sr. Nelson quanto a sra. Olsen forneceram muito mais informações durante as sessões individuais do que durante a sessão em conjunto. Embora seja uma ocorrência comum, é importante que o clínico esclareça

o que pode e o que não pode ser compartilhado, bem como investigue alguns dos motivos para a relutância de cada indivíduo em falar abertamente na presença do outro.

Leituras Recomendadas

- Bancroft J: Human Sexuality and Its Problems, 3rd Edition. Edinburgh, Churchill Livingstone/Elsevier, 2009
- Bancroft J, Loftus J, Long JS: Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32(3):193–208, 2003
- Graham CA: The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav* 39(2):240–255, 2010
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunctions in the United States: prevalence and predictors. *J Am Med Assoc* 281(6):537–544, 1999

CASO 13.2

Problemas Sexuais

Richard Balon

Gerhard Palmer, um contador casado, de 55 anos, consultou um psiquiatra para obter uma segunda opinião sobre depressão maior recorrente. Ele havia feito duas tentativas de três meses com medicamentos antidepressivos que não surtiram efeito, uma com fluoxetina e outra com sertralina, ambas em altas doses. Havia um mês que não tomava medicamentos após a última tentativa infrutífera.

A avaliação revelou um homem gravemente deprimido, com profundo retardo psicomotor, má concentração, insônia inicial, libido levemente reduzida e anedonia. O sr. Palmer negou abuso de substâncias, quase não bebia e não fumava. Havia começado a tomar propranolol para hipertensão cerca de seis meses antes. Seu exame físico não revelou nada fora do comum. Testes laboratoriais básicos estavam

vam dentro dos limites de normalidade. A pressão arterial era de 135/85.

Iniciou-se um tratamento com clomipramina e a dose foi rapidamente titulada para 250 mg/dia. Acrescentou-se buspirona, 30 mg/dia. Depois de cinco semanas de tratamento, o sr. Palmer relatou se sentir muito melhor. Ele dormia e se alimentava bem, participava de atividades prazerosas com entusiasmo crescente e, pela primeira vez em meses, sentiu seu interesse sexual retornar.

Depois de passar vários meses sem relações sexuais, o sr. Palmer tentou fazer sexo várias vezes, sem sucesso. Ficou aflito ao descobrir que, pela primeira vez na vida, não conseguia manter uma ereção durante o ato sexual, sendo incapaz de ejacular, mesmo durante a masturbação. Os problemas continuaram durante um mês. Lembrou-se de ter ejaculação ligeiramente retardada quando tomava fluoxetina. Não se lembrava de problemas sexuais durante uma tentativa anterior com bupropiona.

Diagnósticos

- Disfunção sexual induzida por medicamento.
- Transtorno depressivo maior em remissão completa.

Discussão

O sr. Palmer se queixa de problemas sexuais que satisfazem parcialmente os requisitos para dois diagnósticos do DSM-5: transtorno erétil e ejaculação retardada. Seus problemas, no entanto, não satisfazem os critérios para nenhum desses transtornos por dois motivos: a duração é inferior a seis meses e há uma forte possibilidade de que ambas as condições possam ser atribuídas a medicamentos ou a comorbidade médico-psiquiátrica.

As dificuldades do sr. Palmer com ereção e ejaculação parecem ter começado imediatamente após o início da medicação

com clomipramina, um medicamento anti-depressivo tricíclico com fortes propriedades serotonérgeicas. Os antidepressivos tricíclicos estão associados a diversos prejuízos da função sexual, mais frequentemente com disfunção erétil. Os efeitos colaterais sexuais da clomipramina também incluem ejaculação retardada ou inibida, refletindo seus efeitos como um forte inibidor da recaptação de serotonina. O sr. Palmer também começou a tomar buspirona, um agonista parcial de serotonina e dopamina que normalmente não está associado com disfunção sexual e que, às vezes, é usado para melhorar a disfunção sexual associada a antidepressivos.

Caso a clomipramina seja o agente causador, então a disfunção sexual do sr. Palmer se encaixaria melhor no diagnóstico de disfunção sexual induzida por medicamento do DSM-5. Os critérios para esse transtorno incluem evidências de que há uma relação temporal entre a disfunção sexual e o início ou a alteração da dose de um medicamento específico. A associação de transtorno erétil e ejaculação retardada com clomipramina, neste caso, parece evidente.

O DSM-5 também requer uma avaliação de que a disfunção sexual não é mais bem explicada por outro mecanismo. Por exemplo, depressão maior costuma estar associada a disfunção sexual, principalmente redução da libido, que era o quadro do sr. Palmer antes da medicação com clomipramina. Na verdade, sua libido reduzida melhorou juntamente com os sintomas de depressão. Além disso, várias substâncias de abuso (p. ex., álcool, nicotina, heroína) também podem estar associadas a comprometimento da função sexual. O sr. Palmer nega abuso de substâncias, não fuma e raramente usa álcool. Portanto, abuso de substância parece uma causa improvável de seus problemas sexuais.

Diversas doenças clínicas (p. ex., diabetes melito e doença cardiovascular) também estão associadas a problemas sexuais. Na realidade, a disfunção sexual às vezes

anuncia uma doença física. Com relação ao sr. Palmer, ele recebeu diagnóstico de hipertensão e começara a tomar propranolol seis meses antes. Tanto a hipertensão quanto esse medicamento podem comprometer o funcionamento sexual. Contudo, o sr. Palmer só foi relatar disfunção após o início do uso de clomipramina, meses depois de ter começado com propranolol. Esse autorrelato parece descartar tanto a hipertensão quanto o propranolol como a causa para as dificuldades sexuais, mas também é possível que a depressão do sr. Palmer tenha levado a inatividade sexual,

de forma que a disfunção sexual simplesmente não foi percebida. Ainda assim, o responsável mais provável pela disfunção sexual continua sendo a clomipramina, o mesmo medicamento que melhorou significativamente sua qualidade de vida.

Leituras Recomendadas

- Balon R: SSRI-associated sexual dysfunction. *Am J Psychiatry* 163(9):1504–1509, 2006
Goldberg JF, Ernst CL: Managing the Side Effects of Psychotropic Medications. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 14

Disforia de Gênero

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

Os psiquiatras estudam, categorizam e tratam todo tipo de doença mental. Embora haja uma perspectiva alternativa de que toda doença mental seja um “mito”, quase ninguém da área psiquiátrica duvida do sofrimento e da disfunção que acompanham doenças mentais como esquizofrenia, depressão psicótica e mania bipolar. No entanto, há mais controvérsia sobre grupos de sintomas que se misturam de forma sutil em variações da normalidade. Quando a timidez se torna um transtorno de ansiedade? Quando peculiaridades se tornam um transtorno do espectro autista de funcionamento elevado? A que ponto comportamentos desagradáveis se tornam um transtorno da personalidade? Quando “lapsos de memória” se tornam um transtorno neurocognitivo menor? Essas discussões são inevitáveis e se assemelham aos debates sobre diagnósticos

médicos não psiquiátricos como diabetes e hipertensão.

Definições de normalidade afetam diretamente o financiamento de pesquisas em psiquiatria e a cobertura clínica de planos de saúde; também afetam como a sociedade considera sentimentos, comportamentos e pensamentos atípicos. Para lidar com essa questão, o DSM-5 destina um enfoque maior sobre sofrimento e disfunção e, ao longo do texto, aconselha os clínicos a estabelecerem diagnósticos apenas quando os sintomas são duradouros e significativos. Essa exigência parece ser satisfatória tanto clínica quanto éticamente: se não há sofrimento nem efeitos negativos, então não há transtorno.

Uma discussão acalorada continua, no entanto, no que se refere a grupos de comportamentos, cognições e sentimentos que não são intrinsecamente patológicos, porém são problemáticos porque existem

dentro de uma determinada estrutura social. Talvez nada nesse debate suscite uma discussão mais acalorada do que o comportamento sexual. Historicamente, por exemplo, a homossexualidade era classificada como um transtorno psiquiátrico. Pelo menos em parte como resposta à pressão política, o diagnóstico de homossexualidade foi mudado no DSM-III para um diagnóstico de infelicidade quanto a ser homossexual (homossexualidade egodistônica). O DSM-IV incluiu o sofrimento persistente e acentuado em relação à orientação sexual como “transtorno sexual sem outra especificação”. O DSM-5 se distanciou da “patologização” da homossexualidade ao eliminar todas as referências específicas à orientação sexual como causa de perturbação psiquiátrica. Obviamente, pessoas que fantasiam ou fazem sexo com outras pessoas do mesmo gênero podem apresentar qualquer um dos diagnósticos do DSM-5 – e também podem estar infelizes com sua sexualidade –, mas sua orientação sexual não é vista como um contribuidor de destaque acima de qualquer outra característica.

Historicamente, a identidade de gênero se referia à identificação de um indivíduo como masculino ou feminino. Normalmente, a identidade de gênero era vista como binária e compatível com marcadores biológicos como cromossomos e genitália externa. Alguns clínicos conhecidos forneceram avaliações e tratamento para auxiliar pessoas com identidade de gênero discordante em seus esforços para desenvolver um corpo compatível com sua concepção interna; contudo, para a maioria dos psiquiatras, a identidade de gênero raramente era um problema.

Mudanças sociais deixaram o panorama confuso, e há uma quantidade crescente de pessoas que não se identifica com as dicotomias tradicionais (masculino/feminino; heterossexual/homossexual) e se identificam com organizações de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros por diversos motivos, incluindo um senso compartilhado de estar fora da sociedade.

O DSM-III e o DSM-IV entraram nesse território complexo e amplamente desconhecido com diagnósticos (transexualismo e transtorno de identidade de gênero, respectivamente) que indicavam que o problema clínico era uma identidade de gênero discordante. O DSM-5 se volta ainda mais para a “despatologização” da identidade de gênero discordante ao desenvolver um novo diagnóstico (disforia de gênero), o qual enfatiza o sofrimento ou disfunção clinicamente significativos juntamente com a discordância.

O diagnóstico de disforia de gênero pode refletir uma conciliação entre objetivos pragmáticos e conflitantes. Por exemplo, ter um diagnóstico que faz referências específicas a questões sobre identidade de gênero pode ser importante para pessoas que buscam cobertura de plano de seguros para cirurgia de readequação sexual e terapia hormonal, bem como para pessoas transgênero que buscam proteção legal quando passam por discriminação baseada em identidade de gênero. No entanto, pode ser possível que um diagnóstico relacionado à identidade de gênero seja usado em um contexto legal como indicador de algum tipo de patologia.

O DSM-5, no entanto, não está mais preocupado com as implicações financeiras e legais de sua nomenclatura. Também parece pouco provável que o DSM-5 tenha a intenção de usar o termo *disforia de gênero* para se referir principalmente a reações psicológicas ao preconceito social; a discriminação assume diversas formas, e nenhum outro desencadeador de discriminação ganha privilégio com seu próprio diagnóstico. O DSM-5 também esclarece que o diagnóstico não se refere simplesmente à não conformidade de gênero ou ao travestismo.

Em vez disso, o diagnóstico do DSM-5 de disforia de gênero reflete uma realidade clínica: um subconjunto de pacientes apresenta infelicidade que parece estar ligada à discordância entre seus corpos e seu senso de *self*, bem como com a realidade de que as intervenções cirúrgicas e hormonais estão longe de serem perfeitas. Embora talvez seja uma denominação imperfeita, a *disforia*

de gênero se propõe a aumentar a probabilidade de que as questões específicas desses pacientes sejam objeto de atenção clínica.

Leituras Recomendadas

Altman K: Facial feminization surgery: current state of the art. Int J Oral Maxillofac Surg 41(8):885–894, 2012

Salamon G: Assuming a Body: Transgender and Rhetorics of Materiality. New York, Columbia University Press, 2010

Staub ME: Madness Is Civilization: When the Diagnosis Was Social. Chicago, IL, University of Chicago, 2011

CASO 14.1

Readequação Sexual

John W. Barnhill
Friedemann Pfäfflin

Jody Rohmer, uma vendedora de 52 anos, consultou um psiquiatra como parte de um processo judicial cujo propósito era a readequação sexual para o gênero feminino.

Jody nasceu com genitais masculinos e foi criada como menino. Ao contrário do irmão mais velho, com identidade de gênero típica, ela sempre foi vista como “afeminado” desde a infância e geralmente preferia a companhia de meninas à de meninos. Considerava-se um menino bissexual durante a adolescência. Por volta dos 19 anos, durante uma relação amorosa com um homem, percebeu um desejo intenso de ser mulher. O relacionamento terminou, mas o desejo de ser mulher evoluiu para um forte senso de que havia nascido com o gênero errado.

Tentou descobrir se esse sentimento já existia antes, mas tudo o que conseguiu lembrar era desejar ser uma menina para se dar melhor com suas amigas. Contudo, lembava-se claramente de, aos 19 ou 20 anos, estar muito infeliz por ser vista como homem, de modo que achava sua genitália “repugnante”, um “erro da natureza”. Dos 22 aos 24 anos, a sra. Rohmer viveu como mulher, inclusive mudou seu nome e passou a usar apenas roupas femininas. Também namorava. Homens homossexuais e heterossexuais geralmente não estavam interessados, portanto ela namorava principalmente lésbicas ou pessoas em diversos estágios de tratamento de mudança de sexo.

Aos 24 anos, a sra. Rohmer foi avaliada por dois psiquiatras experientes, designa-

dos pela justiça, que concordaram com sua perspectiva. No mesmo ano, ela passou por cirurgia de readequação sexual, seguida por uma mudança jurídica do sexo masculino para o sexo feminino. Os resultados da cirurgia de readequação sexual não foram muito satisfatórios. Ela viveu como mulher ao longo de 15 anos, mas a experiência não correspondeu a suas expectativas. Por ser alta e musculosa, era frequentemente identificada como transexual em vez de uma mulher como as outras. Achava esse escrutínio público “cansativo”. Embora tivesse relacionamentos amorosos regularmente durante esse período, ficava constantemente decepcionada com os parceiros sexuais tanto masculinos quanto femininos.

Aos 42 anos, a sra. Rohmer consultou um cirurgião plástico e pediu para remover as próteses mamárias. Esperava que sua vida fosse “mais fácil e mais tranquila” se assumisse o papel masculino. Também estava curiosa e excitada com a perspectiva de adotar “traços de personalidade masculinos”, os quais via como maior assertividade e dominância. Depois da cirurgia mamária, começou a tomar hormônios masculinos, que a deixaram mais ativa e agressiva.

Contudo, a mudança não fez com que se sentisse melhor. Sentia falta da genitália masculina e estava ciente de que nunca seria reconstruída de forma satisfatória. Os hormônios masculinos estimulavam seu apetite sexual, mas ela não tinha a possibilidade de atingir um orgasmo masculino normal. Em vez de se sentir relaxada após um encontro sexual, sentia-se tensa e insatisfeita. Além disso, ficou mais complicado namorar. Ainda era bissexual, mas atraída principalmente por homens. A maioria dos homens *gays* não tinha interesse em um relacionamento (e/ou sexo) com alguém com genitália feminina, enquanto a maioria dos homens heterossexuais não tinha interesse em um relacionamento (e/ou sexo) com alguém de aparência masculina, apesar da genitália feminina. Ela frequentava ambientes lésbicos, mas não conseguia uma namorada. Também percebera

que os hormônios masculinos a deixavam mais irritada e agressiva no trabalho, o que a levou a perder o emprego e a depender da previdência social, um declínio constrengedor da carreira profissional bem-sucedida que tinha antes.

A sra. Rohmer parou de tomar hormônios masculinos aos 51 anos e achava que sua identidade feminina ainda era muito forte, mais forte do que havia imaginado. Acalmou-se, encontrou um novo emprego e chegou à conclusão de que sua feminilidade agora era irreversível. Aos 52 anos fez novos implantes mamários e solicitou à justiça que determinasse novamente sua condição feminina de forma legal.

A sra. Rohmer afirmou que estava “deprimida” quando chegou à faixa dos 20 anos e descobriu que a psicoterapia a ajudava. Ela afirmou ser uma pessoa ansiosa e preocupava-se, de forma geral, que as pessoas a julgassem negativamente. Acrescentou que também pensava que seu ponto de vista era preciso e que a maioria das pessoas imediatamente a identificavam como um homem no corpo de uma mulher, considerando-a de forma crítica. Descreveu uma época na faixa dos 30 anos, quando consumia álcool todas as noites para dormir, mas negou consequências negativas. Ela negou tentativas de suicídio, prisões e autolesões. Afirmou que “quase” havia desistido de ter um relacionamento bem-sucedido, mas “de alguma forma” ainda estava otimista de que algo funcionaria. Negou que seus relacionamentos fossem particularmente tempestuosos ou difíceis; afirmou que, normalmente, a outra pessoa ficava inicialmente intrigada, mas depois perdia o interesse.

Diagnóstico

- Disforia de gênero.

Discussão

A sra. Rohmer relata uma história complexa de seu próprio desenvolvimento e tam-

bém do desenvolvimento do conceito de disforia de gênero do DSM-5.

A sra. Rohmer nasceu com o sexo masculino e foi criada como um menino. Seus comportamentos durante a infância eram considerados “afeminados” e, portanto, “atípicos do gênero”. Ao atingir a adolescência, ela certamente ficou consciente de seu comportamento “destoante do gênero” – se não estivesse consciente, seus colegas de aula sem dúvida iriam indicá-lo –, se considerava, porém, um menino bissexual até os 19 anos. Nesse momento, tomou consciência de um forte senso de ser mulher, embora tivesse lembranças vagas da infância, quando desejava ser uma menina para poder brincar mais facilmente com as outras meninas. Ela, então, teria sido considerada “transgênero”, um termo abrangente que se refere à identificação transitória ou persistente de ser diferente do gênero em que nasceu.

Há uma certa ambiguidade em relação a quando a sra. Rohmer decidiu que era do sexo feminino, mas parece mais provável dizer que ela desenvolveu insatisfação com início tardio, o que se refere a pessoas cuja insatisfação se desenvolve durante a adolescência e na idade adulta. Enquanto homens com disforia de gênero com início na infância quase sempre têm atração sexual por outros homens, aqueles com disforia de gênero de início tardio geralmente se sentem atraídos por mulheres. A sra. Rohmer se descreve como bissexual quanto à sua escolha do objeto sexual, mas seria útil investigar suas fantasias em vez de simplesmente analisar seus comportamentos. De modo geral, isso é válido para a compreensão da orientação sexual (e sexualidade em geral), mas se aplica particularmente em pessoas como a sra. Rohmer, que enfatiza que suas escolhas sexuais foram influenciadas por quem estava disposto a namorar alguém de gênero atípico em vez de ela mesma decidir quem achava mais atraente.

No momento em que a sra. Rohmer resolveu, pela primeira vez, viver como uma mulher, ela poderia ser vista como

“transexual”, um termo que se refere a um indivíduo que busca ou que sofreu uma transição social entre gêneros (no caso da sra. Rohmer, de masculino para feminino). A readequação sexual se concretizou – tanto cirurgicamente quanto no âmbito legal – quando ela tinha 24 anos. Embora tenha mantido uma “identidade de gênero” feminina – um construto social, não fisiológico – por mais de 15 anos, ela não parece ter ficado satisfeita. Nem a cirurgia nem sua vida social correram conforme suas expectativas, e seu período “pós-transição” foi decepcionante. Portanto, pode-se dizer que seu diagnóstico de disforia de gênero persistiu, mesmo depois de ela desistir de tomar hormônios e viver como homem. Agora, ela se apresenta para uma nova avaliação para validar a solicitação de retomar a seu estado legal como mulher.

A sra. Rohmer pediu pela primeira vez essa readequação sexual quando tinha 24 anos. Na época (por volta de 1986), ela teria sido diagnosticada com transexualismo nos moldes do DSM-III. Durante grande parte do tempo em que ficou insatisfeita com sua identidade de gênero feminina, ela teria sido diagnosticada com transtorno de identidade de gênero do DSM-IV. Os critérios do DSM-5 indicam que ela deveria ser diagnosticada com disforia de gênero, uma expressão que enfatiza o fato de que o transtorno não é seu gênero atípico e sim seu sofrimento perante a situação em que se encontra. A situação da sra. Rohmer é complicada pelos esforços alternados de atingir uma conciliação satisfatória. Mesmo assim, ela manifesta insatisfação com suas características sexuais secundárias atuais (masculinas) e um forte desejo por características secundárias do outro gênero.

Além de avaliar a aceitação de mudança de seu estado legal, o psiquiatra deve procurar condições comórbidas prováveis. A sra. Rohmer descreve depressão, ansiedade e uso excessivo de álcool. O relato de caso é inconclusivo, mas todas essas condições devem ser investigadas de maneira mais aprofundada.

Leituras Recomendadas

- Byne W, Bradley SJ, Coleman E, et al: Treatment of gender identity disorder. *Am J Psychiatry* 169(8):875–876, 2012
- de Vries AL, Cohen-Kettenis PT: Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex* 59(3):301–320, 2012
- Drescher J, Byne W: Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents:

summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex* 59(3):501–510, 2012

Pfäfflin F: Regrets after sex reassignment surgery. *J Psychol Human Sex* 5(4):69–85, 1992.

Reimpresso em: Bockting W, Coleman E (eds): *Gender Dysphoria: Interdisciplinary Approaches in Clinical Management*. New York, Haworth Press, 1992, pp 69–85

CAPÍTULO 15

Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

As funções executivas ajudam a controlar e a regular a atenção, a memória e o comportamento. Elas são essenciais para a adaptação, o início e a finalização de tarefas e para a capacidade de retardar gratificação. Elas inibem comportamentos inadequados, perigosos e danosos.

Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta compõem um grupo heterogêneo de pessoas, todas propensas a apresentar comprometimento de funções executivas. O capítulo do DSM-5 que define essas condições inclui transtorno de oposição desafiante, transtorno explosivo intermitente, transtorno da conduta, transtorno da personalidade antissocial, piro-

mania e kleptomania, bem como categorias para pessoas que apresentam sintomas clinicamente relevantes, mas não satisfazem os critérios para um transtorno nomeado.

Outros transtornos do DSM-5 estão associados a impulsividade, mau planejamento e conflitos interpessoais, de modo que esses outros transtornos – que vão de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade a transtornos por uso de substância e alguns dos transtornos da personalidade – são frequentemente comórbidos com os transtornos descritos neste capítulo. Ademais, a impulsividade disruptiva está associada a uso de substância, infecções por HIV e hepatite C, lesão traumática do encé-

falo e todo tipo de padrões comportamentais perigosos que produzem ataques fisiológicos sobre o funcionamento executivo e que podem levar a ciclos cada vez mais intensos de comportamento disfuncional.

Todos esses transtornos normalmente começam cedo, o que não chega a ser surpreendente, dada a relativa imaturidade de funções executivas durante a infância e a adolescência. Caso a entrevista clínica indique que um dos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta tenha se manifestado subitamente durante a idade adulta, há grande probabilidade de que o indivíduo tenha desenvolvido um transtorno neuropsiquiátrico grave ou, então, não tenha fornecido uma história precisa. Contudo, crianças que apresentam um desses transtornos não irão desenvolver, inevitavelmente, diagnósticos críticos globais como transtorno da personalidade antissocial ou transtorno explosivo intermitente durante a vida. Elas correm risco, no entanto, de problemas contínuos, incluindo transtornos depressivos, de ansiedade e por uso de substância.

Essas crianças também correm risco de enfrentar uma quantidade desmesurada de problemas sociais, e o DSM-5 fornece uma estrutura para investigar a gravidade disso. Em indivíduos com transtorno desafiante de oposição, por exemplo, o alcance dos sintomas que permeiam vários contextos é um marcador útil para gravidade, enquanto “emoções pró-sociais limitadas” é um especificador para transtorno da conduta que identifica uma gravidade maior e uma resposta de tratamento diferente.

O mau controle do comportamento e das emoções encontra-se em um *continuum*, de modo que a maioria dos comportamentos impulsivos esporádicos e

das emoções desreguladas não indica um transtorno do DSM-5 e sim uma imaturidade intensificada por questões situacionais, como conflito familiar e interpessoal, intoxicação e pressão dos pares. Como ocorre em todo o DSM-5, cabe ao clínico o ônus de considerar criteriosamente quando pensamentos, sentimentos e comportamentos ultrapassam o limite para um nível de sofrimento e disfunção que justifique o diagnóstico.

Variáveis particularmente relevantes incluem a frequência, o contexto e a duração dos episódios problemáticos. Uma história precisa é necessária para obter essas informações. Esse tipo de investigação pode ser impedido pelo fato de que, como ocorre com os transtornos da personalidade, são os outros que costumam sofrer mais que o paciente. Além disso, a história psiquiátrica normalmente depende da honestidade do paciente, e muitos deles não fornecem tais informações espontaneamente e de forma transparente. Por esses motivos, as avaliações são frequentemente iniciadas por familiares e instituições (escola, trabalho, sistema judiciário) e dificilmente são completadas sem a coleta de informações colaterais.

Leituras Complementares

- Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P: Conduct disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 22 (suppl 1):S49–S54, 2013
- Hollander E, Stein DJ (eds): Clinical Manual of Impulse-Control Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006
- Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE: Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. J Abnorm Psychol 119(4):683–688, 2010

CASO 15.1

Desconhece as Regras

Juan D. Pedraza

Jeffrey H. Newcorn

Kyle era um menino de 12 anos que concordou relutantemente em ingressar em uma unidade psiquiátrica depois de ser preso por arrombar uma mercearia. Sua mãe disse que estava “exausta” e acrescentou que era difícil criar um menino que “desconhece as regras”.

Desde pequeno, Kyle sempre havia sido extraordinariamente agressivo: intimidava outras crianças e tomava seus pertences. Quando confrontado pela mãe, pelo padrasto ou por um professor, ele costumava dizer impropérios, dar socos e se mostrar desocupado quanto a ser castigado. Disruptivo, impulsivo e “inquieto”, Kyle foi diagnosticado com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e colocado em um programa de educação especial na 3^a série. Na 5^a série, começou a consultar um psiquiatra para psicoterapia semanal e prescrição de medicamentos (quetiapina e dexmetilfenidato). Sua adesão ao tratamento, tanto com medicamentos quanto com terapia, era apenas esporádica. Ao ser indagado, afirmou que seu psiquiatra era “burro”.

Durante o ano anterior à admissão, fora pego roubando dos armários escolares (um telefone celular, uma jaqueta, um *laptop*); castigado por “assaltar” um colega para ficar com sua carteira; e suspenso depois de várias brigas físicas com colegas. Foi preso duas vezes devido a esses comportamentos. Sua mãe e os professores concordaram

que, embora ele conseguisse ser simpático com estranhos, as pessoas logo percebiam que ele era “malandro”. De forma consistente, Kyle não apresentava remorso, não assumia culpa e não se importava com os sentimentos dos outros. Ele era desorganizado, desatento e desinteressado em instruções, de modo que constantemente perdia seus pertences. Normalmente, não fazia os deveres de casa e, quando os fazia, seu desempenho não era consistente. Ao ser questionado sobre seu baixo rendimento escolar, ele dizia “E você vai fazer o quê? Atirar em mim?”. Kyle, sua mãe e os professores concordaram que ele era solitário e que seus pares não gostavam dele.

Kyle morava com a mãe, o padrasto e dois meio-irmãos mais jovens. Seu padrasto estava desempregado e a mãe trabalhava meio-expediente como caixa em uma mercearia. O pai biológico estava preso por posse de drogas. Ambos os avôs biológicos tinham história de dependência de álcool.

A história de Kyle era normal no começo. A gravidez havia sido tranquila e ele havia atingido todos os marcos de desenvolvimento a termo. Não havia história de abuso sexual ou físico. Kyle não tinha problemas médicos conhecidos, abuso de álcool ou de substância ou participação em atividades de gangues. Não havia sido pego com armas, não havia começado incêndios e não era visto como alguém particularmente cruel com outras crianças ou

animais. Ele deixava de ir às aulas regularmente, mas nunca havia fugido nem ficado fora de casa até tarde da noite.

Ao ser entrevistado na unidade psiquiátrica, os cuidados com a aparência eram casuais, e ele parecia realmente ter 12 anos. Estava inquieto e fez contato visual esporádico com o entrevistador. Disse que estava “furioso” e insistia que preferia estar na cadeia do que em uma unidade psiquiátrica. Seu discurso era alto, porém coerente, objetivo e com velocidade normal. O afeto era irritável e zangado. Negou ideação suicida ou homicida. Negou sintomas psicóticos. Negou sentir-se deprimido. Não apresentava déficits cognitivos óbvios, mas recusou-se a testes mais formais. Seu *insight* era limitado, e sua história indicava julgamento fraco.

Diagnósticos

- Transtorno da conduta, tipo com início na infância, grave, com emoções pró-sociais limitadas.
- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Discussão

Kyle é um menino de 12 anos que foi levado a uma unidade psiquiátrica depois de ser pego arrombando uma mercearia. Ele apresenta uma longa história de comportamentos que violam os direitos dos outros. Esses comportamentos desviam-se significativamente das normas sociais adequadas à idade e causam prejuízos sociais, acadêmicos e funcionais. Ele tem um transtorno da conduta.

No DSM-5, os critérios para transtorno da conduta (TC) estão organizados em quatro categorias de comportamento: agressividade dirigida a pessoas e animais, destruição de propriedade, logro ou roubo e grave violação de regras. Um diagnóstico de TC requer três ou mais comportamentos específicos entre os 15 listados nessas

quatro categorias. Os comportamentos devem estar presentes nos últimos 12 meses, com pelo menos um critério presente nos seis meses anteriores. Kyle apresenta pelo menos sete desses 15: *bullying*, brigas, roubos (com e sem confronto), arrombamentos, mentiras e absenteísmo escolar.

O paciente também tem uma história de TDAH do DSM-5 comórbida, conforme evidenciado por sintomas persistentes de hiperatividade, inquietação, impulsividade e desatenção. Encontra-se TDAH em cerca de 20% dos jovens com TC. Os critérios para os dois transtornos são relativamente distintos, embora ambas as entidades apresentem níveis patológicos de impulsividade.

O DSM-5 inclui vários especificadores que permitem que o TC ganhe outras subdivisões. O comportamento de Kyle teve início antes dos 10 anos, o que o coloca na categoria de tipo com início na infância, em oposição ao tipo com início na adolescência. Também há uma designação de início não especificado, usada quando as informações não são suficientes para esclarecer se os comportamentos se iniciaram antes dos 10 anos. Ao tentar identificar a idade de início, o clínico deve buscar várias fontes de informação e ter em mente que as estimativas costumam ser de dois anos após o início real. Pessoas com início em uma faixa etária muito baixa – como Kyle – normalmente são do sexo masculino, agressivas e têm maus relacionamentos com os pares. Eles também são mais propensos a ter TDAH comórbido e prosseguir para uma idade adulta marcada por comportamentos criminosos e transtornos por uso de substâncias. Em contrapartida, o TC que se manifesta entre os 10 e os 16 anos (o início raramente se dá depois dos 16 anos) normalmente é mais leve, e a maioria dos indivíduos prossegue para alcançar adaptação social e profissional adequada na idade adulta. Os dois grupos, no entanto, correm risco elevado de desenvolverem vários transtornos psiquiátricos.

O segundo especificador de TC do DSM-5 está relacionado à presença (ou ausência) de traços de insensibilidade e falta de emoção. O especificador “com emoções pró-sociais limitadas” requer a presença persistente de dois ou mais dos seguintes: ausência de remorso ou culpa; ausência de empatia; ausência de preocupação com desempenho; e afeto superficial ou deficiente. Kyle tem uma história de descaso pelos sentimentos dos outros, parece não se preocupar com seu desempenho (“E você vai fazer o quê? Atirar em mim?”) e demonstra ausência de remorso por seus atos. Esse especificador se aplica apenas a uma minoria de pessoas com TC e está associado à agressividade e à ausência de medo na busca por emoções.

Um terceiro especificador para TC está relacionado à gravidade dos sintomas. Mentir e ficar fora de casa além do horário combinado para voltar poderiam qualificar um indivíduo para TC leve. Vandalismo ou roubo sem confrontos poderia levar a um diagnóstico de TC moderado. Os comportamentos de Kyle indicam o subtipo grave.

Vários outros aspectos da história de Kyle são úteis para compreender sua situação. O pai está preso por uso e/ou tráfico de substância. Ambos os avôs biológicos têm história de abuso de álcool. A mãe e o padrasto estão subempregados, embora não sejam conhecidos detalhes sobre o padrasto. De modo geral, descobriu-se que há risco aumentado de TC em famílias com antecedentes criminais, transtorno da conduta e abuso de substância, bem como transtornos do humor, de ansiedade e do espectro da esquizofrenia. O ambiente também contribui, tanto no que diz respeito à educação caótica dos filhos como, mais tarde, à moradia em uma vizinhança perigosa e ameaçadora.

O diagnóstico de Kyle de transtorno da conduta é um exemplo de como os diagnósticos podem evoluir ao longo da vida. Seu comportamento inicial justificava um diagnóstico do DSM-5 de transtorno de oposição desafiante (TOD), o qual se caracteriza por um padrão de comportamentos negativos, hostis e desafiantes que normalmente são dirigidos a uma figura de autoridade (p. ex., pai ou professor) e que pode causar sofrimento significativo no contexto social ou acadêmico. Contudo, o TOD não pode ser diagnosticado na presença de TC. Ao entrar na adolescência, Kyle corre risco de desenvolver vários transtornos psiquiátricos, incluindo transtornos do humor, de ansiedade e de abuso de substância. Particularmente preocupante é a possibilidade de que sua agressividade, roubos e violações de regras persistam e seu diagnóstico de transtorno da conduta mude, na idade adulta, para transtorno da personalidade antissocial.

Leituras Recomendadas

- Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P, et al: Conduct disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S49–S54, 2013
- Maughan B, Rowe R, Messer J, et al: Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 45(3): 609–621, 2004
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC: Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 36(5):699–710, 2006
- Rowe R, Maughan B, Moran P, et al: The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 51(6):688–695, 2010

CASO 15.2

Convivência Impossível

Emil F. Coccaro

Lucas Sandahl, um arquiteto paisagista de 32 anos, se apresentou a um psiquiatra em busca de ajuda para lidar com sua raiva. Foi ao consultório com a esposa, mãe de seus dois filhos. O casal concordou que o sr. Sandahl tornou a “convivência quase impossível” entre os dois. Sua esposa relatou que, embora sempre houvesse achado que o marido fosse “nervoso”, as explosões aumentaram tanto em frequência quanto em intensidade, e preocupava-se que ele ficasse violento com ela.

Sua discussão mais recente começou quando o sr. Sandahl voltou para casa depois de um “dia duro de trabalho” e o jantar não estava pronto. Quando entrou na cozinha e viu a esposa sentada à mesa lendo o jornal, “explodiu” e começou um discurso sobre como ela era uma “péssima” esposa. Quando ela tentou explicar que também tivera um dia longo, o sr. Sandahl começou a falar impropérios, quebrou copos e uma cadeira da cozinha. Horrorizada, a esposa do sr. Sandahl saiu correndo do local, pegou as crianças e foi para a casa da mãe, distante alguns quilômetros. No dia seguinte, disse ao marido que ele precisava obter ajuda imediatamente ou, então, se preparar para um divórcio.

O sr. Sandahl afirmou que suas “explosões” começaram na infância, mas só foram se tornar “problemáticas” aos 13 anos. Naquela época começou a ter brigas frequentes com os colegas, o que eventualmente resultava em idas ao escritório do

diretor. Entre as altercações, era socialmente ativo e bom aluno.

Ele estimava ter aproximadamente quatro explosões verbais por semana nos últimos anos, geralmente em reação a frustração, demandas inesperadas ou o que percebesse como ofensa. Além dessas rusgas verbais acaloradas, o sr. Sandahl descreveu atos de violência, aproximadamente, a cada dois meses; por exemplo, jogou um monitor de computador para o outro lado da sala quando “parou de funcionar direito”, abriu um buraco na parede de aços chutes quando um dos filhos não parava de chorar e destruiu seu celular durante uma discussão com sua mãe. Ele negou brigas físicas desde a adolescência, embora quase tenha chegado a trocar socos com um vizinho e também com vários estranhos e empregados. A ideia de que poderia machucar alguém fisicamente o deixava “apavorado”.

Essas explosões estragaram seus relacionamentos com colegas e parceiros românticos e levaram à decisão de montar sua própria empresa de paisagismo aos 25 anos. Os negócios iam bem, apesar de seu estilo exigente e seu “pavio curto”, o que levava a uma alta rotatividade de empregados.

O sr. Sandahl descreveu os episódios como breves, que atingiam o auge em alguns segundos e dificilmente duravam mais do que alguns minutos. Entre os episódios, descreveu a si mesmo como se sentindo “bem”. Passou por breves perío-

dos de humor deprimido e aumento de ansiedade, que não o prejudicaram de modo significativo e normalmente se resolviam sozinhos em uma semana. O sr. Sandahl bebia socialmente, mas nem ele nem a esposa associavam as explosões ao álcool. Ele tinha uma história de experimentação com várias drogas de abuso, mas não nos últimos anos.

O sr. Sandahl relatou pelo menos outros dois familiares próximos com “problemas de temperamento” significativos. O pai era emocionalmente abusivo e perfeccionista e tinha “grandes expectativas” quanto ao único filho homem. Sua irmã mais velha também tinha problemas com o temperamento; o sr. Sandahl atribuía os três divórcios da irmã ao comportamento emocionalmente abusivo dela.

Durante o exame, ele estava vestido de forma casual, era cooperativo e coerente. Estava preocupado com seu comportamento e arrependido perante a esposa. Negou depressão, psicose e confusão. Negou pensamentos de machucar a si mesmo ou aos outros. Sua cognição estava preservada.

Seu *insight* e seu julgamento durante o curso da entrevista eram bons.

Diagnóstico

- Transtorno explosivo intermitente.

Discussão

O comportamento agressivo em indivíduos com transtorno explosivo intermitente (TEI) do DSM-5 é impulsivo e/ou baseado em raiva, está associado a sofrimento e/ou prejuízo significativos, se manifesta como agressividade verbal e física de alta frequência com baixa intensidade, ou de baixa frequência e alta intensidade, e os sintomas não são mais bem explicados por outros transtornos de comportamento.

O sr. Sandahl satisfaz todos os critérios do DSM-5 para TEI. Ele relata explosões de agressividade verbal com ocorrência supe-

rior a duas vezes por semana durante mais de três meses e relata explosões de agressividade física, que envolvem a destruição de propriedade, pelo menos três vezes por ano. Esse comportamento é sempre desproporcional ao que o provoca, não é planejado e baseia-se em raiva. Causa prejuízo ou sofrimento na vida pessoal e profissional e não é mais bem explicado por outro transtorno psiquiátrico ou doença clínica.

O sr. Sandahl exibe muitas características associadas ao TEI, mas elas não necessariamente fazem parte dos critérios do DSM-5. Essas características incluem: tendência de atribuição hostil (p. ex., o motivo de o jantar não estar pronto se deve à preguiça da esposa e não ao cansaço dela); “pontos-gatilho” associados à frustração e/ou ao que percebe como ofensa; história de familiares próximos com problemas de raiva; história pessoal de abuso emocional (por parte do pai); idade precoce de início; e curso crônico. Muitos (ou a maioria) indivíduos com TEI apresentam traços associados a um transtorno da personalidade, mesmo quando não satisfazem todos os critérios para um transtorno da personalidade específico (p. ex., perfeccionismo, como no transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva). Isso ocorre porque a vasta maioria de indivíduos com TEI têm dificuldades antigas de controle de impulsos e com relacionamentos interpessoais. Quando os indivíduos chegam a satisfazer os critérios para TEI e para um transtorno da personalidade, ambos os diagnósticos devem ser estabelecidos.

Indivíduos com transtorno da personalidade *borderline* e transtorno da personalidade antisocial são particularmente propensos a ter explosões que podem se assemelhar às observadas no TEI. Contudo, a menos que apresentem um TEI comórbido, suas explosões costumam ser menos agressivas do que as observadas em pessoas com TEI.

As comorbidades mais comuns são transtornos de ansiedade, depressivos e

por uso de substância. Embora o sr. Sandahl descreva períodos transitórios de humor deprimido e ansiedade e faça uso de álcool, nada disso parece satisfazer os critérios para um diagnóstico do DSM-5. Explosões intermitentes também figuram em vários outros transtornos psiquiátricos. Caso os episódios explosivos recorrentes estejam relacionados a traumatismo craniano, *delirium*, demência ou intoxicação recorrente, então o diagnóstico de TEI não se aplica. Nenhuma dessas alternativas parece ser pertinente na situação do sr. Sandahl. No entanto, se ele também tivesse sido diagnosticado com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno da conduta, transtorno de oposição desafante, ou transtorno do espectro autista, diagnósticos comórbidos seriam adequados.

Além da frequente agressividade verbal e física, o sr. Sandahl também comete abuso do parceiro íntimo. Embora essa

atitude não pareça ser o comportamento controlador e isolacionista de parceiros íntimos abusadores do sexo masculino, que são essencialmente de natureza psicopata, seu comportamento voltado para a esposa é evidentemente abusivo, e ela finalmente atingiu o limite de sua tolerância. O tratamento é uma questão crucial não apenas para o casamento, mas também para evitar a perpetuação do ciclo de violência em seus filhos.

Leituras Recomendadas

- Coccaro EF: Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry* 169(6):577–588, 2012
Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, et al: The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 63(6):669–678, 2006

CAPÍTULO 16

Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos

INTRODUÇÃO

Jonathan Avery

O capítulo do DSM-5 sobre transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos cobre transtornos associados a 10 classes de drogas, bem como o transtorno do jogo, o primeiro transtorno de adição comportamental a ser incluído no DSM.

Todos os transtornos por uso de substância do DSM-5 exigem prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos e a presença de, no mínimo, duas consequências físicas, psicológicas e sociais decorrentes do uso da substância. O DSM-5 inclui vários especificadores para caracterizar mais minuciosamente os transtornos por uso de substância. Esses especificadores estão relacionados ao *curso* (p. ex., remissão ini-

cial, remissão sustentada, etc.) e à *gravidade* (com base na quantidade de critérios confirmados). Destaca-se o fato de que o diagnóstico de transtorno por uso de substância substituiu as categorias anteriores de abuso e dependência de substância.

O DSM-5 também fornece critérios diagnósticos para apresentações clínicas diretamente relacionadas ao uso de substância, como intoxicação e abstinência, com especificadores descritivos. Por exemplo, se um indivíduo apresenta intoxicação por álcool, o clínico pode acrescentar um código que indica a presença ou a ausência de um transtorno por uso de álcool comórbido. Para pacientes que mantêm um sensó-

rio claro durante a abstinência de álcool, mas também desenvolvem perturbações da percepção, o diagnóstico do DSM-5 provavelmente seria de abstinência de álcool com perturbações da percepção. No evento mais provável de que as perturbações da percepção sejam acompanhadas por confusão, o diagnóstico mudaria para *delirium* por abstinência de álcool (um transtorno listado no capítulo sobre transtornos neurocognitivos em vez do capítulo sobre transtornos relacionados a substâncias).

O uso de substâncias também pode resultar em grupos de sintomas que se assemelham a uma vasta gama de diagnósticos psiquiátricos, incluindo transtornos depressivos, bipolares e psicóticos. O DSM-5 deixa clara uma abordagem diagnóstica que se baseia significativamente no curso e no provável impacto da substância em questão. Por exemplo, se os sintomas depressivos ocorrerem durante uma abstinência aguda de cocaína, eles podem ser considerados parte da abstinência. Caso os sintomas depressivos clinicamente significativos tenham início no contexto de uso de cocaína e persistam após a interrupção do uso da droga e além da duração esperada da abstinência, o indivíduo provavelmente estaria qualificado para um transtorno depressivo induzido por cocaína. Caso os sintomas depressivos significativos persistam durante um período razoável de tempo (p.

ex., 1 mês) após a interrupção do uso de cocaína, então o paciente provavelmente seria avaliado como apresentando um transtorno depressivo maior autônomo. Nesse caso, a cocaína pode ser encarada como um desencadeador, mas não faz mais parte do diagnóstico do DSM-5.

O transtorno do jogo é um acréscimo controverso ao capítulo. Evidências indicam que adicções comportamentais, como o jogo, têm muito em comum com os transtornos por uso de substâncias, incluindo o padrão de uso e a ativação do mesmo sistema de recompensas no cérebro. Outras adicções comportamentais, como internet e sexo, também estão sendo consideradas para a próxima edição do DSM, mas a base de evidências para esses transtornos ainda é limitada.

Leituras Recomendadas

- Galanter M, Kleber HD (eds): *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008
- Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, et al: DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry* 170(8):834–851, 2013 PubMed ID: 23903334
- Inaba DS, Cohen WE: *Uppers, Downers, All Arounders*, 7th Edition. Medford, OR, CNS Productions, 2011

CASO 16.1

Um Alcoolista “Típico”

Marc A. Schuckit

Matthew Tucker, um encanador, branco, de 45 anos, foi encaminhado para avaliação psiquiátrica depois que sua família fez uma intervenção para manifestar a preocupação de que seus problemas com álcool estavam fugindo ao controle. O sr. Tucker negou ter consumido álcool desde que havia marcado a consulta, três dias antes.

Durante 20 anos depois do ensino médio, o sr. Tucker costumava beber de três a cinco cervejas por noite, cinco vezes por semana. Ao longo dos últimos sete anos, consumia álcool quase todos os dias, com uma média de seis cervejas nas noites de segunda a sexta-feira e 12 cervejas nos fins de semana e feriados. A esposa manifestou repetidamente sua preocupação de que ele estava “bebendo demais”, mas apesar de seus esforços para limitar a ingestão de álcool, o sr. Tucker continuava a passar a maior parte do fim de semana bebendo, às vezes perdendo reuniões familiares, e frequentemente perdia os sentidos enquanto assistia à televisão durante a noite. No entanto, continuava produtivo e nunca faltara a um dia de trabalho. De diversas formas, sua história representa o que costuma ser observado no “alcoolista típico”. O sr. Tucker havia alcançado dois períodos de abstinência de um mês nos últimos quatro anos. Nas duas ocasiões, ele afirmou que havia parado “na marra”, em reação às preocupações da esposa. Negou ter tido sintomas de abstinência de álcool nas duas ocasiões.

Nos seis meses anteriores à avaliação, o sr. Tucker havia se tornado atípicamente irritável, cansado, disfórico e preocupado. Não conseguia ter prazer nas atividades habituais, incluindo alimentação e sexo, e tinha dificuldades de concentração. Também reagia de maneira mais emotiva a estresses e manifestou uma preocupação infundada sobre o futuro de seus negócios. O paciente frequentemente acordava às 2 horas da madrugada e tinha dificuldade em retomar o sono.

O sr. Tucker e a esposa indicaram que, embora esse período de tristeza tivesse durado seis meses, ele havia passado por vários episódios semelhantes nos últimos cinco anos, sendo que cada um teve duração de quatro a seis semanas. Negaram episódios dessa natureza na juventude.

O sr. Tucker estava casado há 18 anos. Ele e a esposa tinham uma filha de 17 anos. Ele formou-se no ensino médio, cursou dois anos de faculdade comunitária e atualmente era dono de uma companhia bem-sucedida de serviços hidráulicos. O paciente negou história de outros problemas psiquiátricos ou médicos, bem como história de mania ou tentativas de suicídio. Nunca havia consultado um psiquiatra antes.

Durante um exame de rotina anual recente, o clínico geral do sr. Tucker percebeu uma pressão arterial ligeiramente elevada (135/92), valor de gamaglutamiltransferase de 47 UI/L e volume corporcular médio de 92,5 μm^3 . Todos os outros resultados de

exames laboratoriais estavam na faixa da normalidade.

No momento da primeira consulta, o sr. Tucker estava vestido de forma bem-arrumada, mantinha bom contato visual e não exibia evidências de confusão ou de sintomas psicóticos. Ele ficou com lágrimas nos olhos quando falou sobre seu futuro e admitiu sentir-se triste durante a maior parte do dia, ou o dia inteiro, regularmente nos últimos seis meses, mas negou ideação ou planos suicidas. Sua cognição estava preservada, e demonstrou compreensão dos efeitos que o álcool tinha sobre ele.

Um exame físico realizado pelo psiquiatra revelou uma frequência cardíaca normal, sem tremores nem sudorese, e uma pressão arterial apenas ligeiramente elevada.

Diagnósticos

- Transtorno por uso de álcool.
- Transtorno depressivo induzido por álcool.

Discussão

O sr. Tucker parece apresentar pelo menos dois diagnósticos do DSM-5. O primeiro é transtorno por uso de álcool, conforme indicado por seus esforços frustrados de reduzir o consumo, o excesso de tempo passado sofrendo intoxicação ou se recuperando dos efeitos do álcool, a perda de atividades sociais importantes e o uso continuado de álcool apesar de problemas relacionados. O sr. Tucker não tinha sintomas clinicamente significativos de abstinência de álcool durante a avaliação, apesar de estar abstinente durante três dias, e negou história de abstinência durante as tentativas anteriores de interromper o hábito.

Um segundo diagnóstico está relacionado a seus sintomas de humor. O sr. Tucker satisfaz os critérios sintomáticos para episódio depressivo maior com início cerca de seis meses antes. Descreve humor persistentemente deprimido, redução do inter-

esse em atividades, insônia de intervalo, redução da capacidade de concentração e fadiga. Ele teve “vários” episódios dessa natureza nos últimos cinco anos, sendo que todos, aparentemente, se resolveram de forma espontânea no prazo de quatro a seis semanas de abstinência.

É importante fazer a distinção entre episódios depressivos que ocorrem apenas no contexto de uso intenso de álcool e os que se desenvolvem independentemente do consumo excessivo. Este último, quando ocorre em uma pessoa com transtorno por uso de álcool, tem a tendência de apresentar o curso de qualquer episódio depressivo maior, com duração semelhante e resposta aos tratamentos usuais. As depressões que se desenvolvem durante períodos de consumo intenso – como se observa no caso do sr. Tucker – são diferentes. Sob a denominação mais adequada de transtorno depressivo induzido por álcool, esses episódios tendem a diminuir e desaparecer no prazo de várias semanas ou um mês de abstinência. Poucos dados indicam que essas depressões requerem medicamentos antidepressivos e, quando a pessoa interrompe o uso excessivo de álcool, os sintomas depressivos tendem a se reduzir abaixo do limiar de um episódio depressivo maior em menos tempo do que os medicamentos levariam para surtir efeito. Sintomas sublimiares (p. ex., prejuízo do sono) podem persistir, melhorando com a sobriedade. No entanto, se os critérios para depressão maior continuassem a ser satisfeitos após um mês de abstinência, seria possível afirmar que o sr. Tucker tem um transtorno depressivo maior independente, embora o clínico possa considerar o uso de álcool como um evento desencadeador.

Leituras Recomendadas

Babor T, Higgins-Biddle J, Dauser D, et al: Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol Alcohol* 41(6):624–631, 2006

Schuckit MA: Alcohol-use disorders. Lancet 373(9662):492–501, 2009

Schuckit MA, Smith TL: Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men. Drug Alcohol Depend 113(1):21–28, 2011

Schuckit MA, Smith TL, Kalmijn J: Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related problems over 30 years in 397 families. J Stud Alcohol Drugs 74(2):271–279, 2013

CASO 16.2

Abstinência de Álcool

Roger D. Weiss

Nicholas Underwood, um engenheiro de *software* de 41 anos, entrou em um programa de tratamento para álcool com a queixa principal: “Preciso parar de beber ou minha esposa pede o divórcio”.

No momento da admissão, o sr. Underwood afirmou que bebia aproximadamente um litro de vodka por dia, todos os dias, e não havia passado um único dia sem beber nos últimos dois anos. Durante vários anos, ele ingeriu álcool apenas após o expediente, mas cerca de um ano antes da avaliação, começara a beber regularmente pela manhã sempre que tinha um dia de folga. Mais recentemente, havia começado a se sentir “trêmulo” todas as manhãs e, às vezes, tratava a sensação com uma bebida, seguida por mais álcool durante o dia.

O sr. Underwood vivenciou uma série de problemas relacionados à bebida. Sua esposa estava “no limite” e pensava em divórcio. A redução de sua capacidade de se concentrar no trabalho estava “afundan-

do” uma carreira que já fora promissora. Passava muito tempo tentando se recuperar dos efeitos da bebida e percebeu que estava planejando estratégias tanto para se manter abstinente quanto para tomar a próxima dose escondido.

O sr. Underwood experimentou álcool pela primeira vez durante o ensino médio e disse que sempre tivera uma resistência maior que a de seus amigos. Na faculdade, ele era uma das pessoas que mais bebia em uma confraria conhecida como “Reis do Trago” no *campus*. Na faixa dos 30 anos de idade, aumentou a frequência de seu consumo, anteriormente restrito aos fins de semana, para todos os dias. No decorrer do ano anterior, mudou a preferência exclusiva por cerveja para vodka. Havia passado por muitos encontros de Alcoólicos Anônimos no passar dos anos, mas tinha propensão a beber assim que a reunião terminava. Nunca havia recebido tratamento formal.

O paciente negou uso recente de outras substâncias. Havia fumado maconha e cheirado cocaína várias vezes durante a faculdade, depois nunca mais. Não havia usado outras drogas ilícitas e não tomava medicamentos. Não fumava cigarros. Teve apagões em diversas ocasiões durante a faculdade, mas não os teve mais desde então. Não tinha história de convulsões ou outro problema médico. A história familiar era relevante em relação à dependência de álcool no pai e no avô paterno.

O sr. Underwood entrou no programa de tratamento de álcool aproximadamente às 15h, sem ter tomado nada desde a noite anterior. Ele estava diaforético e exibia tremores significativos nas mãos. Queixou-se de ansiedade, inquietude, irritabilidade, náusea e insônia recente.

A avaliação clínica revelou um homem diaforético e vestido casualmente, cooperativo, mas que caminhava de um lado para outro ansiosamente e que imediatamente disse: "Estou me preparando para ficar assustado". O discurso tinha velocidade, ritmo e tom normais. Ele negou depressão. Não havia evidências de pensamento psicótico e negou alucinações auditivas, visuais ou tátteis. Estava alerta e orientado para pessoa, local e data. Não tinha grandes déficits de memória, mas a redução de atenção e concentração era perceptível.

Os aspectos de destaque em seu exame físico eram diaforese acentuada, pressão arterial de 155/95, frequência cardíaca de 104 batimentos por minuto, tremores graves nas extremidades superiores e reflexos tendíneos profundos hiperativos. Os exames de laboratório estavam dentro dos limites normais, exceto pelos níveis de aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase, que eram aproximadamente o triplo do normal.

Diagnósticos

- Abstinência de álcool.
- Transtorno por uso de álcool, grave.

Discussão

O sr. Underwood evidentemente satisfaz os critérios para abstinência de álcool. Além da interrupção recente do uso intenso e prolongado de álcool, ele demonstra os seguintes sintomas: hiperatividade do sistema autônomo, tremor nas mãos, insônia, náusea, agitação e ansiedade. Em outras palavras, ele apresenta seis dos oito critérios para abstinência de álcool, muito além do limite mínimo exigido de dois critérios.

Uma forma de lembrar os sintomas essenciais da abstinência de álcool é usar a técnica mnemônica SETS: problemas de Sono, problemas Estomacais, Tremores e Sudorese. Também é importante lembrar que o objetivo principal do tratamento da abstinência de álcool é evitar convulsões tônico-clônicas.

A abstinência de álcool ocorre no contexto de dependência física. Embora possa ocorrer com a redução do consumo de álcool em indivíduos com dependência grave, a abstinência significativa costuma ocorrer com a interrupção repentina e completa da ingestão de álcool. Os sintomas de abstinência normalmente podem começar de 4 a 12 horas após a última dose, com pico de intensidade no período de 24 a 48 horas após a última dose.

Um dos principais objetivos no tratamento farmacológico de abstinência é evitar duas das complicações mais graves da abstinência de álcool: 1) convulsões tônico-clônicas e 2) *delirium* por abstinência de álcool (também conhecido como *delirium tremens*). Convulsões ocorrem em aproximadamente 3% dos pacientes em abstinência; elas costumam ocorrer de 7 a 48 horas após a última dose, sendo que a maioria das convulsões ocorre entre 17 e 24 horas depois. Em algumas circunstâncias, uma convulsão é seguida por *delirium* por abstinência de álcool, cuja marca registrada é a desorientação e a flutuação do nível de consciência, geralmente com hiperatividade de grave do sistema autônomo. Os pacien-

tes que correm maior risco de *delirium* são os que apresentam doenças clínicas graves e uma história duradoura de consumo muito intenso de álcool. Como o *delirium* por abstinência de álcool pode ser fatal, o tratamento precisa ser vigoroso, realizado em um ambiente médico de monitoração intensiva. É importante observar que, embora as convulsões sejam algumas vezes seguidas por *delirium*, a ordem inversa é rara. Portanto, se um paciente passar por *delirium* e em seguida tiver uma convulsão tônico-clônica, o clínico deve buscar outra causa para a convulsão (p. ex., hematoma subdural).

O sr. Underwood também satisfaz os critérios sintomáticos para transtorno por uso de álcool. Ele bebe grandes quantidades de álcool, apesar de esforços repetidos para abandonar o hábito. Seu desejo por álcool é forte, e ele continua o uso apesar

de problemas profissionais e conjugais que parecem ser exacerbados diretamente pelo uso de álcool e pelo tempo necessário para se recuperar da intoxicação noturna diária. Ele também demonstra tolerância e abstinência. O sr. Underwood satisfaz pelo menos oito dos onze critérios para transtorno por uso de álcool e, assim, se qualifica para o especificador “grave”.

Leituras Recomendadas

Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M: Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2010 Mar 17(3):CD005063

Amato L, Minozzi S, Davoli M: Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2011 Jun 15(6):CD008537

CASO 16.3

Adição

Petros Levounis

Oliver Vincent nunca se viu como um adito. Sempre “esteve no controle”. Aos 35 anos, estava bem de vida como proprietário de várias franquias de roupas, morava com o ex-companheiro em um apartamento mais do que confortável na cidade de Nova York, exercitava-se todos os dias, gozava da companhia de um

grupo de amigos afetuosos e, embora fosse solteiro, não havia desistido da ideia de algum dia (de preferência logo) encontrar o homem perfeito para compartilhar a vida. O sr. Vincent assumiu sua homossexualidade perante a família católica de origem irlandesa quando tinha 19 anos. Seus pais já imaginavam que ele fosse *gay* muito

antes que se revelasse e encararam bem a “novidade”. A maior preocupação deles era que o filho sofresse discriminação devido à sua sexualidade, se machucasse e vivesse uma vida solitária. A realidade se tornou o oposto: o sr. Vincent era “assumido de carteirinha” e curtia a vida.

Quando o sr. Vincent percebeu que tinha um problema com uso de substância, lidou com a situação do mesmo modo que havia lidado com praticamente tudo: de frente. Pela primeira vez na vida, ele decidiu consultar um psiquiatra.

O sr. Vincent descreveu um padrão que orbitava em atividades *party and play*^{1*}. Nas noites de sexta-feira e sábado – e eventualmente durante a semana – saía para jantar com amigos e depois ia a uma casa noturna ou a uma festa particular. Normalmente bebia dois ou três coquetéis e de quatro a cinco copos de vinho durante a noite. Sem álcool, percebia que facilmente conseguia dizer “não” ao uso de substâncias, mas “depois de ficar alto, se alguém tem coca – e sempre tem alguém por perto que tem coca – eu uso. Então meu coração dispara e faço de tudo para não ficar sozinho. Antes eu entrava na internet, mas agora é tudo no *Grindr*”².

De modo geral, o sr. Vincent bebia álcool e usava cocaína de três a quatro vezes por semana e “eventualmente usava *tina* e *sais de banho*”³. Ele mal conseguia ir a reuniões na segunda-feira de manhã, muito menos se preparar para elas, e estava tentando reduzir seu uso de cocaína há seis meses, sem sucesso.

Desde que havia começado a usar cocaína regularmente, o sr. Vincent perdera peso e tinha problemas de sono. Ele preocupava-se que seu esforço na academia estava sendo desperdiçado. Seus negócios continuavam a ter sucesso, mas sua própria eficiência havia diminuído. O mais importante era que ele não praticava sexo seguro quando estava sob o efeito de estimulantes, de modo que se preocupava com a possibilidade de soroconversão de HIV.

Diagnóstico

- Transtorno por uso de cocaína, moderado.

Discussão

O sr. Vincent apresenta transtorno por uso de cocaína. Se o uso de metanfetamina cristal ou sais de banho for considerado significativo, um diagnóstico mais preciso seria transtorno por uso de estimulantes. Conforme o DSM-5, um transtorno por uso de estimulantes ou de cocaína envolve um padrão de prejuízo e sofrimento significativos, acompanhado por um mínimo de dois entre 11 critérios. O sr. Vincent demonstrou um desejo persistente de redução de consumo (mas sem sucesso), fez sexo sem proteção sob efeito de drogas várias vezes, reconhece os riscos que corre e parece sofrer abstinência toda segunda-feira. A doença do sr. Vincent satisfaz pelo menos quatro critérios do DSM-5 e seria descrita como de gravidade moderada.

Sua situação oferece respaldo para a lógica por trás da mudança no DSM-5 de transformar dois diagnósticos distintos (abuso e dependência de substância) em um transtorno por uso de substância unificado. No sistema do DSM-IV, a intenção com o conceito de abuso era indicar um transtorno menos grave do que dependência, mas um caso como o do sr. Vincent poderia ser de difícil diagnóstico. Se não fosse pelo uso de cocaína em situações

¹ *Party and play* é um código para drogas e sexo, respectivamente. Às vezes, o termo é abreviado para PnP.

* N. do T.: gíria norte-americana, no Brasil usa-se PnP ou o similar “festinha de embalo”.

² *Grindr* é um aplicativo de *smartphone* que usa GPS para identificar e conectar indivíduos com os mesmos interesses em uma vizinhança geográfica.

³ *Tina* é uma gíria para metanfetamina cristal. *Sais de banho* é uma gíria para um pó que contém vários estimulantes sintéticos.

perigosas fisicamente (sexo sem proteção com risco de transmissão de HIV), o transtorno do sr. Vincent satisfaria todos os critérios para dependência de cocaína, mas não para abuso – uma formulação confusa. O DSM-5 unifica esses dois diagnósticos e então descreve três níveis de gravidade: leve, moderada e grave.

O sr. Vincent pode se qualificar para diversos outros diagnósticos do DSM-5. Se fosse avaliado em um sábado à noite, provavelmente se qualificaria para o diagnóstico de intoxicação por cocaína, evidenciado por taquicardia e prejuízo do julgamento. Se fosse avaliado na manhã de segunda-feira, provavelmente satisfaria os critérios para abstinência de cocaína, caracterizada por disforia e fadiga. O uso de álcool do sr. Vincent também é problemático. Ele parece levar diretamente ao uso de cocaína e – dependendo da obtenção de história adicional – pode ou não chegar ao nível de um transtorno por uso de álcool.

Uma investigação mais aprofundada poderia revelar uma sintomatologia adicional, mas o sr. Vincent não parece estar sofrendo de transtornos depressivo maior, de ansiedade, da personalidade ou relacionados a trauma. Seu uso de substâncias parece ter sido motivado principalmente por determinantes sociais, especificamente a subcultura de “*party and play*” da comunidade gay masculina, a qual aceitou, legitimizou e, por fim, banalizou o uso de estimulantes.

Muitos pacientes usuários de substâncias apresentam outros transtornos psiquiátricos em simultaneidade, e é muitas vezes tentador presumir que o uso de substância deve ter sido causado por (e/ ou resultado em) algum tipo de perturbação maior do humor ou outro problema psiquiátrico. Não obstante, uma quantidade significativa de pacientes com adição não apresenta comorbidades. Muitas

pessoas – possivelmente incluindo os pais do sr. Vincent – presumem que pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros vivem vidas tristes e solitárias, de modo que uma variedade de diagnósticos psiquiátricos seja quase inevitável. Um estereótipo diferente poderia sugerir que o uso de estimulantes e sexo sem proteção é uma parte normativa de uma subcultura gay que deve simplesmente ser aceita como parte razoável do mundo *party and play*. Esses dois estereótipos podem desqualificar o clínico, reduzir sua eficiência e levar à superestimação ou subestimação da psicopatologia.

Ademais, embora o comportamento perigoso e aflitivo possa às vezes parecer uma parte inerente a uma subcultura (p. ex., a de jovens homens gays urbanos), vale lembrar que a maioria das pessoas que se encaixam nessa categoria mais ampla não usa substâncias de forma regular nem se entrega repetidamente a um comportamento sexual arriscado. Ao se apresentar para uma consulta psiquiátrica, o próprio sr. Vincent demonstrou que esses aspectos de sua vida, a qual, fora isso, é fantástica, estão fora de controle e necessitam de auxílio profissional.

Leituras Recomendadas

- Levounis P, Arnaout B (eds): *Handbook of Motivation and Change: A Practical Guide for Clinicians*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2010
- Levounis P, Herron AJ (eds): *The Addiction Casebook*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014
- Levounis P, Ruggiero JS: Outpatient management of crystal methamphetamine dependence among gay and bisexual men: how can it be done? *Primary Psychiatry* 13(2):75–80, 2006
- Levounis P, Drescher J, Barber M (eds): *The LGBT Casebook*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012

CASO 16.4

Dores no Joelho

Jonathan Avery

Stephen Ross

Peter Winters, um pastor, branco, de 46 anos, foi encaminhado para o departamento psiquiátrico ambulatorial por seu clínico geral devido a sintomas depressivos e ao uso inadequado de opioides no contexto de dor crônica no joelho direito.

O sr. Winters havia machucado o joelho direito 17 meses antes, jogando basquetebol. Sua mãe lhe deu vários comprimidos de hidrocodona-acetaminofeno, os quais ela tinha devido a dores nas costas, o que lhe causou alívio. Quando os comprimidos acabaram e a dor continuou, ele foi ao pronto-socorro. Foi informado de que tinha um leve entorse. Recebeu uma provisão de um mês de hidrocodona-acetaminofeno. O paciente usou o medicamento conforme a prescrição durante um mês, e a dor se resolveu.

Contudo, depois de interromper o uso dos comprimidos, o sr. Winters começou a sentir recorrência da dor no joelho. Consultou um ortopedista, o qual solicitou exames de imagem e determinou que não havia danos estruturais. Recebeu mais um mês de hidrocodona-acetaminofeno. No entanto, dessa vez, ele precisou de mais doses do que a prescrição para aliviar a dor. Ele também começou a se sentir disfórico e “dolorido” quando não tomava o medicamento e descreveu uma “fissura” por mais opioides. Retornou ao ortopedista, que o encaminhou a um especialista em dor.

O sr. Winters estava com muita vergonha de ir ao especialista e acreditava que a fé e a força deveriam ajudá-lo a superar a dor. Contudo, chegou à conclusão de que era impossível viver sem analgésicos, devido à dor, à disforia e às dores musculares que ocorriam quando interrompia a medicação. Ele também começou a “gostar do barato” e sentia uma intensa fissura por usar o fármaco. Começou a frequentar prontos-socorros para receber mais opioides, frequentemente mentia sobre a natureza da dor no joelho direito e quando ela havia começado, e chegou a roubar comprimidos de sua mãe em duas ocasiões. Ele ficou obcecado em obter mais opioides, comprometendo seu trabalho e sua vida doméstica. Confirmou um humor deprimido, especialmente ao refletir sobre o impacto dos opioides em sua vida, mas negou outros sintomas de humor ou neurovegetativos. Por fim, contou a seu clínico geral sobre o uso de opioides e o humor deprimido, e o médico o encaminhou à clínica psiquiátrica ambulatorial.

O sr. Winters tinha uma história de dois episódios depressivos maiores na vida que foram tratados com escitalopram por seu clínico geral. Também tinha história de um transtorno por uso de álcool quando tinha 20 anos. Nessa ocasião, ele conseguira abandonar o hábito sozinho, depois de uma intervenção familiar. Fumava dois maços de cigarro por dia. Seu pai sofria de

depressão e “quase todo mundo” no lado materno tinha “problemas de adição”. Ele estava casado há 20 anos e tinha dois filhos em idade escolar. Era pastor em sua igreja há 15 anos. Os resultados de um exame físico e testes laboratoriais recentes realizados por seu clínico geral estavam dentro dos limites normais.

Durante o exame de estado mental, o sr. Winters estava cooperativo e não exibiu anormalidades psicomotoras. Deu respostas curtas à maioria das perguntas, seguidamente dizendo apenas “sim” ou “não”. A fala tinha velocidade e tom normais, sem tangencialidade nem circunstancialidade. Ele relatou que seu humor estava “péssimo”, seu afeto era disfórico e contido. Negou sintomas de paranoia ou alucinações. Negou pensamentos de machucar a si ou a outros. A memória, tanto recente como remota, estava preservada.

Diagnósticos

- Transtorno por uso de opioides.
- Transtorno por uso de tabaco.
- Transtorno por uso de álcool, em remissão.
- Transtorno depressivo maior.

Discussão

Entre os transtornos por uso de substância, o abuso não médico de opioides que precisam de receita perde em prevalência apenas para o uso inadequado de *Cannabis*. Os clínicos frequentemente não fazem triagem de indivíduos como o sr. Winters para fatores de risco de adição antes de receber opioides. O paciente não apenas é um membro do clero, mas também tem um motivo legítimo para tomar analgésicos. Entretanto, o sr. Winters tinha vários fatores de risco para adição de opioides prescritos, incluindo uma história pessoal e familiar de adição, uso atual intenso de tabaco e uma história de depressão. Seus comportamentos iniciais poderiam ser

classificados como uma “pseudoadição” – comportamentos que parecem aditivos, mas não refletem adição real. Seu uso, no entanto, o levou ao descontrole e à compulsão em relação aos opioides, o que teve um impacto negativo sobre sua vida. Conforme o DSM-5, o sr. Winters seria diagnosticado com transtorno por uso de opioides.

O transtorno por uso de opioides substituiu as categorias anteriores do DSM-IV de abuso e dependência de opioides. Um dos motivos para essa alteração foi melhorar a precisão diagnóstica ao fornecer uma forma de caracterizar indivíduos que não se encaixavam nos diagnósticos de abuso e dependência de opioides, mas ainda assim apresentavam um problema significativo de uso de opioides. O transtorno por uso de opioides pode ser diagnosticado quando há um padrão mal-adaptativo de uso dessas substâncias que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo ao longo de um período de 12 meses, manifestado por um mínimo de dois dos 11 critérios diagnósticos. O sr. Winters exibe pelo menos seis critérios de um transtorno por uso de opioides: uso recorrente de opioides, acarretando incapacidade de cumprir obrigações importantes; tolerância; abstinência; fissura por consumo; uso de opioides em maiores quantidades por um período mais longo do que o pretendido; e muito tempo gasto em atividades necessárias para obter, usar ou se recuperar dos efeitos dos opioides. A fissura, ou o forte desejo de usar substâncias, é bastante prevalente no caso do sr. Winter. A fissura foi acrescentada aos critérios diagnósticos no DSM-5 porque costuma ser um sintoma característico de adição.

Os sintomas de humor do sr. Winter precisam ser investigados mais minuciosamente, mas provavelmente representam uma exacerbção de seu transtorno depressivo maior subjacente. O transtorno depressivo induzido por opioides e o transtorno distímico também devem fazer parte do diagnóstico diferencial. Outros diagnósticos psiquiátricos que devem ser levados em consideração em um indivíduo

com transtorno por uso de opioides são o transtorno da personalidade antissocial e o transtorno de estresse pós-traumático. A saúde física do sr. Winters aparentemente foi confirmada por seu clínico geral, mas infecções por HIV, por hepatite C e bacterianas também são comuns entre usuários de opioides por meios injetáveis, embora sejam menos prevalentes em indivíduos que usam apenas opioides prescritos.

Embora seja necessária uma história mais completa da dor no joelho, um diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos também deve ser considerado no caso do sr. Winters. No DSM-IV, ele poderia ser diagnosticado com transtorno doloroso associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral (entorse do joelho). No entanto, o DSM-5 assume uma abordagem diferente em relação a indivíduos com dor e rejeita a noção anterior de que algumas dores estão associadas apenas a fatores psicológicos, fatores somáticos, ou ambos. Em vez disso, o DSM-5 sustenta uma noção de que todos os fatores psicológicos, somáticos e ambientais contribuem para dor. Está evidente que a dor do sr. Winters é multideterminada. Ele poderia ser diagnosticado com um transtorno de sintomas somáticos, com dor predominante, nos moldes do DSM-5. Esse transtorno se ca-

racteriza por um ou mais sintomas somáticos que são perturbadores e/ou resultam em ruptura significativa de atividades diárias, bem como pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos relacionados a esses sintomas somáticos ou preocupações associadas com a saúde.

Leituras Recomendadas

- Boscarino JA, Rukstalis MR, Hoffman SN, et al: Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria. *J Addict Dis* 30(3):185–194, 2011
- Cheney B, Galanter M, Dermatis H, Ross S: Medical versus spiritual orientations: differential patient views toward recovery. *Am J Drug Alcohol Abuse* 35(5):301–304, 2009
- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64(5):566–576, 2007
- Wu LT, Woody GE, Yang C, et al: Differences in onset and abuse/dependence episodes between prescription opioids and heroin: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Subst Abuse Rehabil* 2011(2):77–88, 2011

CASO 16.5

Rumo ao Fundo do Poço

Charles H. Silberstein

Raymond Xavier, um paisagista subempregado, divorciado, de 29 anos, consultou um psiquiatra particular com a queixa de que sua vida estava “rumo ao fundo do poço”. No momento da consulta estava sem moradia fixa havia mais de seis meses. Ele morou em diversos lugares, incluindo seu carro e a casa de amigos. Durante mais de um mês antes da consulta, estava morando em uma barraca na floresta. Ele havia telefonado para os pais quando fez aniversário e eles se ofereceram para pagar pelo tratamento de abuso de substância, contanto que pudessem fazer os pagamentos diretamente.

O sr. Xavier relatou que seu problema começara aos 24 anos, quando era recém-casado e pai de um bebê, assumindo dois empregos para poder pagar as contas (trabalhava em uma fábrica e como motorista de entregas locais). Quando machucou as costas e não conseguiu mais ir ao trabalho devido à dor, um amigo lhe ofereceu alguns comprimidos de acetaminofeno-oxicodona (Percocet). Não apenas sua dor desapareceu, mas sua energia e humor melhoraram. Pela primeira vez na vida sentiu-se “normal e feliz”.

O sr. Xavier continuou a usar de um a quatro comprimidos de Percocet ao dia durante um ano e meio. Nunca tomava mais de um comprimido por vez. Então, aos 26 anos, cheirou meio papelote de heroína (aproximadamente US\$ 5 nas ruas). “Levou uns 10 minutos, mas me senti trans-

portado para um estado indescritível de euforia. Foi como tomar aquele primeiro Percocet, multiplicado por dez... Você vai atrás daquela primeira sensação pelo resto da vida e ela nunca mais volta”. Depois de alguns meses após ter iniciado o consumo de heroína, ele começou a usá-la via intravenosa para vislumbrar novamente aquele estado de euforia.

Depois da primeira experiência com heroína, o avanço do uso foi rápido. Em seis meses, o sr. Xavier ficou desempregado, separou-se da família e virou um sem-teto. “Dormia no meu carro ou na rua... usava até 30 papelotes [US\$ 300] por dia”.

O sr. Xavier começou a buscar ajuda. Registrou-se em uma clínica ambulatorial de reabilitação para usuários de opioides. A fissura pelo uso, mesmo durante o tratamento, era intensa. Ele relatou múltiplas recaídas. Acrescentou cocaína às injeções de heroína. Essa mistura (*speedball*) passou a ser sua primeira opção de droga durante algum tempo, mas, então, voltou a usar apenas heroína. A primeira de uma série de *overdoses* acidentais ocorreu em uma casa abandonada quando ele tinha 27 anos. Ele havia passado por “uns dez períodos de desintoxicação e reabilitação”, mas sempre tinha recaídas no prazo de horas ou semanas após a alta. Também frequentara esporadicamente reuniões dos Narcóticos Anônimos durante anos.

Para conseguir dinheiro a fim de financiar seu hábito, ele arrombava casas, rou-

bava de parentes e passava cheques sem fundos. "Cada centavo ia para as drogas. Tenho sorte de não estar preso, mas o lado ruim é que todo mundo me odeia".

O sr. Xavier decidiu se mudar para Martha's Vineyard um ano antes da consulta porque "parecia um lugar tranquilo". Levou um pouco de metadona na bagagem, mas a abstinência subsequente foi "brutal".

Ele continuou a usar heroína e oxicodeona quando era fácil consegui-las; caso contrário, ingeria álcool em excesso, embora afirmasse: "Preciso parar de beber – é isso que me traz problemas". Também tomava diazepam (Valium) esporadicamente; contudo, não achava que isso fosse um problema, e sim uma forma de aguentar o dia.

Trabalhava eventualmente como paisagista. Seu chefe – alguém que havia conhecido em uma das reuniões dos Narcóticos Anônimos – deixou claro que chamaria quando houvesse trabalho extra para ser realizado, porém não esperava que o sr. Xavier aparecesse se não parasse de se drogar. Fez uma série de "bicos", incluindo vendedor de artigos de escritório, assistente de veterinário e frentista. Não via sua filha há mais de dois anos.

Durante o exame, o sr. Xavier parecia um pouco desleixado. De modo geral, estava cooperativo, mas parecia inquieto e, em um determinado momento, saiu da sala apressado; quando retornou, explicou que estava tendo surtos de diarreia. Suas pupilas estavam dilatadas e a pele chamaava atenção pelo suor e a piloereção. Bocejou várias vezes e parecia irritável e infeliz. Seus braços e pernas sofriam espasmos frequentes. Assoou o nariz repetidamente e parecia choroso. Sua fala era rápida e parecia impaciente. Ele negou sintomas psicóticos, ideias suicidas e homicidas. Afirmou que tinha esperanças de que, se conseguisse um pouco de Suboxone (buprenorfina e naloxona), talvez conseguisse manter um emprego e tivesse a chance de ser um pai de verdade.

Os exames laboratoriais resultaram negativos para HIV e hepatites A, B e C.

Diagnósticos

- Abstinência de opioides.
- Transtorno por uso de opioides.
- Transtorno por uso de álcool.

Discussão

Em reação ao não uso de heroína ou metadona, o sr. Xavier experimenta um grupo de sintomas típicos de abstinência aguda de opioides. Eles incluem diarreia, lacrimejamento e rinorreia, midriase, sudorese, bocejos, inquietação e espasmos ocasionais das pernas. Tem humor disfórico e ansioso.

Os sintomas atribuíveis à abstinência aguda de opioides se sobrepõem a diversos outros transtornos do DSM-5. Por exemplo, a ansiedade e a depressão do sr. Xavier são significativas, mas provavelmente têm relação direta com a experiência de abstinência; nessa situação, elas não justificam um diagnóstico distinto. Caso os sintomas se prolonguem além do período imediato de abstinência (cuja duração varia conforme a meia-vida do opioide em questão), então o diagnóstico provável seria o de transtorno depressivo (ou de ansiedade) induzido por substância. Se os sintomas persistirem durante um mês após a descontinuação da substância, então pode-se diagnosticar um transtorno autônomo (mesmo que desencadeado pelo uso de substância).

O paciente também relata abuso de álcool significativo, bem como uso esporádico de diazepam. Ambos provocam sintomas de abstinência intensos e podem estar contribuindo para o quadro clínico atual. Contudo, nenhum deles induz os sintomas de abstinência específicos de opioides como lacrimejamento, bocejos e diarreia. O sr. Xavier não especifica a quantidade de álcool que consome, mas afirma: "Preciso parar de beber – é isso que me traz problemas". Mesmo sem muito esclarecimento do uso, ele descreve beber mais do que pretende e ter problemas relacionados

ao álcool, o que o qualifica para um transtorno por uso de álcool.

O sr. Xavier roubou de terceiros e da família, abandonou a esposa e a filha e, aparentemente, não é um empregado confiável. Isso pode levar à consideração de um transtorno da personalidade antissocial. No entanto, a heroína é ilegal e cara, sendo quase impossível que o usuário médio consiga adquiri-la por meio de um emprego legítimo. Por esse motivo, o DSM-5 sugere que não se diagnostique transtorno da personalidade antissocial quando o comportamento decorre diretamente dos esforços para adquirir drogas. No entanto, caso o comportamento antissocial fosse evidente durante a infância ou anterior ao início do abuso de substância, os dois diagnósticos poderiam ser estabelecidos. Sem uma história de comportamento antissocial não relacionada com a aquisição de heroína, o sr. Xavier provavelmente não satisfaria os critérios para transtorno da personalidade antissocial. Contudo, ele pode justificar um diagnóstico de comportamento antissocial adulto, o qual consta no capítulo “Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica”. Assim como outros diagnósticos que são listados nesse capítulo, mas não figuram no texto principal do DSM-5, o comportamento antissocial adulto está ligado a um código V da CID-9 e um código Z na CID-10.

Evidentemente, o transtorno por uso de opioides grave do sr. Xavier está mais bem-definido. Trata-se de um diagnóstico que se refere ao uso autoadministrado,

compulsivo e prolongado de opioides sem supervisão médica. O uso desse paciente satisfaz todos os 11 critérios do DSM-5: uso de maiores quantidades do que o pretendido; incapacidade de reduzir o uso; muito tempo gasto na obtenção, utilização e recuperação dos efeitos do opioide; fissura; incapacidade em cumprir obrigações importantes; problemas sociais e interpessoais persistentes; redução de atividades; colocar a integridade física em perigo; uso contínuo apesar da consciência de suas consequências; tolerância; e abstinência.

De várias formas, a apresentação do sr. Xavier é clássica. O início costuma se dar no final da adolescência e início da faixa dos 20 anos. A experiência de se sentir “normal e feliz” com o primeiro uso é comum, assim como “buscar o barato”, a busca incessante daquela primeira sensação de bem-estar e euforia. Alguns usuários de opioides mantêm seus empregos e famílias, mas muitos sofrem um declínio vertiginoso em suas vidas. No entanto, a única característica atípica do sr. Xavier, é não estar infectado com um dos vírus normalmente encontrados em usuários de substâncias intravenosas: HIV ou hepatite A, B ou C.

Leituras Recomendadas

Borg L, Kravets I, Kreek MJ: The pharmacology of long-acting as contrasted with short-acting opioids, in Principles of Addiction Medicine, 4th Edition. Edited by Ries RK, Miller SC, Fiellin DA, Saitz R. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 117–131

CASO 16.6

Estresse e Abuso de Substância

Li Jin

Daryl Shorter

Coreen Domingo

Thomas R. Kosten

Shaun Yates, um estudante universitário, afro-americano, de 34 anos, se apresentou para avaliação de instabilidade crônica do humor. Seus sintomas persistiram e se agravaram nos 10 anos seguintes ao retorno de um período de 12 meses de serviço militar no Iraque. O sr. Yates negou apresentar sintomas psiquiátricos antes do alistamento. Durante a convocação, trabalhou em transportes e, embora não estivesse diretamente envolvido em combates, “perdeu muitos companheiros”. Essa era sua primeira avaliação psiquiátrica. Preferia “não falar sobre essas coisas”, mas cedeu à insistência da esposa.

Durante a apresentação, o sr. Yates relatou que seu humor estava “para baixo”. Sentia-se “um sonâmbulo” durante a maior parte do tempo e não tinha prazer na companhia da esposa e dos dois filhos pequenos. Relatou inquietude, bem como um estado de alerta desnecessário sempre que ia a locais públicos. Evitava dirigir, especialmente sobre pontes, e preferia “ficar pelas redondezas”. Seu sono era interrompido regularmente por sonhos vívidos e perturbadores com “bombas e minas terrestres”. Depois de vários anos de subemprego, uma situação parcialmente decorrente desses sintomas, sua esposa o convencera a voltar para a faculdade

para ter mais flexibilidade de emprego no futuro.

O sr. Yates relatou dificuldades de concentração desde seu retorno do serviço militar. A cocaína o ajudava inicialmente, mas sua capacidade de estudar reduziu com o aumento do uso de cocaína. Ele relatou sentir culpa sobre seu comportamento sexual quando usava a substância, mas negou sentimentos de desvalia ou desesperança. Tinha uma história remota de ideias suicidas passivas (“pensamentos fugazes”), mas negou ideação suicida ativa e tentativas de suicídio. Seu apetite era bom, e ele negou história de ataques de pânico, mania, psicose ou sintomas obsessivo-compulsivos. Negou história de hospitalização psiquiátrica ou de tratamento ambulatorial. Não havia história psiquiátrica na família, exceto pelo pai, com abuso de álcool.

O sr. Yates começou a consumir álcool nos fins de semana quando tinha 14 anos. No início, tinha alta tolerância e precisava de quase meio litro de álcool para “ficar bêbado”. Ele relatou que seu consumo aumentou um pouco no exército – “talvez tivesse fugido um pouco do controle” – e que sofria apagões regularmente. Depois de ser dispensado, normalmente bebia meio litro a cada dois ou três dias, mas às vezes bebia mais. Durante períodos de uso intenso, ti-

nha eventuais tremores pela manhã que se resolviam com ingestão de álcool. Negou outros sintomas de abstinência, mas beber pela manhã o fazia lembrar do pai, que acabou morrendo de cirrose aos 56 anos, de forma que começou a limitar o consumo de álcool aos fins de semana. Desde o início de seu uso frequente de cocaína, ele começara a usar álcool para “baixar a bola” do barato da cocaína. Negou uma história de complicações legais ou prisões.

Com início no ensino médio, o sr. Yates fumava *Cannabis* socialmente, mas nunca fumava mais do que duas vezes por mês. Durante o ano anterior à avaliação, ele descobriu que a maconha ajudava com a insônia, e começou a sentir fissura pela droga todas as noites. Sua esposa era contra, alegando que ele acabaria sendo pego pela polícia ou pelos filhos. Continuou a usá-la, apesar das discussões todas as noites, porque a *Cannabis* ajudava a evitar pesadelos.

O sr. Yates identificou a cocaína como sua primeira opção geral de droga. Usou cocaína pela primeira vez alguns anos depois de ter deixado o exército. O método de consumo principal era “cheirar” a droga, embora tenha experimentado fumar *crack*. Negou ter usado drogas via intravenosa. No decorrer do ano anterior, seus custos com cocaína aumentaram para US\$ 200 por semana, e começou a empenhar objetos de valor e a perder aulas e trabalho, especialmente quando ficava deprimido após o uso. Embora a esposa não soubesse sobre a cocaína ou sua influência no desempenho geral do marido, ele não avançava em direção ao diploma e havia perdido pelo menos três empregos devido a absenteísmo relacionado à cocaína. No ano anterior, o sr. Yates começou a usar fenciclidina (PCP) para baixar seus custos. Mergulhava cigarros de maconha em PCP antes de fumá-los.

O sr. Yates consumia outras substâncias quando as conseguia facilmente, geralmente em festas. Entre elas estavam o *ecstasy* (estimativa de 10 usos na vida), os benzodiazepínicos (estimativa de 20 usos

na vida) e os opioides prescritos (estimativa de cinco usos na vida). Também fumava de 3 a 5 cigarros por dia desde os 16 anos. Seus esforços para parar de fumar foram malsucedidos por causa da fissura persistente e de sintomas de abstinência.

Diagnósticos

- Transtorno de estresse pós-traumático.
- Transtorno por uso de cocaína, grave.
- Transtorno por uso de álcool, leve.
- Transtorno por uso de *Cannabis*, leve.
- Transtorno por uso de tabaco, leve.

Discussão

O sr. Yates se apresenta para avaliação de “instabilidade crônica do humor” que pode estar relacionada a experiências traumáticas no exército, abuso de substância crônico ou uma condição psiquiátrica essencialmente não relacionada. Ele pode encarar seu uso de substâncias como “automedicação”, mas uma ou mais delas podem estar induzindo ou exacerbando um transtorno psiquiátrico. O esclarecimento desses diagnósticos é fundamental.

O sr. Yates foi ao psiquiatra devido a seu humor instável e ao declínio no funcionamento. Em decorrência do aparente desenvolvimento desses sintomas desde o serviço militar, é sensato investigar a possibilidade de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), um diagnóstico que pode reunir uma variedade de sintomas aparentemente díspares. Embora o sr. Yates não tenha estado em combate, ele relata que “perdeu muitos companheiros”. Ademais, seu trabalho em transporte nos primeiros anos da guerra no Iraque deve ter sido particularmente perigoso, devido à possibilidade de minas terrestres e terroristas suicidas. Além de algum tipo de trauma, o TEPT requer sintomas de quatro grupos diversos: intrusão (p. ex., pesadelos com bombardeios), esquiva (p. ex., de pontes e de dirigir), alterações negativas

na cognição e no humor (depressão, distanciamento) e excitabilidade (vigilância excessiva). No sr. Yates, esses sintomas persistiram durante um período superior a um mês e afetam sua vida. O único critério cuja importância não está imediatamente clara é se a perturbação é atribuível aos efeitos psicológicos de uma substância.

O sr. Yates deu início à sua longa e diversificada história de abuso de substâncias aos 14 anos, com álcool. O uso avançou e envolveu *Cannabis*, benzodiazepínicos, *ecstasy*, opioides prescritos, cocaína, PCP e tabaco. Como um todo, as substâncias contribuíram para que suas notas decaíssem, ele desenvolvesse comportamentos que colocam sua integridade física em perigo (p. ex., apagões, práticas sexuais arriscadas), tivesse conflito conjugal (discussões sobre a maconha) e, supostamente, experimentasse um agravamento de sintomas subjacentes de TEPT.

Conforme o DSM-IV, seria bastante simples estabelecer um diagnóstico de dependência de múltiplas substâncias para o sr. Yates. No entanto, esse diagnóstico amplo pode sabotar uma indagação sobre quais substâncias realmente constituem um problema e pode não ajudar na definição do tratamento. Por esses motivos, o DSM-5 eliminou a expressão *múltiplas substâncias*. Em vez disso, o uso que o sr. Yates faz de cada substância deve ser avaliado de forma independente para determinar se um limiar clinicamente relevante foi alcançado.

A cocaína é a primeira opção de substância do sr. Yates. Ela também é a que causou o maior prejuízo. Seu uso de cocaína levou à perda de três empregos, baixo desempenho acadêmico, penhor de objetos pessoais e disforia recorrente após o uso. Embora ele reconheça as consequências negativas e tenha tentado reduzir seu consumo, o uso aumentou. Por satisfazer pelo menos sete dos 11 critérios, o sr. Yates apresenta um transtorno por uso de cocaína grave nos moldes do DSM-5.

Os piores momentos do uso de álcool do sr. Yates envolveram apagões, tremores de abstinência e “fugir um pouco do controle”. O relato de caso não indica se seu uso de álcool causou outros problemas, mas ele ainda satisfaz os critérios para pelo menos um transtorno por uso de álcool leve devido a seu hábito de beber enquanto estava no exército. Se observado do ponto de vista transversal no momento da avaliação, o uso reduzido não parece satisfazer a exigência de dois dos 11 critérios sintomáticos. No entanto, o DSM-5 enfatiza que uma vez que os critérios para um transtorno por uso de substância foram satisfeitos, não se atinge “remissão” até que o indivíduo não satisfaça mais nenhum critério (além de fissura por consumo). Portanto, o sr. Yates ainda satisfaria os critérios para um transtorno por uso de álcool.

A avaliação do uso de *Cannabis* pelo sr. Yates é mais complicada. Essa substância parece ajudá-lo a dormir, e ele não relata efeitos adversos diretos. Contudo, ele tem fissura pela substância, e seu uso causa problemas conjugais; consequentemente, ele satisfaz os critérios do DSM-5 para transtorno por uso de *Cannabis* leve. Quanto ao tabaco, ele fuma apenas de três a cinco cigarros por dia, mas tem fissura pela substância e tentou interromper o hábito várias vezes, sem obter sucesso devido à abstinência. Esses sintomas qualificam para transtorno por uso de tabaco leve. Embora tenha usado *ecstasy*, benzodiazepínicos e opioides prescritos, seu uso dessas substâncias não parece satisfazer os critérios para um transtorno do DSM-5.

Os pacientes frequentemente abusam de mais de uma substância, e os efeitos das drogas podem interagir de formas complexas com outros diagnósticos psiquiátricos, como o TEPT. Uma compreensão longitudinal de todos os diagnósticos psiquiátricos do sr. Yates, incluindo seu uso de múltiplas substâncias, é crucial tanto para entender o paciente quanto para desenvolver um plano de tratamento manejável.

Leituras Recomendadas

Arnaout B, Petrakis IL: Diagnosing comorbid drug use in patients with alcohol use disorders. *Alcohol Res Health* 31(2):148–154, 2008

Saunders JB, Schuckit MA, Sirovatka PJ, Regier DA: Diagnostic Issues in Substance Use Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2007

CASO 16.7

Jogo

Silvia Bernardi

Carlos Blanco

Tomás Zambrano era um homem hispânico de primeira geração, casado, com 36 anos, que se apresentou a uma clínica especializada em jogos de azar de um grande centro médico para avaliação e tratamento.

Técnico de um time escolar suburbano de futebol americano, o sr. Zambrano tinha um filho de 5 anos. O paciente negou ter história psiquiátrica ou de abuso de substância anterior. Ele estava vestido de forma adequada e bem-arrumada, expressava-se fluentemente tanto em inglês quanto em espanhol, falava em tom e volume normais e, durante o exame, apresentou função cognitiva preservada e inteligência na média.

O sr. Zambrano fazia apostas em eventos esportivos e jogos de cartas desde a infância e indicou, durante a avaliação, que jogos com apostas “fazem parte de nossa cultura”. O passatempo preferido de seu pai, e que também funcionava como alívio para o estresse, eram jogos de pôquer com os ami-

gos à noite, de modo que o sr. Zambrano se lembrava com carinho dos momentos especiais entre pai e filho que compartilhavam. Para ele, o pôquer se tornou uma atividade familiar que realizava com cada vez mais frequência para aliviar o estresse relacionado ao trabalho. Ele adorava a excitação, o desafio intelectual e a competição.

Contudo, jogos de cartas não permaneceram sendo um passatempo inocente para o sr. Zambrano. Ele começou a perder mais dinheiro do que podia gastar. Ao longo dos dois anos anteriores, aumentou gradativamente a frequência e o risco de suas noites de pôquer. Quando perdia, apostava ainda mais, convencido de que teria sorte na vez seguinte. Quando ganhava, sentia-se fantástico e continuava a jogar, convencido de que estava em uma maré de sorte. Embora as perdas fizessem com que se sentisse inútil, tolo e irritável, acreditava que venceria se pudesse refinhar

sua estratégia. Sentia um impulso forte, quase constante, de aumentar o ritmo dos jogos e recuperar o dinheiro que havia perdido. Quando tentava reduzir o jogo, ficava irritável, obcecado, e logo retomava as noites de pôquer.

Quando o sr. Zambrano finalmente foi à clínica, já estava desesperado. Jogar pôquer todas as noites levou a uma fadiga diurna e ao baixo desempenho em seu trabalho como técnico, que antes ele adorava. Ele estava sendo consumido por pensamentos sobre a próxima partida de pôquer. A esposa e o filho há muito ressentiam-se do pouco tempo que ele lhes dedicava, mas ela havia recém descoberto que ele gastara toda a poupança destinada à faculdade do filho e acumulara uma dívida de US\$ 30 mil no cartão de crédito. Quando ela ameaçou entrar com um pedido de divórcio na justiça, ele sentiu-se triste, deprimido e resolveu buscar tratamento.

Diagnóstico

- Transtorno do jogo.

Discussão

O sr. Zambrano tem obsessão por jogar, apresenta um padrão recorrente de tentar recuperar o prejuízo e tem jogado com quantias de dinheiro cada vez maiores. Ele mente para a esposa sobre as perdas e colocou em risco seu relacionamento conjugal e o emprego. O sr. Zambrano demonstra pelo menos cinco dos nove critérios do DSM-5 para transtorno do jogo (quatro entre os nove são necessários para o diagnóstico).

Se o excesso de jogo é um sintoma de um episódio maníaco, o diagnóstico de transtorno do jogo não é estabelecido. Quando o episódio maníaco é o diagnóstico principal, o paciente normalmente joga mais devido ao contexto de excitação e grandiosidade e irá exibir outros sintomas de transtorno bipolar, como aumento da energia e redução da necessidade de sono. Quando o jogo é

usado como uma reação de enfrentamento mal-adaptativa, o indivíduo tende a se entregar a atividades de jogo principalmente durante estados negativos do humor, como ansiedade e depressão. O clínico também deve ter em mente que as perdas no jogo podem desencadear episódios de humor, geralmente transtornos da adaptação, embora transtorno depressivo maior e mania ou hipomania comórbidos também possam ocorrer. Uma avaliação da relação temporal entre os sintomas e a intensidade desses sintomas ajuda a estabelecer o diagnóstico principal. Neste caso, o sr. Zambrano negou todos os sintomas maníacos.

O sr. Zambrano foge um pouco à regra em sua negação de comorbidade psiquiátrica. Um grande percentual de pessoas com transtorno do jogo também apresenta transtorno por uso de substância, transtorno da personalidade, transtorno do humor e/ou transtorno de ansiedade. Como uma avaliação precisa de comorbidade é essencial para decisões de tratamento, é importante que o clínico investigue a possibilidade de que o sr. Zambrano esteja dando menos relevância a outra sintomatologia.

O caso do sr. Zambrano é mais típico por ter um pai que também era um jogador. Muitas pessoas com transtorno do jogo também relatam ter parentes de primeiro grau que jogam, embora não esteja claro o grau em que o comportamento é aprendido ou herdado geneticamente.

Leituras Recomendadas

- Black DW, Monahan PO, Temkit M, Shaw M: A family study of pathological gambling. *Psychiatry Res* 141(3):295–303, 2006
- Blanco C, Myers J, Kendler KS: Gambling, disordered gambling and their association with major depression and substance use: a Web-based cohort and twin-sibling study. *Psychol Med* 42(3): 497–508, 2012
- Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, et al: DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 38(9):1351–1360, 2008

Petry NM, Stinson FS, Grant BF: Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 66(5):564–574, 2005 Petry NM, Blanco C, Stinchfield R, Volberg R: An em-

pirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction* 108(3):575–581, 2013 Slutske WS, Zhu G, Meier MH, Martin NG: Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 67(6):624–630, 2010

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 17

Transtornos Neurocognitivos

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

Todos os transtornos neurocognitivos se caracterizam por déficits cognitivos adquiridos que se destacam. Esses transtornos cognitivos podem ser divididos em dois grupos abrangentes – *delirium* agudo e os transtornos neurocognitivos (TNCs) mais crônicos – sendo que cada um deles pode ser caracterizado mais detalhadamente.

O *delirium* se caracteriza por uma perturbação flutuante da atenção, da consciência e da cognição que se desenvolve de forma aguda e no contexto de um ou mais precipitantes fisiológicos identificados. Ele pode ser caracterizado mais detalhadamente em relação à sua duração, ao seu nível de atividade e à sua etiologia. Encontrado com maior frequência entre pacientes internados devido à condições médicas e/ou que abusam de substâncias, requer uma busca criteriosa da etiologia – é frequentemente multifatorial. Se o *delirium* for causado por

abstinência ou intoxicação por substância, o diagnóstico pertinente é *delirium*, comórbido com possíveis transtornos por uso de substância. Por exemplo, o quadro de um paciente pode ser codificado como *delirium* por abstinência de álcool, agudo, hiperativo, com transtorno por uso de álcool.

Além do *delirium* agudo, esse capítulo do DSM-5 também descreve transtornos neurocognitivos crônicos. Há dois aspectos da nomenclatura que podem causar confusão. Em primeiro lugar, a maioria dos transtornos neurocognitivos crônicos tem sido geralmente diagnosticada como demência. Embora ainda esteja em uso, o termo *demência* às vezes assume uma conotação pejorativa. Além disso, essa expressão pode se encaixar melhor nos transtornos que são progressivos e que afetam, com maior frequência, adultos mais velhos (p. ex., doença de Alzheimer) em vez do

declínio cognitivo abrupto e estático relacionado a um transtorno como lesão cerebral traumática (LCT).

O segundo aspecto é que o termo *neurocognitivo* implica uma ênfase em déficits cognitivos. Contudo, todos os TNCs envolvem múltiplos déficits, e o DSM-5 sugere que a avaliação de TNC inclua um exame de funções executivas complexas como atenção, aprendizagem e memória, linguagem, habilidade perceptiva visual construtiva e cognição social. Além disso, todos os TNCs podem ter componentes proeminentes de personalidade e de comportamento como aspecto mais visível e disfuncional da apresentação clínica.

Os transtornos neurocognitivos estão divididos nas categorias maiores e leves, com base no funcionamento cognitivo do indivíduo e em seu nível de independência prática.

O transtorno neurocognitivo maior está em conformidade com critérios utilizados anteriormente nas áreas de psiquiatria, medicina e neurologia e serve para identificar grupos de pessoas com déficits e necessidade de cuidados semelhantes.

O transtorno neurocognitivo leve, uma nova categoria no DSM-5, representa uma tentativa de identificar grupos de pacientes cujo comprometimento pode ser relati-

vamente sutil, porém significativo. Como ocorre em toda a área psiquiátrica, é necessário discernimento clínico para evitar uma “patologização” excessiva. Por exemplo, “lapses de memória” não são um TNC leve. Em vez disso, a intenção do diagnóstico de TNC leve é identificar pessoas cujos déficits prejudicam a qualidade de vida a ponto de justificar atenção clínica. Um segundo motivo para a criação do diagnóstico de TNC leve é o fato de que a maioria dos transtornos neurocognitivos maiores é inexoravelmente progressiva, e o esforço para reduzir seu impacto catastrófico provavelmente incluirá a identificação e o tratamento em um estágio inicial da progressão da doença.

Leituras Recomendadas

- Blazer D: Neurocognitive disorders in DSM-5. Am J Psychiatry 170(6):585–587, 2013
- Ganguli M, Blacker D, Blazer DG, et al: Classification of neurocognitive disorders in DSM-V: a work in progress. Am J Geriatr Psychiatry 19(3):205–210, 2011
- Weiner MF, Lipton AM (eds): Clinical Manual of Alzheimer Disease and Other Dementias. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012
- Yudofsky SC, Hales RE: Clinical Manual of Neuropsychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012

CASO 17.1

Disforia

John W. Barnhill

Um consultor psiquiátrico foi chamado para avaliar depressão em Victor Alvarez, um homem de 76 anos que parecia disfórico no dia seguinte a uma cirurgia para corrigir uma fratura do quadril. Era tarde da noite e ninguém na equipe de admissão estava disponível, mas um bilhete do assistente social no prontuário médico indicou que a fratura do paciente parecia ter sido resultado de um tropeço na bagunça de seu apartamento. O bilhete dizia, ainda, que o paciente não tinha filhos nem familiares vivos conhecidos.

A vizinha que havia levado o sr. Alvarez para o hospital afirmou que, nos últimos anos, o paciente ficara mais recluso e que seus cuidados pessoais se agravaram depois da morte da esposa há seis meses. Até o dia da cirurgia, no entanto, ele era capaz de funcionar independentemente em seu apartamento. A vizinha, uma enfermeira, também mencionou que, enquanto esperavam pela ambulância, seu marido fez companhia ao sr. Alvarez, e ela fez uma busca por embalagens de comprimidos no apartamento do paciente. Disse que encontrara apenas uma embalagem lacrada de acetaminofeno e uma embalagem empoeirada de medicamentos para hipertensão.

Os resultados dos exames laboratoriais de rotina na admissão indicaram que o sr. Alvarez tinha nível elevado de nitrogênio ureico no sangue, baixo nível de albumina

e volume corporcular médio no limite superior da normalidade. A pressão arterial era de 160/110. Além dos medicamentos relacionados à cirurgia, o prontuário indicava que ele havia sido medicado com 2 mg de haloperidol depois de um surto de agitação. Uma anotação da enfermagem, 1 hora depois da administração de haloperidol, indicou que o paciente estava “preocupado e rígido”.

Durante o exame de estado mental, o sr. Alvarez estava deitado em um ângulo de 45 graus na cama desarrumada. Parecia magro e tinha emaciação temporal moderada. Seu afeto era triste, preocupado e contido. Parecia rígido e desconfortável. Ele não respondeu imediatamente às perguntas e comentários do entrevistador. Seus olhos permaneceram fechados na maior parte do tempo, mas às vezes abriam e suas reações corporais indicavam que ele estava acordado. Depois de vários esforços, o psiquiatra conseguiu fazer o paciente dizer “estou bem” e “vá embora”. Quando indagado sobre onde estava, o sr. Alvarez respondeu “meu apartamento”. Quando finalmente abriu os olhos, ele parecia confuso. Não respondeu a outras perguntas e se recusou a fazer o teste de desenho do relógio. A equipe cirúrgica havia solicitado uma acompanhante, e ela afirmou que o paciente ou dormia ou tentava sair do leito e havia passado o dia sem dizer algo que fizesse sentido.

Diagnóstico

- *Delirium* não especificado.

Discussão

Embora as informações sejam limitadas, o sr. Alvarez realmente parece ter sofrido perturbação em seus níveis de consciência e atenção, de modo que esses problemas parecem agudos e diretamente relacionados à cirurgia e à hospitalização. Uma avaliação mais aprofundada poderia examinar de forma mais completa seu nível de consciência e capacidade de direcionar, focar, manter e mudar a atenção. Também propiciaria uma documentação mais criteriosa de déficits específicos de orientação, capacidade executiva, linguagem, percepção visual, aprendizagem e memória. No entanto, como frequentemente acontece em quadros agudos, esse psiquiatra precisa fazer um diagnóstico inicial com informações incompletas, e o sr. Alvarez parece satisfazer os critérios sintomáticos para *delirium*.

O *delirium* é comum entre pessoas hospitalizadas e particularmente frequente em vários subgrupos de pacientes, incluindo idosos após cirurgia do quadril. A equipe de tratamento costuma tratar *delirium* como um evento normal (p. ex., podem afirmar “quem não ficaria um pouco confuso em uma unidade de tratamento intensivo?”), o qual geralmente passa despercebido, a menos que a confusão seja acompanhada por agitação. Como ocorreu no caso do sr. Alvarez, o *delirium* com frequência é interpretado equivocadamente como depressão, uma vez que pacientes com qualquer um desses dois transtornos podem parecer tristes e preocupados. No entanto, como é válido para todos os transtornos neurocognitivos, o *delirium* pode afetar mais do que a cognição, de forma que estabelecer o diagnóstico é importante para reduzir acidentes e atrasos no tratamento, bem como para orientar o tratamento psiquiátrico.

O diagnóstico de *delirium* é um pouco incomum no DSM-5. Além de documen-

tar um curso flutuante e um conjunto de critérios sintomáticos, um diagnóstico de *delirium* do DSM-5 exige evidências que liguem diretamente a perturbação a uma disfunção fisiológica. Essa é uma exigência incomum. Embora os psiquiatras costumem buscar causas para uma ampla gama de transtornos, os diagnósticos do DSM-5 geralmente não requerem a busca de uma causa. No caso do sr. Alvarez, a única causa provável de *delirium* é uma fratura do quadril. Como essas lesões normalmente ocorrem em idosos e envolvem cirurgia, anestesia e analgésicos, elas causam *delirium* com maior frequência. O *delirium* do sr. Alvarez provavelmente é multifatorial, e o psiquiatra consultado deve investigar o prontuário médico na busca de outros fatores que contribuam para o quadro, os quais podem incluir medicamentos (p. ex., medicamentos anticolinérgicos), anormalidades laboratoriais (p. ex., anemia) e comorbidades médicas (p. ex., uma infecção).

Além de investigar o que é mais frequente, o clínico precisa buscar o que é mais perigoso. Talvez a abstinência de substância seja a possibilidade que demanda maior urgência. Se as informações fornecidas pela vizinha estiverem corretas – que não havia embalagens relevantes de medicamentos no apartamento – então é improvável que o sr. Alvarez esteja sofrendo de abstinência de medicamentos como benzodiazepínicos ou barbitúricos. Contudo, é possível que seu *delirium* seja efeito de abstinência de álcool. O psiquiatra não dispõe de uma história detalhada, mas os resultados laboratoriais dos exames do sr. Alvarez indicam um volume corporcular médio no limite superior da normalidade – com frequência um indicador de uso crônico de álcool –, e sua pressão arterial elevada poderia ser consequência de abstinência de álcool em vez da hipertensão sem tratamento sugerida pela embalagem empoeirada de medicamentos para pressão arterial que foram encontradas pela vizinha (a menos que esses comprimidos fossem destinados à esposa falecida).

O paciente estava agitado, um evento comum na abstinência de álcool, embora ele pareça estar, de modo geral, hipoativo, o que é mais típico de um *delirium* pós-operatório. Essa ambiguidade deve motivar o psiquiatra a buscar mais pistas (p. ex., proporção entre aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase, baixo nível de magnésio, outros sinais vitais elevados) e ter uma conversa direta com a vizinha (p. ex., para descobrir se ela encontrou garrafas vazias de álcool quando procurava por embalagens de remédios). Essas informações são cruciais porque o *delirium* por abstinência de álcool tem potencial catastrófico. No caso de o paciente ter um transtorno por uso de álcool significativo, o plano de tratamento precisa ser adaptado, porque o tratamento primário para abstinência de álcool é constituído por benzodiazepínicos, os quais costumam ser contraindicados em pacientes com *delirium* relacionado a cirurgia e com idade avançada.

Embora não sejam emergências em potencial, outros dois diagnósticos devem ser considerados no caso do sr. Alvarez. A vizinha indica que ele sofreu um declínio nos cuidados pessoais desde a morte da esposa. Embora o nível elevado de nitrogênio ureico no sangue sugira desidratação aguda, seu baixo nível de albumina e a emaciação temporal apontam para desnutrição, o que muitas vezes acompanha apatia e redução da funcionalidade. É possível, então, que o sr. Alvarez tenha ficado propenso a *delirium* devido a um transtorno neurocognitivo leve ou maior (i.e., demência) nos anos anteriores. Se ele tiver demência, não está claro qual tipo seria mais provável. A doença de Alzheimer

é o tipo mais comum de demência, mas a hipertensão aparente desse paciente também o coloca em risco de uma etiologia vascular primária ou comórbida com a doença de Alzheimer. Observa-se também que o paciente fica rígido após o uso de haloperidol para agitação, um resultado particularmente comum no declínio cognitivo relacionado ou à doença com corpos de Lewy ou à doença de Parkinson. Esclarecer, com precisão, a existência de uma demência, é improvável na noite da avaliação, mas a demência deve ser incluída no diagnóstico diferencial.

Outro diagnóstico que deve ser considerado é o de depressão. A esposa do paciente faleceu no ano anterior, e ele parece ter se isolado e ficado com funcionamento ruim. Embora seu declínio crônico possa definitivamente estar relacionado a um transtorno neurocognitivo, seria importante que o psiquiatra verificasse, de forma mais sistemática, sintomas depressivos quando o *delirium* desaparecer.

Na noite da avaliação, no entanto, o psiquiatra provavelmente limitaria o diagnóstico a *delirium* não especificado. O objetivo de uma busca mais detalhada ao longo das 12 a 24 horas seguintes seria evidenciar comorbidades como transtorno por uso de álcool, depressão e demência.

Leituras Recomendadas

- Fricchione GL, Nejad SH, Esses JA, et al: Postoperative delirium. Am J Psychiatry 165(7):803–812, 2008
 Trzepacz PT, Meagher DJ: Delirium, in Clinical Manual of Neuropsychiatry. Edited by Yudofsky SC, Hales RE. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012, pp 61–118

CASO 17.2

Agitado e Confuso

José R. Maldonado

Wesley Brown, um empresário branco, de 63 anos, foi encontrado inconsciente pela polícia e levado ao pronto-socorro (PS) de um grande hospital afiliado à universidade. O serviço de psiquiatria foi consultado sobre o manejo de “comportamento psicótico” no PS. A família do paciente relatou que, há aproximadamente duas semanas, ele exibia uma história de “comportamento estranho”. Conforme a irmã, o sr. Brown corria pela cozinha com facas, enviava *e-mails* de conteúdo paranoide sobre o sistema judiciário para amigos, exibia suas armas de fogo para os vizinhos, via pessoas nas paredes, tinha pensamentos paranoídeos de que sua esposa o traía, e não dormia. A esposa do paciente relatou seu desaparecimento três dias antes da internação. Seu carro foi encontrado a algumas quadras de distância com uma enorme caixa no bagageiro, cheia de medicamentos e contendo a vasta coleção de armas do paciente.

Os sinais vitais do sr. Brown estavam dentro dos limites normais. Seus registros médicos revelaram uma história de doença coronária arterial e enxerto de ponte de artéria coronária cinco anos antes da internação, bem como dores crônicas nas costas e várias cirurgias raquidianas, com uma história associada ao uso diário de opiáceos. Ele não tinha história psiquiátrica anterior, tampouco história de depressão ou uso de medicamentos antidepressivos. Seus medicamentos ambulatoriais incluíam

metoprolol, ciclobenzaprina e morfina (na forma de MS-Contin).

O exame físico revelou sedação intensa, midriase, sons intestinais hipoativos, retenção urinária, epistaxe e reflexos deprimidos. Uma tomografia computadorizada (TC) da cabeça resultou negativa, e uma TC da coluna cervical mostrou degeneração. O exame de álcool no sangue resultou negativo, e os resultados do hemograma completo e do painel metabólico abrangente estavam dentro dos limites da normalidade, assim como estavam um eletrocardiograma e o líquido cerebroespinal obtido por meio de punção lombar. O exame toxicológico de urina foi positivo para “benzodiazepínicos e tricíclicos”.

O exame de estado mental do sr. Brown revelou flutuação do estado de alerta (aumento e redução), aparência desgrenhada, ausência de cooperação com as equipes médicas e de enfermagem, fala ligeiramente arrastada e sinais de retardo psicomotor. Seu afeto se alternava entre quieto/sonolento e inquieto/agitado. Negou ideação suicida ou homicida, mas relatou ideação paranoide significativa concentrada na suspeita de um caso extraconjugal da esposa. Seu processo de pensamento era evidentemente tangencial. Ele negou alucinações tanto auditivas quanto visuais. Tinha prejuízo de julgamento e de *insight*. Durante a avaliação inicial, observou-se uma pontuação do paciente no Miniexame de Estado Mental de 16 dos 30 pontos possíveis. Per-

deu 7 de 10 pontos para orientação, 3 para atenção e cálculo, 2 para evocação e 1 para escrita de frase e cópia de desenho.

Diagnóstico

- *Delirium.*

Discussão

O sr. Brown foi encontrado inconsciente depois de um episódio de duas semanas de comportamento estranho e atípico, aparentemente de início repentina. De acordo com a esposa e a irmã, ele estava paranoide e ameaçador, brandindo facas e exibindo armas de fogo. Passou alguns dias desaparecido antes de ser levado ao PS. Seu exame de estado mental se destacou pela perturbação acentuada tanto da atenção como da consciência. Seu nível de atenção oscilou durante horas. Vários déficits cognitivos eram novos e pareciam não estar relacionados a outro transtorno neurocognitivo.

Embora alguém no PS tenha chamado seu comportamento de “psicótico”, o sr. Brown apresenta um *delirium* bastante clássico do DSM-5. Um critério de *delirium* costuma ser particularmente difícil de identificar: evidências a partir da história do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é causada pela consequência fisiológica de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância ou exposição a toxinas (ou uma combinação destes fatores).

O exame inicial do sr. Brown destacou um resultado positivo no exame toxicológico de urina para benzodiazepínicos e antidepressivos tricíclicos (ATCs). Seu exame físico revelou midríase, sons intestinais hipotáticos, retenção urinária, reflexos depri-midos e níveis variáveis de sedação. Esses resultados indicam um *delirium* por efeito anticolinérgico. Fontes potenciais de *delirium* anticolinérgico incluem benzodiazepínicos e ATCs (conforme indica o exame

toxicológico positivo do sr. Brown). Além disso, agentes opioides poderiam estar implicados, especialmente tendo em vista a história de dor crônica e uso de opioides do paciente. Embora o exame toxicológico do sr. Brown tenha sido negativo para opiáceos, opioides de ação breve podem ter precipitado o *delirium*, porém não constavam mais em seu sistema no momento em que chegou ao PS. Ele também tem uma história de longa duração de dor, que está associada tanto com o desenvolvimento quanto com a gravidade do *delirium*.

A presença de ATCs no exame toxicológico do sr. Brown é enigmática. Sua família insistiu que ele nunca havia tomado antidepressivos e seus registros pareciam confirmar a informação. Contudo, seus medicamentos incluíam a ciclobenzaprina, um relaxante de ação central de uso comum. Ela é muitas vezes usada para auxiliar na retirada de opioides. A ciclobenzaprina também apresenta estrutura tricíclica e compartilha muitas das características farmacológicas e efeitos psicoativos dos ATCs. O *delirium* do sr. Brown, portanto, provavelmente foi causado por uma combinação de ciclobenzaprina, opioides e benzodiazepínicos. A falta de sono pode ter sido resultado do *delirium* e então um fator que contribuiu para sua perpetuação.

Leituras Recomendadas

- Khan RA, Kahn D, Bourgeois JA: Delirium: sifting through the confusion. *Curr Psychiatry Rep* 11(3):226–234, 2009
- Maldonado JR: Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment. *Crit Care Clin* 24(4):657–722, 2008
- Maldonado JR: Pathoetiological model of delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Crit Care Clin* 24(4):789–856, 2008
- Tune L, Carr S, Hoag E, Cooper T: Anticholinergic effects of drugs commonly prescribed for the elderly: potential means for assessing risk of delirium. *Am J Psychiatry* 149(10):1393–1394, 1992

CASO 17.3

Deprimido e Retraído

Peter V. Rabins

Arthur Cullman, um homem de 71 anos, foi encaminhado a um psiquiatra por seu clínico geral para avaliação de sintomas depressivos que não haviam respondido à medicação. Sua esposa relatou que o sr. Cullman havia começado a mudar aos 68 anos, cerca de um ano após se aposentar. Ele havia, aos poucos, parado de jogar golfe e cartas, atividades que lhe deram prazer “durante décadas”. Explicou que ver seus amigos não era mais “divertido” e, de modo geral, recusava-se a socializar. Em vez disso, ele ficava no sofá o dia inteiro, preocupado com a situação financeira e o futuro. Contudo, negou tristeza e ideação suicida ou homicida. A esposa afirmou que ele dormia de 10 a 12 horas por dia em vez das 7 horas de costume, e que havia ganho 3,5 quilos em menos de um ano, o que era atípico.

A esposa ficou preocupada de que a aposentadoria tivesse deixado o sr. Cullman deprimido e mencionou seus receios a seu clínico geral, o qual concordou e receitou sertralina (titulada para 100 mg por dia durante 8 meses) e então venlafaxina de liberação sustentada (titulada para 150 mg duas vezes ao dia e mantida nesse nível durante mais de um ano). Os sintomas do sr. Cullman se agravaram gradativamente durante essas tentativas com medicação, e o médico por fim o encaminhou para uma avaliação psiquiátrica.

A história psiquiátrica anterior do sr. Cullman destacava-se por um episódio,

quando estava na faixa dos 20 anos, em que passou dificuldades no trabalho, ficou apático, desconectado e com má concentração. Esses sintomas persistiram durante vários meses e se resolveram sem tratamento quando sua situação de trabalho melhorou.

A história familiar do sr. Cullman era positiva para um único episódio de depressão maior em um de seus dois irmãos mais jovens; a depressão respondeu bem a psicoterapia com medicação antidepressiva. Além disso, sua mãe havia desenvolvido demência na faixa dos 70 anos.

A história pessoal do sr. Cullman revelou desenvolvimento e infância comuns, formatura na faculdade com diploma de administração de empresas, uma carreira de sucesso como gerente corporativo e aposentadoria aos 67 anos. Ele e a esposa estavam casados havia 45 anos, negaram desentendimentos significativos e tinham três filhos e quatro netos com boa saúde. Antes da doença, ele era extrovertido, cheio de energia e organizado.

A história médica do sr. Cullman se destacava por hipertensão, hiperlipidemia e diabetes melito tipo 2. Ele tomava lisinopril, metformina, simvastatina e venlafaxina.

O exame de estado mental revelou um homem alerta e cooperativo, bem-vestido e com marcha firme, porém lenta, sem movimentos anormais além de lentidão psicomotora. A fala do sr. Cullman tinha volume suave, mas velocidade e ritmo normais, sem erros parafásicos. Ele tinha uma gama limi-

tada de expressão emocional. Negou sentir-se triste ou culpado, mas achava que tinha se aposentado cedo demais. Negou sentimentos de culpa, desesperança e pensamentos ou planos suicidas. Estava ciente de que a esposa estava preocupada e reconheceu que tinha menos energia e estava menos ativo do que no passado. Atribuiu essas mudanças à aposentadoria. Afirmou que estava satisfeito, de modo geral, com sua vida.

Durante o exame cognitivo, o sr. Cullman estava orientado, exceto pela data. Lembrou-se de um entre três objetos após dois minutos, executou três de cinco subtrações de 7 em série de forma correta nomeou quatro objetos comuns de forma correta e repetiu uma frase complexa com precisão. Ele conseguiu desenhar a face de um relógio e colocar os números corretamente, mas não conseguiu colocar os ponteiros em 10 minutos depois das duas horas. Sua pressão arterial era de 142/82, e seu pulso era de 84 e regular. O exame físico não revelou nada fora do comum. O exame neurológico revelou nervos cranianos intactos e reflexos tendíneos profundos simétricos de 1+.

Diagnóstico

- Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer.

Discussão

Esse homem de 71 anos apresenta uma história de três anos de retração social gradativa. O sr. Cullman não respondeu a duas tentativas prolongadas de medicação antidepressiva, uma das quais não alcançou dosagem máxima (sertralina) e outra que alcançou uma dose moderadamente elevada (venlafaxina). Tinha um casamento e uma carreira bem-sucedidos, e a apatia de apresentação é uma mudança significativa de seus parâmetros de referência na vida inteira. Ele pode ter tido um episódio de depressão quando estava na faixa dos 20 anos, mas não há

confirmação disso. Ele apresenta história familiar de depressão em um dos irmãos e demência tardia na mãe. Os sintomas proeminentes no exame são lentidão, ausência de tristeza ou humor disfórico no autorrelato, ausência de preocupação quanto ao seu declínio, aumento do sono e um exame cognitivo que indica comprometimento da memória, da concentração e da matemática, bem como um desenho deficiente de relógio.

O diagnóstico diferencial no caso do sr. Cullman inclui demência primária (transtorno neurocognitivo) e depressão maior com apatia acentuada. Os fatores que sugerem depressão maior são a falta de interesse em atividades que anteriormente davam prazer, hipersonia e infelicidade com a aposentadoria.

O diagnóstico mais provável, contudo, é o transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, com apatia e perturbação do humor. Esse diagnóstico é confirmado pela presença de anormalidades de memória, da função executiva e da função visual espacial (desenho anormal do relógio) durante o exame. A história inclui um início gradual e progressão lenta, que é mais compatível com uma demência do que com depressão, assim como a ausência de uma alteração do humor relatada pelo paciente. Embora a doença de Alzheimer seja a causa mais provável do transtorno neurocognitivo, causas reversíveis de demência devem ser investigadas.

O DSM-5 melhorou a abordagem diagnóstica de demência de várias maneiras. Em primeiro lugar, não é mais necessário que haja comprometimento da memória, uma exigência adequada para doença de Alzheimer, mas não necessariamente para demência frontotemporal ou demência vascular. Ao enumerar um conjunto de prejuízos por domínio – atenção complexa, função executiva, aprendizado e memória, linguagem, perceptivo-motor e cognição social –, o DSM-5 amplia a compreensão do clínico quanto às manifestações multiformes dos transtornos neurocognitivos.

No entanto, infelizmente, o DSM-5 requer comprometimento em apenas um domínio, uma mudança não apenas diversa do DSM-IV, mas também da maioria das conceitualizações de demência que requerem prejuízos múltiplos. No DSM-IV e na CID, prejuízos em um único domínio, seja ele linguagem, percepção ou memória, eram identificados como comprometimentos específicos e classificados separadamente porque o diagnóstico diferencial que se aplica a eles é distinto do diagnóstico diferencial para comprometimentos múltiplos.

Uma segunda grande mudança é o uso de *transtorno neurocognitivo* como expressão abrangente. Isso se deu provavelmente para retirar o estigma do prejuízo cognitivo, porque acredita-se que a palavra *demenciado* seja pejorativa. O tempo dirá se essa mudança será amplamente adotada e ajudará pacientes e famílias a aceitar o diagnóstico e conduzir a uma melhora de cuidados ao remover as barreiras decorrentes de estigma. O termo *demência* ainda é incluído como uma descrição alternativa. Eu defendo a expressão tradicional porque *neurocognitivo* sugere que as manifestações são cognitivas e “neurológicas”, en-

quanto alterações no humor, experiência (alucinações e delírios) e comportamento (agitação, perambulação, apatia) também podem ser sintomas de demência.

Uma terceira mudança geral é a divisão em transtornos neurocognitivos maiores e leves. Essa mudança confirma o reconhecimento, nos últimos anos, de que muitos transtornos neurodegenerativos se desenvolvem de forma tão gradativa que prejuízos sutis estão presentes antes que o funcionamento fique comprometido. Essa delimitação será clinicamente relevante no futuro, quando estratégias preventivas dependerem da identificação de transtornos muito leves.

Leituras Recomendadas

- Blazer D: Neurocognitive disorders in DSM-5. Am J Psychiatry 170(6):585–587, 2013
- Rabins PV, Lyketsos CG: A commentary on the proposed DSM revision regarding the classification of cognitive disorders. Am J Geriatr Psychiatry 9(3):201–204, 2011
- Rosenberg PB, Onyike CU, Katz IR, et al: Clinical application of operationalized criteria for Depression of Alzheimer’s Disease.’ Int J Geriatr Psychiatry 20(2):119–127, 2005

CASO 17.4

Desgrehnada e Esgotada

George S. Alexopoulos

Betty Drucker, uma mulher branca, de 76 anos, apresentava humor triste, redução do interesse em atividades prazerosas, preocupação excessiva com sua situação financeira, sentimentos de insegurança ao interagir com outras pessoas e dificuldades de concentração e de lembrar-se de palavras. Ela havia reduzido suas interações sociais, parado de frequentar o centro de terceira idade e desistiu de seu jogo de cartas semanal porque não conseguia se concentrar nem memorizar as cartas. Havia perdido 3 quilos nos dois meses anteriores, e o sono era interrompido por períodos de insônia com ruminações angustiantes. Era a primeira vez que tinha sintomas psiquiátricos.

A sra. Drucker tinha hipertensão, hiperlipidemia e história de oclusão coronária, para a qual recebera um *stent*. Tomava hidroclorotiazida, o inibidor de receptores de angiotensina olmesartana, atorvastatina e aspirina de baixa dosagem. Fumava meio maço de cigarros por dia há, aproximadamente, 30 anos.

Durante o exame, a sra. Drucker estava desgrehnada e parecia esgotada, sem energia. Levou muito tempo para responder às perguntas. Tinha humor deprimido e ansioso, afeto triste e estava preocupada com sua situação financeira, mas podia ser tranquilizada temporariamente. Queixou-se de esquecimentos; conseguiu evocar dois entre quatro objetos em três minutos e identificou um terceiro quando foram

apresentadas várias escolhas. Em um minuto, conseguiu pensar em 14 itens disponíveis em um supermercado. Não conseguiu agrupar itens semelhantes. A sra. Drucker teve dificuldade em produzir uma lista de verduras alternada com peças de roupa; produziu 12 respostas corretas e 4 erros. Desenhou as horas de um relógio com espaçamento desigual, mas colocou os ponteiros de forma correta. Marcou 24 pontos no Miniexame de Estado Mental. Forneceu 22 respostas corretas no decorrer de um minuto no Teste de Stroop, o qual mede “inibição de resposta” ao solicitar que o indivíduo identifique a cor da tinta com a qual palavras não correspondentes estão escritas (p. ex., a palavra “VERMELHO” escrita em tinta azul).

Um exame neurológico não acrescentou dados relevantes. Uma tomografia computadorizada (TC) da cabeça revelou hiperintensidades de substância branca periventricular e subcortical.

Diagnósticos

- Transtorno depressivo maior.
- Transtorno neurocognitivo leve.

Discussão

Existem quatro questões que devem ser abordadas para caracterizar a síndrome da sra. Drucker: 1) Os sintomas e sinais depressivos são uma resposta ao estresse

crônico resultante de restrições sociais e limitações funcionais crescentes (DSM-5: transtorno de adaptação com humor deprimido)?; 2) A disfunção cognitiva é um aspecto transitório de uma síndrome depressiva (DSM-5: transtorno depressivo maior, episódio único)?; 3) O prejuízo cognitivo é um transtorno neurocognitivo em estágio inicial (DSM-5: transtorno neurocognitivo leve), possivelmente revelado ou acentuado pela síndrome depressiva (DSM-5: transtorno depressivo maior, episódio único)?; 4) Ambos os sintomas depressivos e cognitivos se devem a um evento neurológico subjacente, que afeta tanto a rede cognitiva como a do humor, que pode não evoluir para demência (DSM-5: transtorno depressivo devido a outra condição médica)? Algumas dessas questões podem ser abordadas por meio de uma avaliação clínica minuciosa, mas outras podem ser respondidas apenas depois que os sintomas depressivos desaparecerem ou após um acompanhamento de longo prazo.

Limitações funcionais crescentes e a necessidade de se adaptar a um novo e desconhecido estilo de vida frequentemente levam a sintomas de depressão e ansiedade. A maioria das reações induzidas por estresse consiste em humor deprimido, choro ou sentimentos de desesperança. Contudo, as reações a estresse crônico raramente surgem com sintomas em todos os cinco domínios da síndrome depressiva (i.e., humor, atividade motora, funções cíclicas, sintomas somáticos e perturbação de ideias). Quando elas realmente envolvem todos os domínios e causam sofrimento e disfunção consistentes, o paciente deve receber o diagnóstico de depressão maior, e o estresse crônico deve ser considerado como um fator desencadeador.

A disfunção cognitiva é parte integral da depressão maior tardia. A menos que exista uma lesão neurológica coexistente, como um transtorno neurocognitivo, a disfunção cognitiva de depressão tardia é leve. A atenção, os testes com limite de tempo e as funções cognitivas que reque-

rem esforço (p. ex., evocação verbal livre) são os aspectos mais prejudicados. O comprometimento da função executiva também é comum na depressão tardia e inclui desempenho anormal em tarefas de fluência semântica, organização semântica, iniciação de resposta, planejamento e sequenciamento. A disfunção executiva ocorre em até 40% dos pacientes idosos deprimidos e é um fator de risco para resposta fraca a antidepressivos. Pacientes com a síndrome de disfunção executiva da depressão nem sempre desenvolvem demência, mas a disfunção executiva costuma persistir mesmo quando a depressão desaparece.

Contudo, a depressão tardia costuma coexistir com um transtorno neurocognitivo. Mais de 20% dos pacientes com doença de Alzheimer desenvolvem depressão maior seja durante a fase pré-clínica ou durante os estágios iniciais e intermediários de demência. A depressão é ainda mais comum em pacientes com transtorno neurocognitivo vascular ou misto, demência com corpos de Lewy, degeneração lobar frontotemporal ou doença de Parkinson. Como parte de uma depressão grave, alguns pacientes idosos desenvolvem uma síndrome demencial cujos sintomas e sinais desaparecem com a melhora da depressão. Essa síndrome era vista como uma “pseudodemência” benigna. Entretanto, a melhora geralmente acaba sendo transitória, sendo que a pseudodemência depressiva tardia geralmente evolui para um transtorno neurocognitivo irreversível durante o acompanhamento de longo prazo.

A essa altura, a sra. Drucker parece estar mais próxima de satisfazer os critérios do DSM-5 tanto para depressão maior como para transtorno neurocognitivo leve com perturbações da memória e da função executiva. Seus fatores de risco vasculares (hipertensão, hiperlipidemia), a história de doença arterial coronariana e os resultados da TC sugerem uma contribuição vascular tanto para seus sintomas depressivos como para seus sintomas cognitivos.

Ao se supor que a síndrome da sra. Drucker tenha sido identificada corretamente (depressão maior e transtorno neurocognitivo leve), o diagnóstico diferencial deve se voltar para os fatores etiológicos mais prováveis que contribuem para a síndrome. O exame clínico deve se concentrar em causas comuns de depressão tardia e comprometimento cognitivo leve – ou seja, estágio inicial de doença de Alzheimer, demência vascular, demência mista, demência com corpos de Lewy, doença de Parkinson e demência frontotemporal. Uma história de tabagismo, hipertensão e doença arterial coronariana sugere uma contribuição vascular tanto para depressão maior como para sintomas cognitivos. O retardo psicomotor e a disfunção executiva reforçam ainda mais essa possibilidade porque os dois sintomas podem ser causados pelo comprometimento de estruturas mediofrontais e subcorticais devido a doença de pequenos vasos.

Outra possibilidade é que a sra. Drucker sofra de um misto de doença de Alzheimer e demência vascular em estágio inicial. A patologia cerebrovascular acelera a expressão clínica do processo da doença de Alzheimer. Na realidade, síndromes cognitivas de etiologia mista são mais comuns do que síndromes cogniti-

vas de etiologia exclusivamente vascular. No caso da sra. Drucker, os diagnósticos de demência com corpos de Lewy e demência da doença de Parkinson são pouco prováveis porque ela não apresenta sinais extrapiramidais ou instabilidade do sistema autônomo. Também é improvável o diagnóstico de demência frontotemporal em uma paciente com perturbação da memória na ausência de início de patologia da personalidade e desinibição comportamental.

Leituras Recomendadas

- Alexopoulos GS: The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biol Psychiatry* 60(12):1304–1305, 2006
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al: The course of geriatric depression with “reversible dementia”: a controlled study. *Am J Psychiatry* 150(11):1693–1699, 1993
- Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiosses DN, et al: Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability. *Arch Gen Psychiatry* 68(1):33–41, 2011
- Morimoto SS, Gunning FM, Kanellopoulos D, et al: Semantic organizational strategy predicts verbal memory and remission rate of geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 27(5):506–512, 2012

CASO 17.5

Rígido e Esquecido

James E. Galvin

Carl Estel, um homem destro de 74 anos, foi levado a uma avaliação neuropsiquiátrica depois de um declínio de vários anos marcado por rigidez, esquecimento e apatia. Sua esposa há tempos tentava levá-lo a uma avaliação e ficou desesperada o suficiente a ponto de recrutar os cunhados para levar o marido a essa avaliação.

A sra. Estel descreveu os problemas do marido como tendo iniciado quando ele se aposentou, aos 65 anos. Ele parecia ter ficado “mal-humorado” quase imediatamente, e ela conjecturou, na época, se ele estava ficando deprimido. Tornou-se atípicamente esquecido, perdia objetos e não pagava as contas. Tinha problemas com compromissos, medicamentos e cálculos. Recusava-se a consultar médicos quando ela pedia, até que sofreu um acidente de trânsito alguns anos antes dessa avaliação. Ao examiná-lo em busca de lesões leves, o médico afirmou que o acidente havia sido causado por desatenção e redução da percepção de profundidade, aconselhando o sr. Estel a parar de dirigir, pois ele poderia estar com uma demência inicial.

No decorrer do ano anterior, a situação piorou. Seguidamente o sr. Estel não conseguia se lembrar do resultado de partidas esportivas a que havia recém assistido pela televisão, embora sua memória melhorasse ao receber dicas. Recusava-se a realizar atividades como viajar e socializar, eventos que anteriormente lhe davam prazer. Era esportivo, mas parou de

fazer caminhadas na vizinhança depois de várias quedas. Desistiu de jogar cartas com os vizinhos porque as regras haviam se tornado confusas. Parecia deprimido e apático, mas geralmente dizia que estava bem. Seu julgamento e capacidade de solucionar problemas foram considerados fracos. Ex-empreiteiro hidráulico, com ensino superior completo, às vezes o sr. Estel parecia incapaz de operar eletrodomésticos. Todos esses problemas cognitivos pareciam oscilar, de forma que a esposa relatou que em alguns momentos ele era “quase como costumava ser”, enquanto em outros era “como viver com um zumbi, um zumbi deprimido”. Ela informou que o marido tinha sonolência diurna excessiva e frequentemente passava longos momentos com o olhar fixo. Relatou ainda que ela se sentia exausta.

Ao serem indagados sobre o sono, a sra. Estel relatou que nenhum dos dois dormia bem. Principalmente, afirmou, porque o marido “se mexia enquanto sonhava”. Ele dava socos e gritava e, eventualmente, caía da cama. Ela ficava machucada na manhã seguinte a esses episódios e decidiu que era mais seguro dormir no sofá. Esses episódios ocorriam várias vezes por mês. Ela lembrou que eles se iniciaram pouco tempo antes da aposentadoria, e naquela época imaginava que ele pudesse estar sofrendo de transtorno de estresse pós-traumático, mas não achava que ele tinha sofrido algum tipo específico de trauma.

Alguns anos antes, uma amiga lhe ofereceu um “comprimido para dormir” que havia ajudado o marido com demência. O sr. Estel reagiu ao medicamento com extrema rigidez e confusão, e a esposa quase o levou ao pronto-socorro no meio da noite.

A sra. Estel negou que o marido tivesse história de doença psiquiátrica. Ao ser indagada sobre sintomas psicóticos, afirmou que ele frequentemente parecia espantar coisas invisíveis no ar. Isso acontecia aproximadamente duas vezes por mês.

A história médica do sr. Estel era relevante em relação a hipercolesterolemia, doença cardiovascular com um *stent* e possíveis ataques isquêmicos transitórios. Sua história familiar era positiva para desenvolvimento de demência na mãe, na faixa dos 70 anos.

Durante o exame, o sr. Estel tinha a aparência de um homem curvado e rígido, que entrou no consultório arrastando os pés. Enquanto ouvia a esposa apresentar a história, ficou com o olhar fixo e parecia não prestar atenção ao conteúdo da conversa. Sua mão direita tremia. Parecia deprimido, mas ao ser indagado, disse que se sentia bem. Sua voz era tão baixa que as palavras frequentemente eram ininteligíveis mesmo quando o entrevistador se aproximava. Algumas vezes babou, sem perceber até a esposa limpar seu queixo.

Quando foi solicitado a realizar testes cognitivos, deu de ombros e disse: “Não sei”.

Diagnósticos

- Transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy.
- Transtorno comportamental do sono REM.

Discussão

O sr. Estel apresenta um declínio progressivo na cognição, particularmente nas áreas de atenção, capacidade executiva e habi-

lidades visuais espaciais. Esses sintomas representam uma mudança significativa a partir de seu padrão basal e interferem em seu funcionamento. Portanto, o paciente satisfaz os critérios para um transtorno neurocognitivo maior, ou demência.

A excelente história fornecida pela sra. Estel permite uma compreensão mais específica do transtorno neurocognitivo de seu marido. O primeiro sintoma do sr. Estel parece ter sido uma perturbação do sono caracterizada por movimentos violentos decorrentes de sonhos. A memória e o funcionamento executivo sofreram um declínio significativo; contudo, anos mais tarde, seu nível de consciência continua a flutuar no decorrer do dia. Alguns anos depois do declínio na memória, ele desenvolveu sintomas parkinsonianos. Começou a ter alucinações visuais aparentes, as quais continuam ocorrendo. Sua resposta a um “comprimido para dormir” desconhecido foi uma intensificação grave dos sintomas parkinsonianos e da aparente “confusão”. O sr. Estel, portanto, provavelmente tem um transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy (TNCMCL) conforme o DSM-5.

O TNCMCL (também conhecido como demência com corpos de Lewy) é diagnosticado, em indivíduos com um transtorno neurocognitivo, ao se avaliar três possíveis aspectos “essenciais” e dois aspectos “sugestivos” que são relativamente específicos para o TNCMCL. Um diagnóstico “provável” é estabelecido se o paciente apresenta dois aspectos essenciais ou um aspecto sugestivo com um ou mais aspectos essenciais. Para um diagnóstico “possível”, o indivíduo deve apresentar um aspecto essencial ou um ou mais aspectos sugestivos.

O primeiro aspecto essencial do TNCMCL é uma oscilação da cognição com variações pronunciadas na atenção e no estado de alerta. Embora algumas variações sejam observadas em outros transtornos neurocognitivos, a oscilação é mais pronunciada no TNCMCL do que, por

exemplo, na demência por doença de Alzheimer. As flutuações cognitivas não são simplesmente variações na memória, e sim representam alterações espontâneas de consciência, atenção ou concentração. Elas podem aumentar e diminuir em questão de minutos, horas ou dias, com sintomas como sonolência diurna excessiva, incluindo cochilos diários com mais de 2 horas de duração; conversa ou pensamento ilógico ou incoerente; e momentos frequentes de olhar fixo. A sra. Estel relata que seu marido às vezes é quase “como costumava ser”, mas em outros momentos é “um zumbi”. Além da cognição oscilante, o sr. Estel, assim como outros pacientes com TNCMCL, tende a apresentar déficits de memória que melhoram com pistas (como indicado com relação a evocação de eventos esportivos). Essa característica difere da doença de Alzheimer, na qual as pistas geralmente não auxiliam a lembrança.

Um segundo aspecto essencial são as alucinações visuais recorrentes. Embora o sr. Estel negue ter alucinações, a esposa relata que ele abana as mãos no ar, como se visse algo. Alucinações visuais (que os pacientes normalmente descrevem como pessoas, crianças ou animais pequenos) podem ser acompanhadas por alucinação em outras modalidades.

O sr. Estel também tem o terceiro aspecto essencial: seus sintomas parkinsonianos se desenvolveram dois anos depois do comprometimento cognitivo. Se esses sintomas tivessem se desenvolvido na ordem inversa, ele teria maior probabilidade de apresentar doença de Parkinson. O sr. Estel apresenta alguns dos aspectos típicos de parkinsonismo espontâneo: bradicinesia, rigidez (com ou sem presença de rigidez da roda dentada), instabilidade postural e tremor em repouso.

Ele também pode satisfazer os critérios para ambos os aspectos sugestivos listados no DSM-5 para o TNCMCL. Ele parece satisfazer os critérios para o transtorno comportamental do sono REM, o qual desenvolveu pouco antes da esposa perceber as

susas dificuldades cognitivas. O transtorno comportamental do sono REM é um sintoma prodrômico comum tanto da doença de Parkinson como do TNCMCL.

Um critério sugestivo final é a sensibilidade a medicamentos antipsicóticos. O sr. Estel desenvolveu confusão e exacerbação de seus aspectos parkinsonianos depois de tomar um “comprimido para dormir”, oferecido por uma amiga cujo marido tomava a medicação para demência. Embora seja difícil ter certeza de qual era o tipo de comprimido, há a possibilidade de que fosse uma medicação antipsicótica. Em caso positivo, o sr. Estel satisfaria o critério do TNCMCL de “sensibilidade neuroléptica grave”. A sensibilidade neuroléptica se caracteriza por rigidez excessiva com exposição a neurolépticos “clássicos” ou outros medicamentos antidopaminérgicos (p. ex., antieméticos). Pacientes afetados também apresentariam um aumento do risco de síndrome neuroléptica maligna.

Embora o TNCMCL seja o diagnóstico mais provável, outras possibilidades devem ser consideradas. A doença de Alzheimer é a demência mais comum, mas a presença de transtorno comportamental do sono REM indica uma sinucleinopatia como o TNCMCL, assim como o fato de que sua memória melhora com pistas. O sr. Estel apresenta aspectos parkinsonianos, e o transtorno comportamental do sono REM também está associado à doença de Parkinson, mas seus sintomas cognitivos começaram antes do transtorno do movimento, o que torna improvável que ele tenha doença de Parkinson. A doença cerebrovascular pode causar sintomas um pouco semelhantes, mas deve ser acompanhada por sinais neurológicos focais e/ou anormalidades em exames de imagem do encéfalo. O sr. Estel parece não ter história de doença psiquiátrica. Embora transtornos psiquiátricos primários possam surgir tardivamente, sua constelação de sintomas – cognitivos, motores, do sono e comportamentais – oferecem respaldo para um diagnóstico de transtorno neurocognitivo

em vez de um diagnóstico psiquiátrico primário como transtorno depressivo.

Leituras Recomendadas

Karantzoulis S, Galvin JE: Distinguishing Alzheimer's disease from other major forms of

dementia. *Expert Rev Neurother* 11(11):1579–1591, 2011

Mortimer AM, Likeman M, Lewis TT: Neuroimaging in dementia: a practical guide. *Pract Neurol* 13(2):92–103, 2013

CASO 17.6

Paranoia e Alucinações

Lorin M. Scher

Barbara J. Kocsis

Dorothy Franklin, uma ex-garçonete de 54 anos, foi levada para o pronto-socorro (PS) psiquiátrico pelo marido devido a delírios e alucinações visuais crescentes. O marido relatou que ela estava episodicamente agitada há 10 anos, atípicamente desconfiada há aproximadamente seis meses e, queixava-se de alucinações diárias durante um período de semanas a meses. A paciente se referia à experiência como “meu pesadelo” e explicou: “Eu vejo um juiz de pé na minha frente. Claro como o dia. Ele é um bom juiz, mas eu atiro bombas nele e não consigo parar. Estou apavorada!”. A paciente e o marido não conseguiam identificar um evento precipitante e negaram que ela tomasse medicamentos ou usasse substâncias ilícitas que pudessem desencadear essas experiências.

Quatro semanas antes desta avaliação, o marido da sra. Franklin a havia levado para um pronto-socorro porque os sintomas haviam “fugido ao controle” e “as alucinações a torturavam”. Na ocasião, os resultados de exames físicos e laboratoriais foram normais. Ela foi hospitalizada na unidade psiquiátrica, sendo diagnosticada com transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado; recebeu, então, baixa dosagem de risperidona e clonazepam. As alucinações vívidas diminuíram acentuadamente no prazo de dias após o início da administração dos medicamentos, e ela recebeu alta da unidade psiquiátrica depois de quatro dias. Durante algumas semanas não mencionou o juiz. Contudo, apesar da adesão à medicação, a mesma alucinação visual re-

apareceu e esteve presente de forma quase constante durante uma semana antes de seu retorno ao PS.

A sra. Franklin estava “absolutamente bem” até o início dos 40 anos. Nos 10 anos seguintes, consultou diversos psiquiatras devido a agitação, paranoia e agressividade eventual. Recebeu um novo diagnóstico de “esquizofrenia” quando completou 45 anos, mas a maioria dos outros diagnósticos era “não especificado”. Ela e o marido não conseguiram se lembrar dos nomes de todos os medicamentos psiquiátricos que lhe foram receitados ao longo dos anos, mas incluíram na lista medicamentos antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e estabilizadores do humor.

A sra. Franklin fumava meio maço de cigarros por dia há vários anos, mas raramente bebia álcool e nunca havia usado drogas recreativas. Trabalhou como garçonete durante 20 anos, mas se demitiu 10 anos antes da avaliação porque “derrubava bandejas”, confundia pedidos e se irritava facilmente. Por volta daquela época, foi presa por “bater em alguém” em um *shopping center*, de modo que ela e o marido decidiram que ela precisava reduzir seu nível de estresse.

A paciente tinha dois filhos adultos saudáveis no final da faixa dos 20 anos. Ela tinha uma irmã com “depressão e irritabilidade”. A mãe da paciente havia morrido 10 anos antes, com 70 anos. Ela esteve em uma cadeira de rodas durante anos devido a demência grave, instabilidade postural e movimentos involuntários. O avô materno da paciente “ficou doente” no final da faixa dos 50 anos e cometeu suicídio com uma arma de fogo aos 62 anos.

Durante o exame de estado mental, a sra. Franklin aparecia ter a idade declarada, com complexão delgada, bem-arrumada e com boa higiene. Ela estava sentada ao lado do marido, segurando sua mão e frequentemente olhando para ele quando o entrevistador fazia perguntas. Tinha lentidão psicomotora moderada e

movimentos involuntários perceptíveis, semelhantes a uma dança, do tronco e extremidades superiores. Seu contato visual era intermitente, porém intenso. A sra. Franklin descreveu seu humor como “nada bom”, e seu afeto estava embatido e minimamente reativo. O discurso era suave e lento, com espontaneidade mínima. Seu processo de pensamento era linear, mas lento. Ela estava obcecada por delírios paranoides e alucinações visuais. Relatou alucinação ativa durante a entrevista. Negou pensamentos ou planos suicidas e homicidas. Durante o exame cognitivo, estava alerta e orientada para pessoa, lugar e tempo. Tinha boa atenção e concentração, embora apresentasse comprometimentos significativos na memória tanto de curto quanto de longo prazo. Seu desempenho no Miniexame de Estado Mental e Teste do Desenho do Relógio revelou prejuízo moderado em tarefas visuais espaciais e de planejamento.

No PS, os primeiros resultados de testes, incluindo uma extensa bateria de exames, foram normais. A paciente foi admitida na unidade de internação psiquiátrica por medida de segurança e para exames mais detalhados de seus sintomas psicóticos.

Diagnóstico Inicial

- Transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado (uma avaliação mais aprofundada segue-se à discussão inicial).

Discussão Inicial

A sra. Franklin desenvolveu um transtorno psicótico com características múltiplas que indicam uma etiologia médica ou neuropsiquiátrica subjacente. O início foi relativamente tardio para uma psicose, por exemplo, e ela tem alucinações visuais, déficits cognitivos de início precoce e um grupo de sintomas neurológicos não específicos (fal-

ta de destreza, movimentos coreiformes e bradicinesia).

Causas médicas gerais de psicose são variadas, e incluem etiologias infecções, metabólicas, cerebrovasculares, epilépticas, desmielinizantes e degenerativas, bem como psicoses e síndromes tóxicas induzidas por substância. Depois de se estabelecer a improbabilidade do envolvimento de medicamentos e substâncias ilícitas, o paciente deve passar por uma bateria completa de exames médicos. No caso da sra. Franklin, deve-se prestar atenção especial a causas neuropsiquiátricas, ao se levar em conta seus crescentes prejuízos neurológicos e cognitivos.

Possíveis etiologias neuropsiquiátricas para os sintomas da sra. Franklin incluem a doença de Parkinson, demência com corpos de Lewy, doença de Huntington, epilepsia e esclerose múltipla.

A doença de Parkinson, que afeta 1% da população acima dos 50 anos, é definida por tremor, bradicinesia, rigidez e, em alguns pacientes, demência. A depressão é amplamente vivenciada por pacientes com doença de Parkinson, e psicose não chega a ser rara. Ademais, sabe-se que os fármacos anticolinérgicos e dopamínergicos usados para tratar a doença de Parkinson precipitam ou agravam a psicose. O transtorno neurocognitivo com corpos de Lewy (TNC-CL) é outra consideração relevante devido ao sintoma característico de alucinações visuais, junto de sintomas semelhantes à doença de Parkinson. A doença de Huntington é um transtorno autossômico dominante fatal que normalmente se manifesta na quarta ou quinta década da vida e é marcada por declínio cognitivo, sintomas motores e perturbação psiquiátrica. Sintomas psiquiátricos estão presentes em todo o curso da doença e incluem depressão, apatia, irritabilidade e psicose. Em pacientes como a sra. Franklin, epilepsia – em particular convulsões parciais complexas – deve sempre ser descartada com eletrencefalograma (EEG). Convulsões parciais

complexas podem se apresentar com sintomas semelhantes a ataques de pânico e alucinações breves, embora pacientes com epilepsia de longa data possam desenvolver sintomas psicóticos crônicos e incessantes. A esclerose múltipla, uma doença desmielinizante inflamatória, mais comum em mulheres, é frequentemente caracterizada por depressão, irritabilidade e déficits cognitivos, embora alucinações e delírios não sejam manifestações comuns.

Diagnóstico Final

- Transtorno neurocognitivo devido à doença de Huntington.

Discussão (*continuação*)

Depois que a sra. Franklin foi admitida na unidade psiquiátrica com um transtorno psicótico não especificado, ela foi submetida a uma ressonância magnética (RM) para descartar lesões na massa encefálica (p. ex., tumor ou acidente vascular cerebral) e processos desmielinizantes (p. ex., esclerose múltipla). A RM mostrou resultados normais, e o departamento de neurologia foi consultado para assistência diagnóstica e administração de EEG para avaliar um possível transtorno convulsivo; o EEG, porém, resultou negativo para atividade convulsiva.

Devido à natureza e ao curso de tempo dos sintomas da sra. Franklin, juntamente com sua história familiar de demência e perturbações psiquiátricas de início tardio, as equipes de psiquiatria e de neurologia ficaram preocupadas com a possibilidade de doença de Huntington. Depois de esclarecimentos à paciente e ao seu marido, ela concordou em se submeter a testes genéticos para doença de Huntington, e o resultado foi positivo. Depois de assistência psicosocial e manejo de medicamentos, ela e o marido foram encaminhados para uma clínica ambulatorial especializada na doença.

Leituras Recomendadas

- Beck BJ: Mental disorders due to a general medical condition (Chapter 21), in Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. Edited by Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, et al. Philadelphia, PA, Mosby/Elsevier, 2008
- Lancman M: Psychosis and peri-ictal confusional states. Neurology 53 (5 suppl 2):S33–S38, 1999

- Rosenblatt A, Leroi I: Neuropsychiatry of Huntington's disease and other basal ganglia disorders. Psychosomatics 41(1):24–30, 2000
- Scher LM, Kocsis BJ: How to target psychiatric symptoms of Huntington's disease. Current Psychiatry 11(9): 34–39, 2012
- Weintraub D, Hurtig HI: Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. Am J Psychiatry 164(10):1491–1498, 2007

CASO 17.7

Repentinamente Rebelde

Stuart C. Yudofsky

Robert E. Hales

Apenas depois da insistência constante e intensa dos pais, Emily, de 19 anos, concordou relutantemente em consultar um psiquiatra. “Não sou eu quem você deveria ver”, Emily declarou enfaticamente, “são os loucos dos meus pais que precisam de sua ajuda”. Ela não apresentou uma queixa principal além da preocupação de que seus pais a estavam deixando “louca”. Acrescentou: “tudo está ótimo na minha vida. Tenho vários amigos, saio quase todas as noites e sempre me divirto”.

Enquanto Emily “dava um tempo para o mundo real”, sua irmã estudava numa universidade de prestígio, o irmão mais novo tinha um ótimo rendimento acadêmico em uma escola particular de ensino

médio, e ambos os pais pareciam aproveitar suas carreiras como radiologistas. Ela perguntou: “Você não acha que já tem gente demais se esforçando na família?”

Emily concordou em deixar que os pais participassem da consulta, e eles contaram uma história diferente. Aos prantos, revelaram que a filha havia se tornado irritável, improdutiva e opositiva. Bebia até se intoxiciar todas as noites e, com frequência, não voltava para casa durante todo o fim de semana. Uma busca em seu quarto revelou pequenas quantidades de maconha, alprazolam (Xanax), cocaína e estimulantes vendidos com receita médica. Os pais descreveram as mudanças na personalidade de Emily como “um pesadelo adoles-

cente" e descreveram os amigos da filha como "fracassados que não fazem nada além de tingir o cabelo e fazer tatuagens, e que odeiam tudo". As atitudes e o comportamento de Emily contrastavam muito com o comportamento dos pais e irmãos. "Não nos importamos que ela esteja buscando o próprio caminho e que não seja conservadora como nós", seu pai afirmou, "mas agora ela está irreconhecível".

De acordo com os pais, o "pesadelo adolescente" de Emily havia começado quatro anos antes. Aparentemente ela era uma menina de 15 anos estudiosa, com ótimo senso de humor e um amplo círculo de "amigos maravilhosos". "Quase do dia para a noite" ela começou se afastar dos amigos antigos e preferia a companhia de "vagabundos e rebeldes". Começou a acumular multas de trânsito e detenções escolares. Em vez de sua curiosidade anterior, Emily demonstrava falta de interesse por todas as áreas acadêmicas, e suas notas caíram de A para D. Os pais estavam perplexos e não conseguiam explicar a mudança drástica e repentina.

A mudança abrupta no desempenho levou o psiquiatra a pedir que Emily passasse por uma bateria de testes neuropsicológicos para que os resultados pudessem ser comparados com os exames que havia feito quando solicitou a matrícula em uma escola particular de ensino médio vários anos antes. Sozinha, Emily refez dois testes para admissão no ensino médio: o System for Assessment and Group Evaluation (SAGE) (Sistema de Verificação e Avaliação de Grupo), que mede uma ampla gama de aptidões acadêmicas e de percepção, e o Differential Aptitude Tests (DAT) (Testes de Aptidão Diferencial), voltado para lógica, ortografia e habilidades de percepção.

No SAGE, sua pontuação média em percentil caiu dos 10% melhores para crianças de 13 anos para os 10% piores em idade adulta (e 20% piores para crianças de

13 anos). Quando Emily fez o DAT aos 13 anos, sua pontuação atingiu a faixa mais alta para alunos da 9ª série em praticamente todas as medições. Seu pior resultado havia sido em ortografia, no qual atingiu o segundo nível mais alto. Ao repetir o teste com 19 anos, ficou abaixo da média para ensino médio em todas as medidas.

Um eletrencefalograma (EEG), uma tomografia computadorizada (TC) do encéfalo, e imagens de RM enfatizadas em T2 não mostraram evidências de danos estruturais no encéfalo. Contudo, uma RM FLAIR (*fluid alterned inversion recovery*) enfatizada em T2 exibiu uma lesão evidente no córtex frontal esquerdo, altamente sugestiva de uma lesão anterior na região.

Em um questionamento mais detalhado sobre o período crítico em que parecia ter mudado, Emily admitiu ter sofrido um acidente de trânsito com seu ex-namorado, Mark. Embora ela não tivesse muitas memórias do episódio, lembrou-se de ter batido a cabeça e sentir cefaleias intensas durante várias semanas após o acidente. Como ela não estava sangrando e não houve danos no carro, Mark e Emily não contaram a ninguém sobre o acidente. Com a permissão de Emily, o psiquiatra entrou em contato com Mark, atualmente cursando faculdade em outra cidade, e que provou ser uma fonte confiável e disposta de informações. Ele se lembrava muito bem do acidente. "Emily bateu a cabeça com muita força no painel do meu carro. Ela não chegou a ficar totalmente inconsciente, mas estava bastante atordoada. Durante umas três horas falou muito devagar, reclamou que a cabeça doía muito e que estava confusa. Durante umas duas horas ela não sabia onde estava, que dia era nem que horas devia chegar em casa. Ela também vomitou duas vezes. Eu fiquei com muito medo, mas Emily não queria que eu deixasse seus pais preocupados porque eles são superprotetores. Depois, ela rompeu o namoro e nunca mais nos falamos".

Diagnósticos

- Transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática, com perturbação comportamental.
- Transtorno por uso de álcool.

Discussão

Sentindo-se pressionada pelos pais “superprotetores” para consultar um psiquiatra, Emily tenta enquadrar sua própria história como a de uma jovem sem ambições que está aproveitando sua juventude e se rebelando contra os rigores acadêmicos e sociais da família. Em contrapartida, os pais enfatizam uma mudança “do dia para a noite”, de uma menina agradável e estudiosa de 15 anos para a figura de “pesadelo”: mal-educada, academicamente inepta, que abusa de substâncias. O diagnóstico diferencial para uma mudança desse tipo é amplo, mas pode ser esclarecido por meio da história, informações colaterais e testes cognitivos.

O elemento fundamental para um diagnóstico preciso é a identificação da mudança, que parece ser um pouco diferente do que é normalmente explicado pelo início de um transtorno do humor, de ansiedade, ou por uso de substância. Essa identificação levou à decisão de testar novamente o desempenho de Emily nos testes de aptidão e rendimento escolar para ingresso no ensino médio, o que revelou um declínio drástico em sua pontuação. Uma indagação concentrada sobre a história revelou o acidente de carro, aspecto central do desenvolvimento dos sintomas de Emily.

No acidente, Emily sofreu uma lesão cerebral traumática (LCT). A história obtida a partir do motorista e da própria Emily indica que ela apresentou dois dos quatro critérios fundamentais para diagnóstico de LCT: ficou desorientada e confusa durante horas após o acidente e não se lembrava bem do ocorrido (amnésia pós-traumática). Apenas um critério é necessário para estabelecer o diagnóstico de LCT. Emily

aparentemente não perdeu a consciência, e não se indicaram sinais neurológicos na história. Embora exames de imagens cerebrais de rotina indicassem normalidade, uma RM FLAIR enfatizada em T2, realizada quatro anos depois, revelou uma lesão com “altamente sugestiva” de trauma no córtex frontal esquerdo.

Para um diagnóstico do DSM-5 de transtorno neurocognitivo devido a LCT, também deve haver evidências de declínio no funcionamento cognitivo do paciente. Emily satisfaça esse padrão; seu declínio é corroborado pela observação dos pais, pelos registros escolares e pelos testes de aptidão e rendimento escolar realizados antes e depois do ensino médio. É menos óbvio se seu transtorno neurocognitivo é considerado leve ou maior. A categoria mais grave costuma ser reservada para indivíduos cujos déficits interferem com atividades da vida cotidiana, como pagamento de contas e manejo de medicamentos. A categoria leve se destina a pessoas com prejuízos mais modestos. Os resultados dos testes de Emily refletem um declínio dramático, dos 10% melhores percentis para os 10% piores. Para Emily e sua família, essa queda provavelmente seja percebida como catastrófica. Mesmo assim, o fato de que ela consegue se vestir, dirigir e socializar parece indicar que o diagnóstico mais apropriado seja transtorno neurocognitivo leve devido a LCT. Embora o DSM-5 inclua um especificador de perturbação comportamental para transtorno neurocognitivo maior, ele exclui o uso de um código para um especificador de perturbação comportamental no transtorno neurocognitivo leve; ainda assim, a perturbação comportamental deve ser indicada por escrito.

O caso de Emily reflete dois desafios peculiares do diagnóstico neuropsiquiátrico. Em primeiro lugar, embora alguns transtornos neuropsiquiátricos apresentem início repentino e dramático, vários outros são mais insidiosos. Em alguns casos – como o de Emily –, a lesão pode ter sido aguda, mas a conexão entre o

transtorno neuropsiquiátrico subjacente e a apresentação dos sintomas é obscura. Embora a LCT tenha sido um evento agudo com sequelas acadêmicas e sociais abruptas, Emily não ficou visivelmente machucada e manteve muitas de suas habilidades verbais. Em vez de um reconhecimento imediato dos déficits, a escola e a família ficaram perplexas com o comportamento disruptivo, o declínio acadêmico e as mudanças de personalidade.

Em segundo lugar, pode ser difícil determinar se os sintomas de apresentação são efeitos diretos ou secundários da lesão cerebral, ou uma combinação dos dois. A lesão no córtex frontal de Emily teve um impacto cognitivo significativo, e ela não consegue mais alcançar seus padrões habituais. A lesão no córtex pré-frontal também pode ter afetado diretamente seu controle dos impulsos, o funcionamento executivo, o discernimento social e a capacidade de entender e aplicar conceitos abstratos.

Os fracassos acadêmico e interpessoal resultantes teriam mudado a maneira como ela era vista pelos pais, professores e colegas, assim como o modo com que ela via a si mesma. Sem saber que sofria de uma LCT, Emily não conseguiu manter sua posição entre as “pessoas que se esforçam” na família e em seu grupo de pares, voltando-se para uma confraria de “vagabundos e rebeldes”, um grupo que pode tê-la ajudado a recuperar um sentimento de pertencimento. Emily começou a usar álcool e substâncias ilícitas mais ou menos ao mesmo tempo, o que leva a outros questionamentos: ela o fez para melhorar sua cognição (p. ex., com estimulantes), para reduzir a ansiedade (p. ex., com *Cannabis*) ou somente para ter o “barato”? Ela usou substâncias para se convencer de que sua cognição e as alterações de personalidade estavam sob seu controle ou para se encaixar melhor em uma subcultura de excluídos que praticamente exige o uso de substâncias?

Em outras palavras, o que é fenômeno e o que é epifenômeno? As mudanças impressionantes na personalidade de Emily

foram resultado direto de sua LCT ou elas foram reações disfuncionais a estresses psicossociais produzidos por seu comprometimento cognitivo? Ou, talvez, houve uma interação complexa entre essas mudanças, acompanhada pelo aumento de estresses e oportunidades da adolescência?

Pode ser difícil aprofundar todos os fatores que podem ter contribuído para a situação atual de Emily, mas é importante identificar condições comórbidas que podem exacerbar ainda mais seus déficits cognitivos e questões de personalidade. A identificação de transtornos por uso de substância é importante, mas também é crucial buscar por transtornos no espectro do DSM-5, especialmente transtornos do humor e de ansiedade. Esclarecer essas questões provavelmente será importante para o desenvolvimento de um tratamento eclético e flexível para essa jovem, e também para a família preocupada.

Leituras Recomendadas

- Lee H, Wintermark M, Gean AD, et al: Focal lesions in acute mild traumatic brain injury and neurocognitive outcome: CT versus 3T MRI. *J Neurotrauma* 25(9): 1049–1056, 2008
- McAllister TW: Mild brain injury, in *Textbook of Traumatic Brain Injury*, 2nd Edition. Edited by Silver JM, McAllister TW, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2011, pp 239–264
- Ruff RM, Iverson GL, Barth JT, et al: Recommendations for diagnosing a mild traumatic brain injury: a National Academy of Neuropsychology Education paper. *Arch Clin Neuropsychol* 24(1):3–10, 2009
- Silver JM, McAllister TW, Arciniegas DB: Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 166(6):653–661, 2009
- Yudofsky SC: Getting help, in *Fatal Flaws: Navigating Destructive Relationships With People With Disorders of Personality and Character*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp 461–474
- Yudofsky SC, Hales RE: Neuropsychiatry: back to the future. *J Nerv Ment Dis* 200(3):193–196, 2012

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 18

Transtornos da Personalidade

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

Personalidade é o padrão permanente de comportamento e experiência interior. Permeia o modo como pensamos, sentimos e agimos, e molda a forma como vemos a nós mesmos e às pessoas a nossa volta. Quando pensamos em quem somos, costumamos pensar na personalidade como a característica essencial que nos define.

Psiquiatras e outros profissionais da área da saúde mental passam uma quantidade considerável de tempo pensando sobre a personalidade e as formas pelas quais as personalidades disfuncionais causam sofrimento e disfunção em indivíduos e nas pessoas que os rodeiam. Os transtornos da personalidade são, de certa maneira, tão complexos quanto a humanidade, a qual é cheia de idiossincrasias, conflitos mal-resolvidos e complexidades impossíveis de serem conhecidas.

Assim como vários outros sistemas complexos, no entanto, as personalidades e os transtornos da personalidade têm a propensão de se encaixarem em padrões e, durante muito tempo, clínicos e pesquisadores da personalidade, oriundos de uma grande variedade de áreas, têm buscado o santo graal: um sistema nosológico que seja, ao mesmo tempo, simples de usar e sofisticado o suficiente para capturar as nuances e os paradoxos da personalidade humana.

Tradicionalmente, a área da psiquiatria conceitualiza os transtornos da personalidade de forma categórica, de modo a refletir síndromes clínicas distintas. Em outro paradigma, os transtornos da personalidade são conceitualizados de forma dimensional, como variantes disfuncionais de traços da personalidade humana que existem em uma escala de mal-adaptativo a normal. Como parte do processo de desenvolvi-

mento do DSM-5, uma equipe de pesquisadores da personalidade explorou formas variadas de incorporar os dois paradigmas, de modo que o resultado foi um novo modelo híbrido categórico-dimensional.

Depois de um debate acirrado entre membros da equipe, o texto do DSM-5 inclui o modelo tradicional de categorias de transtornos da personalidade, bem como o novo modelo híbrido categórico-dimensional. A perspectiva categórica tradicional foi incluída no corpo principal do texto, enquanto o modelo alternativo do DSM-5 para transtornos da personalidade é descrito na Seção III, "Modelos e Medidas Emergentes". Essa decisão significa que os 10 transtornos da personalidade do DSM-IV – e seus critérios – continuam basicamente inalterados. A mudança principal é que, devido à remoção do sistema de eixos, os transtornos da personalidade não são mais listados separadamente dos outros diagnósticos do DSM-5.

Para entender melhor as semelhanças e as diferenças entre os dois modelos, pode ser útil investigar a forma como os dois sistemas diagnósticos do DSM-5 recomendam que um clínico avalie um paciente com, por exemplo, transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC). Da perspectiva categórica, o indivíduo deve receber um diagnóstico de TPOC quando determinados critérios forem satisfeitos. Em primeiro lugar, o clínico deve identificar um padrão disfuncional persistente de, por exemplo, perfeccionismo à custa de flexibilidade. O clínico, então, identificaria pelo menos quatro entre sete critérios sintomáticos específicos (obsessão com listas, incapacidade de delegar tarefas, teimosia, etc.) e buscariá transtornos que possam ser responsáveis pelos mesmos sintomas (e que poderiam levar ou à codificação apenas do outro diagnóstico, como quando a esquizofrenia causa sintomas semelhantes aos encontrados em TPOC, ou à codificação dos dois diagnósticos, como quando a pessoa também satisfaz os critérios para outro transtorno da personalidade).

O novo modelo híbrido do DSM-5 rearranja os 10 transtornos da personalidade do DSM-IV em uma lista de seis categorias redefinidas (*antisocial*, *evitativa*, *borderline*, *narcisista*, *obsessivo-compulsiva* e *esquizotípica*). Para cada uma das seis, o modelo híbrido exige duas avaliações. A primeira envolve determinar se o indivíduo tem um prejuízo significativo em pelo menos duas entre quatro áreas de funcionamento da personalidade: identidade, autodireção, empatia e intimidade. Para cada um dos seis transtornos da personalidade, essas especificações são diferentes. Por exemplo, para se qualificar para TPOC, pode-se descobrir que um indivíduo tem prejuízo significativo do senso de *self* derivado excessivamente do trabalho (identidade) e da rigidez e da teimosia que afetam os relacionamentos de forma negativa (intimidade).

O novo modelo híbrido, então, requer uma avaliação de traços da personalidade de que são divididos em cinco domínios abrangentes. Conforme mostrado na Tabela 18-1, esses traços e domínios existem em um espectro; por exemplo, para um dos cinco domínios de traços, o antagonismo se encontra em uma extremidade do espectro, enquanto na outra está a afabilidade. Esses cinco domínios de traços abrangentes são novidade para muitos psiquiatras, mas eles têm sido estudados rigorosamente durante várias décadas na psicologia acadêmica, sob a rubrica de "Modelo dos Cinco Fatores", cujas dimensões da personalidade incluem neuroticismo, extroversão, socialização, conscienciosidade e abertura à experiência. Para cada uma dessas dimensões de personalidade, há agrupamentos de traços de personalidade relacionados. Aplicado a uma pessoa específica, o Modelo dos Cinco Fatores pode atribuir uma pontuação percentual para cada traço. Por exemplo, a pessoa hipotética com TPOC pode pontuar no percentil 95 para conscienciosidade e no percentil 5 para abertura. O DSM-5 adaptou essas dimensões e traços de personalidade para proporcionar um foco mais específico no transtorno psiquiátrico.

TABELA 18-1 Modelo alternativo do DSM-5: domínios de traços patológicos da personalidade

| Domínio negativo | | Domínio positivo |
|--------------------------|-----|--------------------------------|
| Afetividade negativa | vs. | Estabilidade emocional |
| Desvinculação | vs. | Extroversão |
| Antagonismo | vs. | Socialização |
| Desinibição ^a | vs. | Conscienciosidade ^a |
| Psicoticismo | vs. | Lucidez |

^a Ambos os extremos desse domínio são considerados patológicos

Um total de 25 traços patológicos específicos de personalidade estão incluídos sob a égide desses cinco domínios de traços negativos. Para cada um dos transtornos da personalidade, o DSM-5 exige que o indivíduo demonstre a maioria dos traços típicos de personalidade. Por exemplo, o paciente com TPOC deve demonstrar perfeccionismo rígido (um aspecto do domínio de conscienciosidade) bem como pelo menos dois dos seguintes três traços: perseveração (um aspecto de afetividade negativa), esquiva de intimidade (um aspecto de desvinculação) e afetividade restrita (também um aspecto de desvinculação).

O modelo híbrido do DSM-5 também determina que traços específicos podem ser registrados mesmo que não sejam identificados como parte de um transtorno da personalidade diagnosticado (p. ex., hostilidade, um traço associado ao domínio de afetividade negativa, poderia ser listado junto a qualquer diagnóstico do DSM-5 e não ser considerado apenas um traço associado a, digamos, transtorno da personalidade antissocial).

Os dois modelos do DSM-5 apresentam vantagens e desvantagens. O novo modelo híbrido do DSM-5 pode contribuir para uma compreensão mais cheia de nuances do pacientes, e sua abordagem aproveita décadas de pesquisas sobre personalidade. Sua complexidade atual, no entanto, pode intimidar mesmo os clínicos mais experientes, e o uso de um novo sistema redu-

zia potencialmente a utilidade de dados existentes de pesquisa dentro da área da psiquiatria.

O paradigma categórico tradicional foi criticado por apresentar comorbidade excessiva, heterogeneidade dentro dos próprios transtornos e pelo fato de que um dos diagnósticos da personalidade mais comuns no passado era “transtorno da personalidade sem outra especificação”, o qual ganhou uma tentativa fraca de esclarecimento pelo uso no DSM-5 de “outro transtorno da personalidade especificado” e “transtorno da personalidade não especificado”. No entanto, a abordagem categórica é relativamente simples de usar, se parece com o DSM-IV, e segue a estrutura de categorias usada no resto do DSM-5. Também é o modelo de personalidade incluído no corpo principal do texto do DSM-5 e, como tal, continua sendo a perspectiva oficial da American Psychiatric Association sobre transtornos da personalidade.

Leituras Recomendadas

MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ: The Psychiatric Interview in Clinical Practice, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006

Michels R: Diagnosing personality disorders. Am J Psychiatry 169(3):241–243, 2012

Shedler J, Beck A, Fonagy P, et al: Personality disorders in DSM-5. Am J Psychiatry 167(9):1026–1028, 2010

Skodol AE, Bender DS, Oldham JM, et al: Proposed changes in personality and persona-

lity disorder assessment and diagnosis for DSM-5, part II: clinical application. Personal Disord 2(1):23–30, 2011
 Skodol AE, Clark LA, Bender DS, et al: Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-

5, part I: description and rationale. Personal Disord 2(1):4–22, 2011

Westen D, Shedler J, Bradley B, DeFife JA: An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. Am J Psychiatry 169(3):273–284, 2012

CASO 18.1

Conflitos de Personalidade

Larry J. Siever
 Lauren C. Zaluda

Frazie Archer era um homem branco, de 34 anos, que entrou em contato com um programa de pesquisa sobre transtornos do humor e da personalidade porque um ex-amigo uma vez lhe disse que ele era “borderline”. O sr. Archer, então, quis saber mais sobre seus conflitos de personalidade.

Durante as entrevistas de pesquisa diagnóstica o sr. Archer relatou situações regulares, quase diárias, nas quais tinha certeza de que estava sendo enganado ou que era alvo de mentiras. Desconfiava especificamente de pessoas em posições de liderança ou que haviam estudado psicologia e, portanto, tinham “treinamento para compreender a mente humana”, utilizando-se disso para manipular pessoas. Ao contrário das pessoas à sua volta, o sr. Archer acreditava que não era “um maria-

vai com as outras” e conseguia perceber manipulação e fraude.

O sr. Archer era extremamente detalhista no trabalho e tinha dificuldade em delegar e completar tarefas. Vários empregadores lhe disseram que ele se fixava demais nas regras, listas e pequenos detalhes e que ele precisava ser mais simpático. Teve vários empregos ao longo dos anos, mas acrescentou rapidamente: “Pedi demissão com a mesma frequência com que era despedido”. Durante a entrevista, defendeu seu comportamento, afirmando que, ao contrário de várias pessoas, ele entendia que o valor da qualidade superava o da produtividade. A desconfiança do sr. Archer contribuía para seu “mau humor” e “altos e baixos” emocionais. Socializava apenas “superficialmente” com um punha-

do de conhecidos e conseguia se lembrar dos momentos exatos em que seus “supostos amigos e amantes” o traíram. Ele passava a maior parte do tempo sozinho.

O sr. Archer negou história significativa de trauma, problemas atuais ou antigos com uso de substância e qualquer tipo de traumatismo cerebral ou perda de consciência. Negou também história de diagnóstico ou tratamento de saúde mental, mas relatou que achava que podia ter um diagnóstico de saúde mental que ainda não havia sido diagnosticado.

Durante o exame de estado mental, o sr. Archer estava bem-arrumado, cooperativo e orientado. Sua fala variava; às vezes fazia pausas para pensar antes de responder às perguntas, o que tornava a velocidade de seu discurso um pouco lenta. Seu tom também variou significativamente quando abordava situações que o deixavam zangado, e muitas de suas respostas eram longas, dispersivas e vagas. Contudo, parecia coerente, de modo geral, e não demonstrou transtorno da percepção. Seu afeto era eventualmente inadequado (p. ex., sorria enquanto chorava), mas geralmente contido. Relatou apatia quanto a viver ou morrer, mas não relatou ideação suicida ou ideação homicida ativa.

Um fato de destaque foi quando o sr. Archer ficou irritado e verbalmente agressivo com a equipe de pesquisa ao ser informado de que, embora pudesse receber um retorno verbal sobre suas entrevistas, não receberia uma cópia dos questionários preenchidos ou das ferramentas diagnósticas. Comentou que iria documentar em seus registros pessoais que a equipe de pesquisa lhe havia recusado a devolução dos formulários.

Diagnósticos

- Transtorno da personalidade paranoide.
- Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Discussão

O sr. Archer descreve um padrão antigo, inflexível e disfuncional de lidar com o mundo. Demonstra permanente desconfiança e suspeita. Acredita que os outros o exploram ou o enganam; duvida da lealdade de amigos; guarda rancores; e constantemente desconfia da fidelidade de parceiros sexuais. Esse grupo de sintomas o qualifica para transtorno da personalidade paranoide (TPP) do DSM-5.

Um segundo grupo de traços de personalidade está relacionado à obsessão do sr. Archer com perfeccionismo e controle. Ele se concentra excessivamente em regras, listas e detalhes. É inflexível e incapaz de delegar tarefas. Além de TPP, ele apresenta um transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC).

Em qualquer um dos transtornos da personalidade, é importante excluir os efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica; nenhuma dessas parece provável no caso do sr. Archer, que negou todo tipo de abuso de substância, doença médica e lesão cerebral. Ademais, seus padrões de comportamento parecem ser permanentes e não relacionados a uma mudança de grande porte em suas circunstâncias de vida ou a outro transtorno psiquiátrico.

Não é de se estranhar que, além dos diagnósticos de TPP e TPOC, o sr. Archer satisfaça critérios parciais para outros transtornos da personalidade, incluindo transtornos da personalidade esquizotípica, *borderline*, narcisista e evitativa. Os transtornos da personalidade são frequentemente comórbidos, e, se um paciente satisfaz os critérios para mais de um transtorno, cada um deles deve ser registrado. O TPP, em particular, dificilmente tende a ser um diagnóstico isolado, seja em populações clínicas ou de pesquisa. O TPP é frequentemente comórbido com o transtorno da personalidade esquizotípica e/ou outros transtornos do espectro da esquizo-

frenia, um achado atribuível à sobreposição de critérios relacionados à paranoia. No caso do sr. Archer, instabilidade emocional, ansiedade, raiva e arrogância são sintomas frequentemente encontrados em um grupo de personalidades que inclui o transtorno da personalidade *borderline* e o transtorno da personalidade narcisista. Devido à relativa raridade do TPP como um transtorno “isolado”, pesquisas atuais indicam a possibilidade de que alguns transtornos da personalidade, entre eles o TPP, podem ser combinados para criar diagnósticos mais inclusivos. A paranoia, então, passaria a ser usada como um especificador ou modificador de outros transtornos. Contudo, essa não é a realidade do DSM-5, e o TPP deve continuar sendo listada como uma condição comórbida quando os critérios forem satisfeitos.

Uma segunda questão diagnóstica de interesse relacionada ao TPP é a preocupação existente, entre alguns clínicos, de que diagnosticá-lo seja equivalente a tentar identificar um estágio inicial de esquizofrenia. Existem evidências genéticas, neurobiológicas, epidemiológicas e sintomáticas de que o TPP, assim como o transtorno da personalidade esquizotípica, está relacionado à esquizofrenia e integra o espectro da esquizofrenia. Contudo, o TPP não é um precursor de esquizofrenia, e seus sintomas não são indicativos de uma fase prodromica desse transtorno. A esquizofrenia prodromica é mais bem caracterizada por sintomas psicóticos iniciais, incluindo pensamentos e comportamento desorganizados, enquanto os padrões de pensamento no

TPP geralmente são mais semelhantes aos do transtorno delirante e dos transtornos do pensamento relacionados.

Leituras Recomendadas

- Berman ME, Fallon AE, Coccaro EF: The relationship between personality psychopathology and aggressive behavior in research volunteers. *J Abnorm Psychol* 107(4):651–658, 1998
- Bernstein D, Useda D, Siever L: Paranoid personality disorder, in *The DSM-IV Personality Disorders*. Edited by Livesley WJ. New York, Guilford, 1995, pp 45–57
- Kendler KS: Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: a historical perspective. *Schizophr Bull* 11(4):538–553, 1985
- Kendler KS, Neale MC, Walsh D: Evaluating the spectrum concept of schizophrenia in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry* 152(5):749–754, 1995
- Siever LJ, Davis KL: The pathophysiology of schizophrenia disorders: perspectives from the spectrum. *Am J Psychiatry* 161(3):398–413, 2004
- Siever LJ, Koenigsberg HW, Harvey P, et al: Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder. *Schizophr Res* 54(1–2):157–167, 2002
- Thaker GK, Ross DE, Cassady SL, et al: Saccadic eye movement abnormalities in relatives of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 45(3):235–244, 2000
- Triebwasser J, Chemerinski E, Roussos P, Siever L: Paranoid personality disorder. *J Pers Disord* August 28, 2012 [publicação eletrônica anterior ao prelo]
- Zimmerman M, Chelminski I, Young D: The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am* 31(3):405–420, 2008

CASO 18.2

Estranhamente Isolado

Salman Akhtar

Grzegorz Buchalski era um homem branco, de 87 anos, levado ao pronto-socorro (PS) psiquiátrico por paramédicos depois que os vizinhos os chamaram ao perceber um cheiro estranho. Aparentemente, sua irmã de 90 anos havia morrido alguns dias antes em decorrência de uma doença prolongada. O sr. Buchalski demorou para registrar sua morte por vários motivos. Ele havia ficado cada vez mais desorganizado com a deterioração da saúde de sua irmã e estava preocupado de que o proprietário do apartamento que alugavam usasse o estado do local como pretexto para despejo. Ele havia tentado limpar tudo, mas suas tentativas consistiam basicamente em mudar objetos de um lugar para outro. Afirmou que estava prestes a pedir ajuda quando a polícia e os paramédicos apareceram.

No PS, o sr. Buchalski admitiu que sua atitude era estranha e que devia ter pedido ajuda mais cedo. Às vezes, ficava choroso ao falar sobre a situação e a morte da irmã; outras vezes, parecia indiferente e abordava os mesmos assuntos de forma calma e factual. Também quis esclarecer que o apartamento realmente estava bagunçado, mas grande parte do que parecia uma bagunça era, na realidade, sua enorme coleção de artigos sobre bioluminescência, um tópico que vinha pesquisando há décadas.

O sr. Buchalski tinha licença para atuar como encanador, eletricista e chaveiro e

trabalhou até os 65 anos. Descreveu a irmã falecida como sempre tendo sido “um pouco estranha”. Ela nunca havia trabalhado e casara-se uma vez, por um breve período. Exceto no período do casamento que durou meses, ela e o sr. Buchalski haviam vivido em Manhattan, em um apartamento de dois quartos pertencente à família, durante toda a vida. Nenhum dos dois jamais havia consultado um psiquiatra.

Ao ser indagado, o sr. Buchalski afirmou que nunca havia tido um relacionamento amoroso ou sexual e que nunca teve muitos amigos ou contatos sociais fora da família. Explicou que era pobre e polonês e tinha de trabalhar o tempo inteiro. Ele havia assistido a aulas noturnas para compreender melhor “esse estranho mundo em que vivemos” e afirmou que seus interesses intelectuais eram o que achava mais gratificante. Disse ter ficado triste quando percebeu que a irmã estava morrendo, mas era mais como ficar “anestesiado” do que deprimido. Também negou história de sintomas maníacos ou psicóticos. Depois de uma hora com o psiquiatra em treinamento, o sr. Buchalski confidenciou que imaginava que a universidade de medicina pudesse ficar interessada em alguns de seus ensaios depois de sua morte. Disse que acreditava que a bioluminescência e tecnologias genéticas estavam à beira de um momento revolucionário, que poderia permitir que a pele de animais, e também de seres humanos, brilhassem em cores

sutis, permitindo que as pessoas reconheçam emoções mais prontamente. Ele havia escrito artigos sobre essa tecnologia, mas eles acabaram se tornando uma “novela de ficção científica longa demais e cheia de notas de rodapé”.

Durante o exame, o sr. Buchalski tinha a aparência de um idoso magro, vestido de forma asseada, com calças cáqui e camisa de botões. Era meticoloso e preferia falar sobre seus interesses científicos do que contar sua história. Fez contato visual adequado e tinha uma conduta bem-educada e agradável. Sua fala era coerente e objetiva. Seu humor era “bom”, e seu afeto era adequado, embora talvez um pouco animado demais, dadas as circunstâncias. Negou todos os sintomas de psicose, depressão e mania. Exceto por seus comentários sobre bioluminescência, não falou nada que parecesse delirante. Sua cognição estava preservada, e o *insight* e julgamento foram considerados bons de modo geral, embora estivessem comprometidos na história com relação ao atraso em chamar a polícia e informar sobre a irmã.

Diagnóstico

- Transtorno da personalidade esquizoide.

Discussão

O estilo de vida indiferente, taciturno e assexuado do sr. Buchalski decididamente se encaixa nos critérios diagnósticos para transtorno da personalidade esquizoide; sua explicação de que não tinha amigos porque é polonês e pobre é uma racionalização falha para seus déficits psicossociais. A excentricidade de seu interesse em bioluminescência, a estimativa exagerada do valor de seus “ensaios” e o fato de que passou grande parte da vida na residência da família com a irmã fornecem mais evidências de sua obsessão interna e da ausência de atividade social. A pobreza impressionante de sua reação emocional à morte

da irmã e sua incapacidade de providenciar o funeral confirmam uma vida afetiva embotada e habilidades de ego fracas. O fato de que sua cognição estava preservada descarta uma etiologia demencial de ocorrência gradual para seu retrairoimento e “confirma” o diagnóstico de transtorno da personalidade esquizoide.

Esse diagnóstico tem uma longa história em psiquiatria e psicanálise. Na psiquiatria, suas origens remontam a Eugen Bleuler, que cunhou o termo *esquizoide* em 1908 para descrever um componente natural da personalidade que desvia a atenção de um indivíduo para uma vida interna e afastada do mundo exterior. Ele chamou o exagero mórbido dessa tendência de “personalidade esquizoide”. Esses indivíduos foram descritos como quietos, desconfiados e “confortavelmente embotados”. A descrição de Bleuler foi detalhada ao longo do século seguinte, com o acréscimo de várias características, entre elas um estilo de vida solitário, o amor por livros, a falta de disposição atlética, uma tendência a pensamento autista, uma sexualidade maledesenvolvida e uma sensibilidade velada, porém intensa, com relação às respostas emocionais dos outros. Essa última característica, no entanto, foi retirada das descrições mais recentes da personalidade esquizoide, incluindo as que figuram no DSM-III e DSM-IV. Apesar da reserva de vários pesquisadores (p. ex., Otto Kernerberg, John Livesley e eu), a “ausência de desejo por relacionamentos íntimos” se tornou um critério principal para o diagnóstico esquizoide. Entre outros fatores que foram enfatizados estão assexualidade, indiferença a elogios ou críticas, anedonia e frieza emocional. O critério de hipersensibilidade e a aparente conexão com esquizofrenia foram atribuídos, respectivamente, às categorias de transtornos da personalidade “evitativa” e “esquizotípica”.

Na psicanálise, a condição esquizoide foi mais bem descrita por W. R. D. Fairbairn e Harry Guntrip. De acordo com eles, uma sensibilidade intensa tanto ao amor como

à rejeição e uma propensão a prontamente se retrair de relacionamentos interpessoais está na base da patologia esquizoide. O indivíduo com essa condição alternava entre desejar e repudiar intimidade; temia a força de suas próprias necessidades e seu impacto sobre os outros; era atraído por atividades literárias e artísticas porque essas são formas de autoexpressão sem contato humano direto. A personalidade esquizoide evoluiu de um ou mais dos seguintes cenários: 1) recusa tantalizante por parte dos primeiros cuidadores, o que fez surgir quantidades assustadoras de carência emocional; 2) rejeição crônica dos pais, o que resultou em apatia e falta de vitalidade; e 3) negligência continuada dos pais, o que levou ao refúgio no mundo da fantasia.

A ausência de história de desenvolvimento e de qualquer tipo de dados sobre a infância do sr. Buchalski enfraquece uma compreensão psicodinâmica da sua personalidade esquizoide. Contudo, a história do desenvolvimento não é um critério necessário para um diagnóstico descritivo; esse critério é utilizado principalmente por psiquiatras com orientação psicodinâmica. No fim das contas, o diagnóstico de transtorno da personalidade esquizoide parece razoável para o sr. Buchalski, embora se possa argumentar a favor de um diagnóstico de transtorno da personalidade esquizotípica, devido à estranheza de seus interesses. Caso uma investigação mais aprofundada revele informações que qualifiquem esse paciente para os dois trans-

tornos da personalidade, então ambos devem ser registrados.

Com relação a outras comorbidades, o mais provável parece ser um diagnóstico de transtorno de acumulação, um novo diagnóstico do DSM-5. O sr. Buchalski indica que demorou para chamar a polícia após a morte da irmã porque estava preocupado de que o proprietário do apartamento usasse a condição do local como pretexto para despejo. Ele descreve uma ampla coleção de artigos sobre bioluminescência, por exemplo, uma afirmação que poderia se referir tanto a uma pilha de manuscritos de 60 cm quanto a um apartamento entupido até o teto com jornais, revistas e anotações acumulados ao longo de décadas devido a sua possível utilidade. Esclarecer a presença dessa (ou de outras) condição comórbida seria crucial para o desenvolvimento de um plano de tratamento que tente potencializar ao máximo a probabilidade de felicidade independente para esse paciente.

Leituras Recomendadas

- Akhtar S: Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychother* 41(4):499–518, 1987
- Livesley WJ, West M, Tanney A: A historical comment on DSM-III schizoid and avoidant personality disorders. *Am J Psychiatry* 142(11):1344–1347, 1985
- Triebwasser J, Chemerinski E, Roussos P, Siever LJ: Schizoid personality disorder. *J Pers Disord* 26(6):919–926, 2012

CASO 18.3

Preocupado e Estranhamente Obcecado

Kristin Cadenhead

Henry, um universitário de 19 anos, no segundo ano de faculdade, foi encaminhado ao centro de saúde do estudante por um assistente de ensino que percebeu que ele parecia estranho, preocupado e obcecado e que seu caderno de laboratório estava cheio de desenhos bizarramente ameaçadores.

Henry apareceu no horário para a consulta psiquiátrica. Embora desconfiado quanto ao motivo do encaminhamento, explicou que geralmente “seguia ordens” e faria o que lhe fosse solicitado. Concordou que havia ficado desconfiado de alguns de seus colegas, acreditando que eles estavam sabotando suas habilidades. Afirmou que eles diziam aos instrutores que ele era “um cara esquisito” e que não o queriam como parceiro de laboratório. O encaminhamento ao psiquiatra era, afirmou, a confirmação de sua percepção.

Henry descreveu como havia visto dois estudantes “tirar no cara ou coroa” para ver se ele era *gay* ou heterosexual. Afirmou que as moedas podiam, com frequência, prever o futuro. Uma vez o resultado “cara” previu a doença de sua mãe. Ele acreditava que seus pensamentos gradualmente se tornavam realidade.

Henry havia se transferido para essa universidade fora de sua cidade natal depois de cursar o primeiro ano em sua faculdade comunitária local. A transferência havia sido ideia dos pais, disse, e fazia parte de seus planos para que ele fosse

como todos os outros, frequentasse festas e saísse com garotas. Ele afirmou que esse tipo de comportamento era uma perda de tempo. Embora tivessem tentado forçá-lo a ficar em uma residência estudantil, ele se recusara, e vivia sozinho em um apartamento fora do *campus*.

Com a permissão de Henry, sua mãe foi chamada para fornecer informações colaterais. Ela informou que ele sempre fora quieto, tímido e reservado, desde a infância. Ele nunca teve amigos próximos, nunca namorou, e negava querer ter amigos. Reconhecia sentir-se deprimido e ansioso às vezes, mas esses sentimentos não melhoravam quando estava na companhia de outras pessoas. Outras crianças zombavam dele na escola, de modo que ele voltava para casa aborrecido. Sua mãe chorou ao explicar que ela sempre se sentia mal por ele nunca ter realmente “se adaptado”, e que ela e o marido tentaram orientá-lo durante anos, sem sucesso. Ela conjecturava sobre como uma pessoa poderia funcionar sem nenhum tipo de vida social.

Ela acrescentou que fantasmas, telepatia e bruxaria fascinavam Henry desde o final do ensino fundamental. Há muito tempo ele achava que conseguiria mudar o resultado de eventos, como terremotos e furacões, ao pensar neles. Consistentemente negava abuso de substância, e dois exames toxicológicos resultaram negativos nos dois anos anteriores. Ela mencionou que seu avô havia morrido em um “manicômio” muitos

anos antes do nascimento de Henry, mas ela não soube precisar seu diagnóstico.

Durante o exame, Henry tinha a aparência de um jovem alto, magro, vestindo calça jeans e camiseta. Ele estava alerta e desconfiado e, embora de forma não espontânea, respondia às perguntas diretamente. Negou sentir-se deprimido ou confuso. Negou, também, ter pensamentos, planos ou tentativas de suicídio, alucinações auditivas ou visuais, ataques de pânico, obsessões, compulsões ou fobias. Sua capacidade intelectual parecia acima da média, e sua pontuação no Minieexame de Estado Mental foi de 30 em um total de 30 pontos.

Diagnóstico

- Transtorno da personalidade esquizotípica.
- Transtorno da personalidade paranoide.

Discussão

Henry apresenta um padrão de déficits sociais e interpessoais acompanhados por excentricidades e distorções cognitivas. Isso inclui sintomas semelhantes a delírio (pensamento mágico, desconfiança, ideias de referência, grandiosidade), interesses excêntricos, evidências de retraiamento (poucos amigos, esquia de contato social) e afeto restrito (frieza emocional). Portanto, Henry parece satisfazer os critérios para o transtorno da personalidade esquizotípica do DSM-5.

Henry também suspeita que outros o estejam sabotando, enxerga significados ocultos em atividades benignas, guarda rancor e é extremamente sensível a percepções de ataque ao seu caráter. Além de transtorno da personalidade esquizotípica, ele satisfaz os critérios para transtorno da personalidade paranoide. Se um indivíduo satisfizer os critérios para dois transtornos da personalidade – como é frequentemente o caso –, ambos devem ser registrados.

Henry, no entanto, tem apenas 19 anos, e um diagnóstico de transtorno da personalidade deve ser estabelecido apenas depois de explorar outras possibilidades diagnósticas que possam produzir sintomas semelhantes. Por exemplo, seus déficits em comunicação e interação social podem ser compatíveis com um diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) sem comprometimento intelectual. É possível que ele tenha sintomas não relatados além de “timidez” no início do período de desenvolvimento, e, como relatado no caso de Henry, crianças com TEA normalmente sofrem zombarias na escola. Ele e a mãe, no entanto, não relatam os tipos de padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos, que são a característica básica do TEA. Sem isso, o diagnóstico de Henry não se encaixa no espectro autista.

Henry também pode ter um transtorno psiquiátrico que se desenvolve no início da idade adulta, e ele encontra-se na idade com maior probabilidade de início de transtornos depressivos, bipolares e de ansiedade. Qualquer um desses transtornos pode exacerbar os traços de personalidade e fazê-los assemelharem-se a transtornos, mas Henry não aparenta ter sintomas depressivos, maníacos ou de ansiedade significativos.

Mais provável, neste caso, seria um diagnóstico dentro do espectro da esquizofrenia. Para que Henry receba um diagnóstico real de esquizofrenia, entretanto, ele precisaria de dois ou mais entre cinco critérios: delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos. Como ele nega alucinações e parece ser lógico e não apresentar nem comportamento estranho nem sintomas negativos, ele não tem esquizofrenia. Em vez disso, ele pode ter delírios – e seria importante esclarecer até que ponto ele tem crenças fixas e errôneas sobre prever e afetar o futuro –, mas suas crenças parecem mais bizarras do que as normalmente observadas no transtorno delirante.

Embora Henry atualmente possa se encaixar melhor nos dois diagnósticos

dos transtornos da personalidade listados, ele pode evoluir para o desenvolvimento de um transtorno psicótico mais explícito. Clínicos e pesquisadores psiquiátricos têm grande interesse em distinguir indivíduos que se apresentam de modo estranho quando estão na adolescência, e que provavelmente evoluirão para o desenvolvimento de uma forma mais incapacitante de esquizofrenia, daqueles que não desenvolvem um transtorno psiquiátrico maior. Embora a capacidade atual de predição de esquizofrenia não seja sólida, uma intervenção em estágios iniciais poderia reduzir substancialmente o sofrimento psicológico e as consequências funcionais de longo prazo. Com essa finalidade, a Seção III do DSM-5 inclui a síndrome de psicose atenuada como uma das condições para estudos posteriores. Tal síndrome se concentra em sintomas subsindrônicos, incluindo

insight e funcionalidade comprometidos, em um esforço para determinar quais pacientes estão em um processo de declínio em direção a esquizofrenia e quais pacientes demonstram o início de um transtorno da personalidade mais consolidado.

Leituras Recomendadas

- Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, et al: At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry* 168(8):800–805, 2011
- Ahmed AO, Green BA, Goodrum NM, et al: Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 122(2):475–491, 2013
- Fisher JE, Heller W, Miller GA: Neuropsychological differentiation of adaptive creativity and schizotypal cognition. *Pers Individ Dif* 54(1):70–75, 2013

CASO 18.4

Injustiça

Charles L. Scott

Ike Crocker era um homem de 32 anos, encaminhado para uma avaliação de saúde mental pelo departamento de recursos humanos de uma grande empresa de construção, na qual estava empregado havia duas semanas. Em sua entrevista de emprego inicial, o sr. Crocker se apresentou motivado e forneceu dois certificados de cursos

profissionalizantes de marcenaria que indicavam um nível elevado de habilidade e treinamento. Desde que começara o trabalho, seus supervisores perceberam discussões frequentes, absenteísmo, baixa qualidade e diversos erros que poderiam ter consequências perigosas. Ao ser confrontado, reagiu de modo indiferente, atribuindo os problemas

a “madeira barata” e “mau gerenciamento”, acrescentou que, se alguém se machucasse, seria “por causa de sua própria estupidez”.

Quando o diretor de recursos humanos o chamou para tratar de sua demissão, o sr. Crocker rapidamente salientou que sofria tanto de transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) como de transtorno bipolar. Afirmou que, se não mantivesse o emprego por se enquadrar na Lei dos Norte-americanos com Deficiência (Americans with Disabilities Act), ele processaria a empresa. Exigiu, portanto, uma avaliação psiquiátrica.

Durante o exame mental, o sr. Crocker se concentrou na injustiça da empresa e como ele “dá de dez em todos os outros marceneiros que eles têm”. Ele alegou que seus dois casamentos terminaram por ciúmes. Disse que suas esposas “sempre achavam que eu estava com outras mulheres”, que foi o motivo pelo qual “as duas mentiram para o juiz e pediram ordem de restrição, dizendo que eu batia nelas”. Para “dar o troco pela prisão”, ele se recusou a pagar pensão alimentícia para seus dois filhos. Não tinha interesse emvê-los porque eram “mentirosos” como as mães.

O sr. Crocker disse que “devo ter sido esperto” porque conseguia tirar notas C na escola apesar de aparecer somente na metade das aulas. Passou algum tempo no reformatório, aos 14 anos, por ter roubado “coisas de criança, como tênis e carteiras que estavam praticamente vazias”. Abandonou a escola aos 15 anos, depois de ter sido “falsamente incriminado” pelo diretor da escola por “roubar um carro”. O sr. Crocker indicou esses fatos de sua história como evidências de que conseguia superar adversidades e injustiças.

Quanto a uso de substância, o paciente afirmou que havia fumado maconha quando era adolescente e havia começado a beber álcool “regularmente” depois de ter se casado, aos 22 anos. Negou que o uso das duas substâncias fosse problemático.

O sr. Crocker concluiu a entrevista exigindo do examinador um atestado de

“bipolaridade” e “TDAH”. Disse que era “bipolar” porque tinha “altos e baixos” e ficava “com raiva bem rápido”. Ele negou outros sintomas de mania. Afirmou que ficava para baixo quando se decepcionava, mas tinha “memória curta” e “conseguia se livrar de uma depressão rapidinho”. O sr. Crocker relatou não ter dificuldades de sono, humor e apetite. Descobriu que tinha TDAH porque “meus dois filhos têm TDAH”. Concluiu a entrevista com um pedido de medicamentos e acrescentou que os únicos que funcionavam eram estimulantes (“de qualquer tipo”) e um benzodiazepíncio de ação breve específico.

Durante o exame de estado mental, o sr. Crocker era um homem branco vestido de forma casual, que fez contato visual razoável e não apresentou movimentos anormais. Seu discurso era coerente, objetivo e de velocidade normal. Não havia evidências de transtorno de pensamento ou alucinações. Estava obcecado em colocar a culpa nos outros, mas esses comentários pareciam representar ideias supervalorizadas em vez de delírios. Sua cognição estava preservada. Seu *insight* sobre a situação era ruim.

O chefe de recursos humanos verificou os antecedentes do sr. Crocker durante a avaliação psiquiátrica. Alguns telefonemas revelaram que ele havia sido expulso de dois programas de treinamento de marcenaria e que os dois certificados de conclusão de curso haviam sido falsificados. Foi despedido de uma empreiteira local depois de uma briga de socos com o supervisor e de outro emprego, depois de abandonar o local subitamente. Uma rápida análise de seus registros nas outras empresas indicou que ele havia fornecido a mesma documentação falsa.

Diagnóstico

- Transtorno da personalidade antissocial.

Discussão

O sr. Crocker apresenta um padrão global de desconsideração e violação dos direitos

dos outros, conforme indicado por vários atos diferentes. Fora condenado duas vezes por violência doméstica – uma por esposa em cada um de seus dois casamentos – e passou um tempo encarcerado. O sr. Crocker falsificou suas credenciais em marcenaria e fornece evidências abundantes de brigas constantes e irritabilidade, tanto no trabalho como em seus relacionamentos. Demonstra pouca ou nenhuma consideração sobre como seus atos afetam a segurança dos colegas de trabalho. Recusa-se a ver os filhos e a pagar pensão alimentícia, porque os considera “mentirosos”. Não exibe remorso pela maneira como seus atos afetam de forma negativa a família, os colegas e empregadores. Habitualmente abandona empregos e é incapaz de fazer planos futuros para um próximo emprego. Assim, ele satisfaz todos os sete critérios sintomáticos para transtorno da personalidade antissocial (TPA) do DSM-5.

O diagnóstico de TPA não pode ser estabelecido antes dos 18 anos de idade, mas exige evidências de transtorno da conduta antes dos 15 anos. A história do sr. Crocker indica um histórico de ausências escolares, condenação por roubo aos 14 anos e expulsão da escola aos 15 anos por roubo de carro.

No final da avaliação, o sr. Crocker solicita dois medicamentos potencialmente aditivos. Fumou maconha no ensino médio e pode ter começado um consumo intenso de álcool na faixa dos 20 anos. Embora seja difícil obter um relato sincero sobre seu uso de substância, o sr. Crocker pode realmente ter um transtorno por uso de substância comórbido. Esse diagnóstico, no entanto, não afetaria seu diagnóstico de TPA, porque o comportamento antissocial é anterior ao uso relatado de substâncias. Além disso, as atitudes e comportamentos antissociais são evidentes em situações variadas e não apenas como resultado de seu abuso de substância (p. ex., roubar para comprar drogas).

A alegação do sr. Crocker de que ele tem TDAH precisaria de evidências de que ele apresentava algum tipo de sinto-

ma hiperativo-impulsivo ou de desatenção que tenham causado prejuízo antes dos 12 anos. Embora o TDAH possa ser uma condição comórbida e responsável por parte de sua impulsividade, ele não explica seu comportamento antissocial abrangente.

O diagnóstico de TPA também exige que o comportamento não ocorra apenas durante o curso de um transtorno bipolar ou esquizofrenia. Embora o sr. Crocker afirme ter transtorno bipolar, não fornece evidências de ter sido maníaco (ou esquizofrênico).

O estilo interpessoal do sr. Crocker é marcado por desprezo pelos sentimentos dos outros e autocritica arrogante. Tais qualidades podem ser encontradas em outros transtornos da personalidade, como transtorno da personalidade narcisista, mas também são comuns no TPA. Embora essa comorbidade não seja rara, indivíduos com transtorno da personalidade narcisista não demonstram os mesmos níveis de impulsividade, agressividade e logro presentes no TPA. Indivíduos com transtorno da personalidade histrionica ou da personalidade *borderline* podem ser manipuladores ou impulsivos, mas seus comportamentos normalmente não são antissociais. Indivíduos com transtornos da personalidade paranoide podem demonstrar comportamentos antissociais, mas seus atos normalmente se originam de um desejo paranoide de vingança em vez de ganho pessoal. Por fim, pessoas com transtorno explosivo intermitente também se envolvem em brigas, mas não apresentam os traços de exploração que são parte global do TPA.

Leituras Recomendadas

Edwards DW, Scott CL, Yarvis RM, et al: Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence. *Violence Vict* 18(1):3–14, 2003

Wygant DB, Sellbom M: Viewing psychopathy from the perspective of the Personality Psychopathology Five model: implications for DSM-5. *J Pers Disord* 26(5):717–726, 2012

CASO 18.5

Frágil e Zangada

Frank Yeomans

Otto Kernberg

Juanita Delgado, uma mulher hispânica, solteira e desempregada, buscou terapia aos 33 anos para o tratamento de humor deprimido, pensamentos suicidas crônicos, isolamento social e má higiene pessoal. Ela havia passado os seis meses anteriores isolada em seu apartamento, deitada na cama, se alimentando de comida industrializada, assistindo à televisão e fazendo compras *on-line*, as quais não tinha como pagar. Vários tratamentos haviam surtido pouco efeito.

A sra. Delgado era a filha do meio de uma família de imigrantes de classe média alta, na qual o pai supostamente valorizava o sucesso profissional acima de tudo. Ela sentiu-se isolada durante sua trajetória escolar e vivenciou períodos recorrentes de humor deprimido. Na família, eram conhecidas suas explosões de raiva. Havia se saído bem academicamente no ensino médio, mas abandonou a faculdade por irritar-se com uma colega de quarto e com um professor. Tentou uma série de estágios e empregos de nível básico com a expectativa de que fosse voltar à faculdade, mas demitia-se todas as vezes porque “chefes são idiotas. Eles se fazem passar por grande coisa, mas no fim são uns degenerados”. Esses “traumas” sempre a faziam se sentir péssima consigo mesma (“Não consigo sequer ser uma balconista?”) e com raiva dos chefes (“Eu poderia, e provavelmente vou, administrar esse lugar”). Teve namorados

quando era mais jovem, mas nunca os deixava se aproximarem fisicamente porque ficava muito ansiosa quando o relacionamento ficava mais íntimo.

A história da sra. Delgado incluía cortes superficiais autoinfligidos em várias ocasiões, e pensamentos persistentes de que seria melhor se estivesse morta. Ela afirmou que geralmente estava “para baixo e deprimida”, mas tivera dúzias de “manias” de um ou dois dias, nos quais ficava cheia de energia e nervosa e passava a noite acordada. No dia seguinte “batia uma ressaca” e ela dormia durante 12 horas.

Ela estava sob tratamento psiquiátrico desde os 17 anos e havia sido hospitalizada em unidade psiquiátrica três vezes devido a *overdoses*. Os tratamentos consistiram principalmente em medicamentos: estabilizadores do humor, neurolépticos de baixa dosagem e antidepressivos, que foram receitados em diversas combinações no contexto de psicoterapia de apoio.

Durante a entrevista, a paciente estava vestida de forma casual e um pouco desarrumada, mas cooperativa, coerente e objetiva. De modo geral, estava disfórica, com afeto contido, mas sorriu nos momentos adequados várias vezes. Descreveu vergonha por seu baixo desempenho, mas também acreditava que “estava na Terra para fazer algo grandioso”. Descreveu o pai como um sucesso espetacular que, porém,

também era um “fracassado maquiavélico que estava sempre tentando manipular as pessoas”. Ela disse que abandonou os empregos porque as pessoas lhe faltavam com o respeito. Por exemplo, disse que quando havia trabalhado como balcônista em uma loja de departamentos, as pessoas eram frequentemente mal-educadas ou ingratas (“e eu estava lá apenas por causa do treinamento para o setor de compras; era ridículo”). Ao final da sessão inicial, ela zangou-se com o entrevistador depois que ele olhou o relógio (“Você já está com tédio?”). Afirmou que conhecia pessoas no bairro, mas, em sua maioria, elas haviam se tornado “fraudes ou fracassados”. Havia algumas pessoas da escola que eram “amigos de Facebook” e faziam coisas fantásticas por todo o mundo. Embora não os tivesse visto há anos, ela pretendia “encontrar-se com eles se algum dia ele voltasse para a cidade”.

Diagnóstico

- Transtorno da personalidade *borderline*.

Discussão

A sra. Delgado apresenta instabilidade afetiva, dificuldade de controlar a raiva, relacionamentos interpessoais instáveis, perturbação da identidade, comportamento autolesivo, sentimentos de vazio e paranoia transitória relacionada a estresse. Portanto, ela satisfaz os critérios para transtorno da personalidade *borderline* (TPB) do DSM-5.

Indivíduos com TPB frequentemente apresentam sintomas depressivos e/ou bipolares, e a sra. Delgado não é exceção. Seus sintomas de apresentação incluem um humor predominantemente deprimido, redução de interesses, alimentação excessiva, anergia e ideação suicida crônica. Sendo incapacitantes, persistentes por um período de seis meses e ocorrendo na ausência de transtorno por uso de substância

ou médico, os sintomas também satisfazem os critérios do DSM-5 para depressão maior. Essa comorbidade entre TPB e depressão é comum. É interessante observar que as obsessões da sra. Delgado são acusatórias, enquanto as obsessões típicas de uma pessoa deprimida sem transtorno da personalidade são de culpa e autoacusatórias. Seria válido investigar a possibilidade de os sintomas depressivos da sra. Delgado serem mais episódicos e reativos do que ela relata inicialmente. Também parece ser possível que ela se qualifique para depressão ao longo da vida, o que indicaria um transtorno distímico, mas também apontaria para um transtorno da personalidade.

A sra. Delgado relata “manias” que não são típicas de alguém com transtorno bipolar. Por exemplo, ela descreve dúzias de episódios com duração de 1 a 2 dias nos quais está energizada e nervosa, seguidos por uma “ressaca” e 12 horas de sono. Essa descrição não está alinhada aos critérios para transtorno bipolar tipo I ou transtorno bipolar tipo II, seja no que se refere aos sintomas ou à duração. A instabilidade emocional e a tempestuosidade do afeto do TPB podem ser muito semelhantes a um episódio maníaco ou hipomaníaco, os quais podem levar ao subdiagnóstico de TPB. Mesmo na presença de um episódio maníaco significativo, o clínico deve investigar variáveis na história, como estabilidade afetiva, maturidade dos relacionamentos interpessoais, estabilidade no emprego e em relacionamentos e autocrítica. Caso se encontrem problemas, um diagnóstico de TPB é provável.

Os critérios para transtornos da personalidade do DSM-5 continuam inalterados desde o sistema anterior de classificação. Contudo, o modelo alternativo para transtornos da personalidade apresentado na Seção III do DSM-5 sugere uma abordagem mais dimensional, na qual o entrevistador consideraria explicitamente o funcionamento da personalidade. O apêndice esboça cinco domínios diferentes de traços que existem em um contínuo. “Estabilida-

de emocional” encontra-se na extremidade oposta de “afetividade negativa”, por exemplo, enquanto “antagonismo” está no outro extremo do espectro de “socialização” (ver a Tabela 18-1 na introdução deste capítulo).

A visão dimensional de personalidade é compatível com o modelo já antigo de Kernberg de organização da personalidade *borderline* (OPB). Além de satisfazer os critérios do DSM-5 para TPB, a sra. Delgado se encaixa nos critérios para OPB – uma estrutura psicológica caracterizada por: 1) ausência de um senso de *self* claro e coerente e de outros (difusão de identidade); 2) uso frequente de mecanismos de defesa primitivos baseados em cisão; e 3) teste de realidade preservado, porém frágil. Quanto mais integradas e realisticamente complexas forem as representações que o indivíduo tem do seu *self* e dos outros, mais ele será capaz de modular e controlar seus estados emocionais e interagir com os demais de forma bem-sucedida.

A sra. Delgado demonstra difusão de identidade em suas visões contraditórias de si mesma (ao mesmo tempo superior e inadequada) e dos outros (seu pai é ao mesmo tempo espetacular e um “fracassado maquiavélico”). Seu estilo defensivo se caracteriza pela projeção constante de seus sentimentos hostis e pela percepção da hostilidade como oriunda dos outros. A fragilidade de seu teste de realidade, observada nas afrontas que sente no trabalho, levou à disfunção ocupacional crônica.

Como pessoas com transtornos da personalidade frequentemente apresentam uma narrativa interpessoal que não está

de acordo com a história que seria narrada por terceiros, é importante prestar atenção ao comportamento do paciente em relação ao terapeuta. No caso da sra. Delgado, observam-se evidências de sua fragilidade quando ela interpreta a consulta do terapeuta ao relógio como indício de que ele não gostou dela e quer se livrar de sua companhia.

Tendências suicidas fazem parte tanto de depressão quanto de TPB. De modo geral, comportamento parassuicida agudo ou crônico é típico de transtornos da personalidade graves. Ademais, tendências suicidas podem se desenvolver repentinamente durante crises entre uma gama de pacientes, mas é particularmente prevalente em pessoas – como a sra. Delgado – com uma noção frágil do mundo e de si mesmas.

Leituras Recomendadas

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006

Kernberg OF, Yeomans FE: Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. Bull Menninger Clin 77(1):1–22, 2013

Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds): American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing (no prelo).

Tusiani B, Tusiani PA, Tusiani-Eng P: Remnants of a Life on Paper. New York, Baroque Press, 2013

CASO 18.6

Ameaça Suicida Angustiante

Elizabeth L. Auchincloss

Karmen Fuentes era uma mulher hispânica de 50 anos, casada, que se apresentou no pronto-socorro (PS) psiquiátrico devido à insistência de seu psiquiatra ambulatorial depois que ela lhe contou sobre o plano de tomar uma *overdose* de Advil.

No PS, a sra. Fuentes explicou que suas costas a estavam “matando” desde uma queda que ocorreu, vários dias antes, na mercearia da família, onde ela trabalhava há anos. A queda a deixou abatida e deprimida, embora tenha negado outros sintomas depressivos além do humor ruim. Ela falou detalhadamente sobre a queda e como isso a lembrou de outra queda que havia sofrido alguns anos antes. Naquela época, havia consultado um neurocirurgião que lhe disse para descansar e tomar medicamentos anti-inflamatórios não esteroides. Ela descreveu sentir-se “abandonada e desprezada” por ele. A dor diminuiu sua capacidade de se exercitar, e ela ficou chateada por ter ganhado peso. Enquanto relatava os eventos relativos à queda, a sra. Fuentes começou a chorar.

Ao ser indagada sobre seus comentários suicidas, afirmou que não eram “nada demais”. Relatou que eram “só uma ameaça” dirigida ao marido para ele “aprender uma lição” porque “não sente pena de mim” e não lhe deu apoio desde a queda. Ela insistiu que seus comentários sobre *overdose* não tinham outro significa-

do. Quando o entrevistador manifestou preocupação com a possibilidade de que ela se mataria, ela exclamou com um sorriso: “Oh, puxa, não tinha me dado conta de que isso é levado tão a sério. Acho que não devo mais fazer isso”. Então deu de ombros e riu. Continuou a falar como era “legal e simpático” que tantos médicos e assistentes sociais quisessem ouvir sua história, chamando muitos deles pelo primeiro nome. Ela também flertou ligeiramente com o entrevistador residente, o qual havia comentado que ela era a “mulher mais bem-vestida no PS”.

De acordo com o psiquiatra ambulatorial, que a tratou por três anos, ela nunca havia manifestado ideação suicida até aquela semana, e ele não conseguia falar com ela antes de sair de férias no dia seguinte. O marido da sra. Fuentes relatou que ela falava sobre suicídio “como as outras pessoas reclamam do tempo. Ela só quer me deixar preocupado, mas comigo isso não funciona mais”. Ele afirmou que nunca teria sugerido que ela fosse ao PS e achou que o psiquiatra tinha reagido de forma exagerada.

A paciente inicialmente buscou psicoterapia ambulatorial aos 47 anos porque estava se sentindo deprimida e não tinha apoio do marido. Durante três anos de tratamento ambulatorial, ela recebeu prescrições adequadas de sertralina, escitalo-

pram, fluoxetina e paroxetina. Nenhum medicamento parecia ajudar.

A sra. Fuentes descreveu ser “precoce”. Tornou-se sexualmente ativa com homens mais velhos quando estava no ensino médio. Afirmou que namorar era a coisa mais divertida que já havia feito e que sentia falta de ver homens “fazendo qualquer negócio” para dormir com ela. Ela vivia com o marido de 73 anos. Seu filho, de 25 anos, morava perto com a esposa e o filho pequeno. Descreveu o marido como um músico “muito famoso”. Afirmou que ele nunca a havia ajudado nos afazeres domésticos ou na criação do filho, e que não valorizava seu esforço para cuidar do filho e do neto.

Diagnóstico

- Transtorno da personalidade histrionica.

Discussão

A sra. Fuentes. se apresentou no PS com depressão e ameaças suicidas, mas nenhum desses sintomas era tão proeminente quanto seu padrão contínuo de emotividade excessiva e busca por atenção. Seu comportamento com a equipe do PS e talvez a própria queda parecem servir ao propósito de obter atenção e cuidados, e tanto ela quanto seu marido descrevem suas ameaças crônicas de cometer suicídio como tentativas de punir e provocar preocupação. Por exemplo, a visita ao PS foi precipitada pela primeira vez que a sra. Fuentes fez uma ameaça de cometer suicídio durante o tratamento, precisamente quando seu médico estava prestes a sair de férias, o que sugere que ela pode ter se sentido deixada de lado e abandonada.

As emoções da sra. Fuentes mudam do choro para a alegria de forma rápida, mas ela consistentemente descarta a ameaça real de suicídio. Em vez disso, se concentra em sua queda dramática e em sua percepção de que nem o marido nem o neuroci-

rurgião parecem estar interessados em seu sofrimento. Durante todo o tempo em que esteve no PS, foi sedutora com o entrevistador e extraordinariamente simpática com a equipe, chamando vários integrantes pelo primeiro nome. Mesmo em um PS movimentado, cheio de pessoas doentes, machucadas e supostamente mal-arrumadas, a sra. Fuentes mantém sua preocupação com a aparência física. Ela dá a entender que seu jeito de vestir, seus cuidados com a aparência e seu peso têm importância fundamental para seu sentimento de autoestima, e que ela continua a prestar bastante atenção à sua conservação.

Essas observações sugerem que suas ameaças suicidas não fazem parte de um transtorno afetivo maior. Em vez disso, ela apresenta pelo menos seis dos oito critérios sintomáticos para um diagnóstico do DSM-5 de transtorno da personalidade histrionica (TPH): incômodo quando não é o centro das atenções; comportamento sedutor; emotividade intensa, porém alternante e superficial; uso da aparência física para chamar atenção; autodramatização e teatralidade; e uma tendência a considerar relacionamentos como mais íntimos do que realmente são. Embora a sra. Fuentes não demonstre evidências claras de outros critérios para TPH, como discurso impressionista e sugestionabilidade, elas podem simplesmente não terem sido incluídas no relato de caso.

Como os pacientes com TPH frequentemente têm transtornos de sintomas somáticos, deve-se prestar muita atenção ao avaliar o paciente para esses transtornos. A sra. Fuentes tem obsessões episódicas com desconforto físico, e uma avaliação mais aprofundada pode demonstrar um padrão mais global e prometedor de queixas ou preocupações de natureza física. Pacientes com TPH também têm índices elevados de transtorno depressivo maior. De fato, a sra. Fuentes exibe vários sinais de humor deprimido. Além disso, ela foi encaminhada para o PS devido a ameaças suicidas. Embora ela e o marido menosprezem a gravidade dessas ameaças, o TPH realmente parece estar

associado a um risco elevado de tentativas de suicídio. Muitas dessas tentativas ficam abaixo do nível letal, mas vários “gestos” suicidas podem levar a um dano grave e mesmo a morte semiaccidental. Um trabalho clínico com a sra. Fuentes irá envolver um equilíbrio entre a identificação de que sua ideação suicida serve o propósito de chamar atenção, com a consciência de que ela também pode levar à autolesão.

Como em todas as avaliações psiquiátricas, o clínico deve considerar se as questões da personalidade são problemáticas antes de estabelecer um diagnóstico. As normas para expressão emocional, comportamento interpessoal e estilo de vestir variam significativamente entre culturas, gêneros e faixas etárias, de modo que é importante não “patologizar” gratuitamente variações que não são acompanhadas por disfunção e sofrimento. Como exemplo de um preconceito potencial, as mulheres são diagnosticadas com maior frequência com TPH do que homens, apesar de estudos populacionais indicarem que o transtorno é igualmente comum entre homens e mulheres.

O TPH frequentemente é comórbido com outros transtornos da personalidade. Embora a sra. Fuentes tenha traços que são comuns a outros transtornos da personalidade, ela não parece ter um segundo diagnóstico. Por exemplo, suas ameaças suicidas e sua apresentação dramática podem levar o examinador a considerar transtorno da personalidade *borderline*. A sra. Fuentes, no entanto, não exibe a instabilidade acen-

tuada em relacionamentos interpessoais, autodestrutividade extrema, dificuldade de controlar a raiva em relacionamentos interpessoais e sentimentos crônicos de vazio que são comuns nesse transtorno. Embora a paciente se queixe de não receber os cuidados de que gostaria, ela não manifesta o temor de separação e o tipo de comportamento submisso e apegado típicos do transtorno da personalidade dependente. De modo semelhante, embora ela pareça ter uma necessidade excessiva de admiração, não demonstrou a falta de empatia, característica essencial do transtorno da personalidade narcisista. Por fim, embora ela demonstre um pouco de comportamento manipulativo, como fazem as pessoas com transtorno da personalidade antissocial, sua manipulação é motivada pelo desejo de atenção em vez de algum tipo de proveito.

Leituras Recomendadas

Gabbard GO: Cluster B personality disorders: hysterical and histrionic, in *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp 541–570

Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW (eds): *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, 6th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014

MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ: The histrionic patient, in *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006, pp 137–176

CASO 18.7

Insatisfação

Robert Michels

Larry Goranov era um homem branco, solteiro e desempregado, de 57 anos, que solicitou uma revisão de seu tratamento na clínica psiquiátrica. Há sete anos ele fazia psicoterapia semanalmente, com diagnóstico de transtorno distímico. Queixou-se de que o tratamento ajudou muito pouco e queria ter certeza de que os médicos estavam no caminho certo.

O sr. Goranov relatou uma história antiga de humor levemente deprimido e redução de energia. Tinha de se “arrastar” para fora da cama todas as manhãs e dificilmente ficava animado com algum prospecto futuro. Havia perdido o emprego três anos antes, rompido com uma namorada pouco depois e duvidava que fosse trabalhar ou namorar novamente. Ele tinha vergonha de ainda morar com a mãe, uma senhora na faixa dos 80 anos. Negou intenção suicida imediata ou planos de se matar, mas se não melhorasse até a morte da mãe, não via motivos para continuar vivendo. Negou perturbações no sono, no apetite ou na concentração.

Os registros clínicos indicaram que o sr. Goranov teve adesão a tentativas adequadas com fluoxetina, escitalopram, sertralina, duloxetina, venlafaxina e bupropiona, bem como potencialização com quetiapina, aripiprazol, lítio e levotiroxina. Ele teve uma melhora no humor quando tomava escitalopram, mas não houve remissão dos sintomas. Também seguiu um curso de terapia cognitivo-comportamental no início

do tratamento; demonstrou desinteresse pelo terapeuta e pelo tratamento, não realizava as tarefas em casa e parecia não fazer nenhum esforço para usar a terapia entre as sessões. Nunca havia tentado psicoterapia psicodinâmica.

O sr. Goranov manifestou decepção quanto à ausência de melhora, à natureza de seu tratamento e à sua terapia específica. Achava que era “humilhante” ser forçado a consultas com estagiários, que mudavam uma ou duas vezes por ano. Com frequência, achava que os residentes de psiquiatria não eram instruídos, cultos ou sofisticados, e achava que eles sabiam menos sobre psicoterapia do que ele próprio. Além disso, preferia trabalhar com terapeutas do sexo feminino, porque os homens eram “competitivos demais e invejosos”.

O sr. Goranov havia trabalhado anteriormente como corretor de seguros. Explorou: “É ridículo. Eu era o melhor corretor que eles já haviam visto, mas se recusam a me recontratar. Acho que o problema é que essa é uma profissão com egos inflados, e eu ponho o dedo na ferida”. Depois de ser “banido” por agências de seguros, o sr. Goranov não trabalhou durante cinco anos, até ser contratado por uma revenda de automóveis. Afirmou que, embora vender carros estivesse abaixo de suas capacidades, era bem-sucedido, e “em seguida já estava comandando a revenda”. Desistiu depois de alguns meses, após discutir com

o proprietário. Apesar do incentivo de vários terapeutas, o sr. Goranov não buscou empregos nem fez cursos de reciclagem profissional ou trabalho voluntário; encarava essas opções como decididamente indignas.

O sr. Goranov havia “desistido das mulheres”. Teve muitas companheiras quando era mais jovem, mas, de modo geral, achava que elas não lhe davam o apreço que merecia e “só ficavam com ele por interesse”. As anotações do residente psiquiátrico indicaram que ele reagia a demonstrações de interesse com desconfiança. Essa tendência foi comprovada por duas mulheres que tentaram travar amizade e por residentes que manifestaram interesse em seu atendimento. O sr. Goranov descreveu a si mesmo como alguém com muito amor para dar, mas afirmou que o mundo estava cheio de pessoas manipuladoras. Disse que tinha uns poucos amigos, mas sua mãe era a única pessoa com quem realmente se importava. Ele gostava de bons restaurantes e “hotéis cinco estrelas”, mas acrescentou que seu orçamento não permitia mais frequentá-los. Exercitava-se diariamente e preocupava-se em manter seu corpo. Passava a maior parte do tempo em casa, assistindo à televisão ou lendo romances e biografias.

Durante o exame, o paciente tinha a aparência bem-cuidada, o cabelo penteado para trás, e suas roupas pareciam ser da coleção de um artista de *hip-hop* em voga entre homens na faixa dos 20 anos. Era coerente, objetivo e cooperativo. Disse estar triste e zangado. Seu afeto era contido e desinteressado. Negou intenção de se matar, mas sentia-se desesperançado e pensava com frequência na morte. Sua cognição estava preservada.

Diagnóstico

- Transtorno da personalidade narcisista.

Discussão

Quando um paciente se apresenta a um psiquiatra, os sintomas costumam ser os aspectos da psicopatologia que são mais fáceis de se reconhecer e diagnosticar. Ansiedade, depressão, obsessões e fobias são vistas de modo semelhante pelo paciente e pelo médico e são as características centrais que definem vários transtornos. Pacientes com transtornos da personalidade são diferentes. Seus problemas geralmente causam mais sofrimento aos outros do que ao paciente, e seus sintomas são frequentemente vagos, podendo parecer secundários a suas questões centrais. O que determina o diagnóstico ou define o enfoque do tratamento não é a ansiedade ou a depressão, por exemplo, mas quem o paciente é, a vida que ele escolheu levar e o padrão de seus relacionamentos.

O resultado é que as queixas do paciente podem ser menos reveladoras do que a forma como elas são feitas. A entrevista de consulta com a maioria dos pacientes consiste em coletar informações e fazer observações. A consulta com a maioria dos pacientes que têm transtornos da personalidade exige que se estabeleça um relacionamento e, então, a vivência e a compreensão desse relacionamento por parte do médico. Reações de contratransferência podem ser ferramentas diagnósticas importantes, e a forma pela qual o paciente se relaciona com o clínico reflete o molde que estrutura a forma pela qual o paciente se relaciona com os outros. Por exemplo, a queixa principal do sr. Goranov é seu humor triste. Embora possa apresentar um transtorno depressivo, ele parece não ter a maioria dos critérios pertinentes do DSM-5 para qualquer dos transtornos depressivos. Em vez disso, seu humor deprimido parece ser uma reação a uma decepção crônica. Apesar de ver a si mesmo como talentoso e atraente, ele está desempregado, é subestimado e solitário. Uma des-

moralização vazia costuma acompanhar os transtornos da personalidade e, como ocorre com o sr. Goranov, com frequência não responde à farmacoterapia.

Ademais, diferentemente da maioria dos pacientes com depressão grave, ele se preocupa em manter sua aparência e atratividade aos outros. Seus cuidados, roupas e modos refletem sua grandiosidade subjacente, sua convicção de que é especial e merece a valorização que não conseguiu receber.

Essa história do sr. Goranov reflete um transtorno da personalidade narcisista de leve a moderado. As características clássicas incluem grandiosidade, uma convicção de que merece tratamento especial, alienação dos outros, uma redução impressionante da capacidade de demonstrar empatia e uma atitude de desdém arrogante. O afeto deprimido está claramente presente, mas é secundário à psicopatologia fundamental da personalidade.

Esses pacientes são difíceis de tratar. Eles veem seus problemas como uma incapacidade do mundo em reconhecer seu verdadeiro valor e muitas vezes caem em um retrairo social deprimido e solitário com o avançar da vida. Uma aliança terapêutica requer estabelecer contato com eles ultrapassando sua dor, solidão e isolamento, e trabalhar para intensificar seu prazer em vez de renunciar ao que reivindicam dos outros.

O sr. Goranov é um paciente. Ele não é apenas alguém com uma identidade social e pessoal que casualmente é um paciente; ser um paciente se tornou a essência de quem ele é. Além disso, ele é um paciente insatisfeito, e seu psiquiatra não fornece o que ele quer ou acha que tem o direito de obter. Na realidade, no desenrolar de sua história, fica evidente que esse é um problema já conhecido do sr. Goranov. Ele está insatisfeito com seus amigos, seus empregos e suas companheiras. Assim como seus terapeutas, eles não foram bons o suficiente, não conseguiram reconhecer seu valor e o desapontaram.

Leituras Recomendadas

- Akhtar S: The shy narcissist, in *Changing Ideas in a Changing World: The Revolution in Psychoanalysis. Essays in Honour of Arnold Cooper*. Edited by Sandler J, Michels R, Foaagy P. London, Karnac, 2000, pp 111–119
- Cooper AM: Further developments of the diagnosis of narcissistic personality disorder, in *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 53–74
- Ronningstam EF (ed): *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998
- Ronningstam EF, Weinberg I: Narcissistic personality disorder: progress in recognition and treatment. *Focus* 11(2):167–177, 2013

CASO 18.8

Timidez

J. Christopher Perry

Mathilda Herbert era uma mulher de 23 anos, encaminhada a uma consulta psiquiátrica para ajudá-la a “deixar de ser um bicho do mato”. Ela havia recentemente se mudado para uma nova cidade a fim de ter aulas para se tornar técnica de laboratório industrial e estava dividindo um apartamento com uma prima mais velha, que também era psicoterapeuta, e que achava que ela devia “sair mais e aproveitar a juventude”.

Embora já tivesse tomado remédios para ansiedade, a sra. Herbert afirmou que seu problema real era “timidez”. A vida na escola foi difícil porque todos a “criticavam” constantemente. Evitava ser chamada em aula porque sabia que iria “dizer alguma coisa tola”, ficaria vermelha e todos zombariam dela. Evitava falar em voz alta ou ao telefone, pois se preocupava como ela soaria. Falar em público a apavorava.

Ela também era reservada com amigos. Disse que sempre tentara agradar as pessoas e preferia esconder seus sentimentos com uma atitude animada, dócil e atenciosa. Tinha poucos amigos, os quais descreveu como “afetuosos e para a vida inteira”. Sentia-se sozinha depois da mudança recente e ainda não havia conhecido ninguém da escola ou da comunidade local.

Ela disse ter rompido com seu primeiro namorado dois anos antes. Inicialmente, ele era “gentil e paciente” e, por meio dele, teve uma vida social. Contudo, logo depois de passarem a morar juntos, ele se

revelou um “alcoolista raivoso”. Desde então, não namorara mais.

A sra. Herbert cresceu em uma área metropolitana com seus pais e três irmãos mais velhos. Seu irmão era “hiperativo e antissocial” e atraía a atenção de todos, enquanto suas irmãs eram “supercompetitivas e perfeitas”. A mãe era ansiosamente submissa, “como eu”. O pai da sra. Herbert era um gerente de investimentos muito bem-sucedido que frequentemente frisava como os seus filhos não cumpriam suas expectativas. Ele sabia dar apoio, mas normalmente desprezava a incerteza emocional e valorizava um “otimismo rigoroso”. Gozações e competições “saturavam” o ambiente familiar, e “não ajudou em nada quando tive de frequentar a mesma escola para meninas onde minhas irmãs eram as maiorais e todo mundo era rico e traiçoeiro”. Ela desenvolveu uma sensibilidade aguçada para críticas e insucesso.

Seus pais se divorciaram quando estava no último ano do ensino médio. O pai casou-se com outra mulher logo em seguida. Embora planejasse frequentar a mesma universidade conceituada que as duas irmãs, a sra. Herbert preferiu frequentar uma faculdade comunitária local no último minuto. Explicou que era bom estar fora de toda aquela competição e que sua mãe precisava de seu apoio.

Os pontos fortes da sra. Herbert incluíam um trabalho excelente em química, especialmente depois que um dos professores

res universitários mais antigos demonstrou um interesse especial nela. As viagens para acampar em família a tornaram especialista em habilidades de sobrevivência e ela descobriu que gostava de ficar na floresta, exercitando sua independência. Também gostava de cuidar de crianças e fazia trabalho voluntário em abrigos para animais, porque crianças e animais “valorizam tudo o que você faz e não são cruéis”.

Durante a avaliação, a sra. Herbert era uma jovem bem-vestida de baixa estatura, atenciosa, coerente e objetiva. Sorria bastante, especialmente quando falava sobre coisas que deixariam a maioria das pessoas zangada. Quando o psiquiatra fez um comentário experimental, estabelecendo uma conexão entre a ansiedade atual da sra. Herbert e experiências com seu pai, a paciente pareceu ficar silenciosamente incomodada. Depois de várias ocasiões semelhantes, o psiquiatra ficou preocupado de que comentários interpretativos poderiam ser considerados críticas e teve que monitorar a tendência da sra. Herbert a evitar assuntos delicados. Abordar explicitamente essas preocupações fez com que tanto a paciente quanto o psiquiatra relaxassem e pudessem continuar a conversa de forma mais produtiva.

Diagnósticos

- Transtorno da personalidade evitativa.
- Transtorno de ansiedade social (fobia social).

Discussão

A timidez da sra. Herbert se prolonga a uma esquiva social persistente que reduz sua capacidade de aproveitar a vida. Seu rendimento acadêmico está abaixo de sua capacidade, e ela parece ter escolhido a faculdade (uma faculdade comunitária local) e a carreira (técnica de laboratório) em grande parte para reduzir algum risco percebido e evitar ansiedade. Sente-se solitária, mas não

consegue estabelecer conexões com amigos. Suas tentativas de namoro são frustradas. Ela parece ter dois diagnósticos do DSM-5 que são comórbidos com tanta frequência que podem ser conceitualizações diferentes de condições semelhantes: o transtorno da personalidade evitativa (TPEv) e o transtorno de ansiedade social (fobia social).

O TPEv reflete um padrão persistente de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa. Ele também requer quatro ou mais entre sete critérios, os quais a sra. Herbert satisfaz com facilidade. Ela evita atividades ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo. Durante a maior parte de sua vida, relutou falar em voz alta, com medo de atrair críticas ou passar vexame, mesmo no ambiente familiar. Ela evita ser o centro das atenções, duvida de suas capacidades e fica ruborizada facilmente. Também evita novas situações. Não tem interesse em se envolver com pessoas a menos que tenha certeza de que gostarão dela. Essas características tiveram um efeito debilitante sobre todos os aspectos de sua vida.

Como a maioria das pessoas com TPEv, a sra. Herbert também se qualifica para transtorno de ansiedade social (fobia social) do DSM-5. Ela demonstra medo do escrutínio social e de sofrer avaliações negativas. Situações sociais são suportadas com muita dificuldade, e sua ansiedade está quase sempre presente. Parece tímida, seleciona trabalhos nos quais a interação social é limitada e prefere viver com membros da família.

A sra. Herbert descreve apresentar esses sintomas desde muito cedo. Embora a timidez seja relatada com frequência em indivíduos com TPEv e transtorno de ansiedade social, a maioria das crianças tímidas não evolui para um quadro que apresente o tipo de questões prevalentes em pessoas com esses transtornos: redução do rendimento escolar, de chances de emprego, de produtividade, do nível socioeconômico, da qualidade de vida e do bem-estar geral.

Durante a entrevista, o psiquiatra percebeu o sofrimento da sra. Herbert e sentiu

uma restrição atípica nos assuntos que podia abordar. Em outras palavras, ele ficou ciente de uma reação de contratransferência na qual ficou com medo de ferir os sentimentos da sra. Herbert. Depois de compartilhar suas próprias preocupações de que ela se sentiria criticada por seus comentários, tanto o psiquiatra quanto a paciente conseguiram investigar sua história e aprofundar a aliança terapêutica com maior facilidade. Uma aliança forte ajuda a mitigar o sofrimento e a vergonha, e aumenta a probabilidade de uma investigação mais minuciosa para comorbidades frequentes e também para uma transição mais suave para o tratamento.

Leituras Recomendadas

Perry JC: Cluster C personality disorders: avoidant, obsessive-compulsive, and dependent, in Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders, 5th Edition. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing (in press)

Sanislow CA, Bartolini EE, Zoloth EC: Avoidant personality disorder, in Encyclopedia of Human Behavior, 2nd Edition. Edited by Ramachandran VS. San Diego, CA, Academic Press, 2012, pp 257-266

CASO 18.9

Falta de Autoconfiança

Raymond Raad

Paul S. Appelbaum

Nate Irvin era um homem branco, de 31 anos, que buscou atendimento psiquiátrico ambulatorial devido a “falta de autoconfiança”. Ele relatou dificuldades antigas em ter uma postura afirmativa e estava especificamente angustiado por estar “empacado” há dois anos em seu emprego atual “sem perspectivas” como assistente administrativo. Desejava que alguém lhe dissesse que rumo seguir, para não ter de encarar o “fardo” de tomar uma decisão. No trabalho, achava fácil seguir as ordens do chefe,

mas tinha dificuldades para tomar decisões independentes, por menos importantes que fossem. A situação era “deprimente”, afirmou, mas não era novidade.

O sr. Irvin também relatou insatisfação em seus relacionamentos com mulheres. Descreveu uma série de relacionamentos que duraram vários meses ao longo dos dez anos anteriores, que terminaram apesar de “fazer tudo o que estava a meu alcance”. Seu relacionamento mais recente havia sido com uma cantora de ópera. Ele

relatou ter ido a várias óperas e até ter tido aulas de canto para impressioná-la, apesar de nem gostar tanto assim de música. O relacionamento terminara recentemente por motivos que não ficaram claros. Afirmou que seu humor e sua autoconfiança estavam ligados a seus namoros. Ficar solteiro o deixava desesperado, mas o desespero dificultava ainda mais conseguir uma namorada. Disse que se sentia preso nesse ciclo. Desde o último rompimento, havia ficado bastante triste, com choros frequentes. Foi essa depressão que o levou a buscar tratamento. Ele negou todos os outros sintomas de depressão, incluindo problemas com sono, apetite, energia, ideação suicida e capacidade de ter prazer em atividades.

O sr. Irvin inicialmente negou tomar medicamentos, mas por fim revelou que, um ano antes, seu clínico geral receitara 0,5 mg de alprazolam por dia para “ansiedade”. Sua dose aumentou e, no momento da avaliação, o sr. Irvin estava tomando 5 mg por dia e obtinha receitas de três médicos diferentes. A redução da dose gerava ansiedade e tremores.

O sr. Irvin negou história psiquiátrica familiar ou pessoal anterior, incluindo consultas psiquiátricas ambulatoriais.

Depois de ouvir sua história, a psiquiatra ficou preocupada com o uso crescente de alprazolam pelo sr. Irvin e suas dificuldades crônicas em ser independente. Ela achou que o diagnóstico mais preciso fosse transtorno por uso de benzodiazepínicos comórbido com um transtorno da personalidade. Contudo, estava preocupada com os efeitos negativos não intencionais que esses diagnósticos poderiam ter sobre o paciente, incluindo seu emprego e seu plano de saúde, bem como a forma como ele lidaria com outros clínicos no futuro. No registro médico eletrônico do paciente, digitou um diagnóstico de “transtorno de adaptação com humor deprimido”. Duas semanas mais tarde, a companhia de seguros do sr. Irvin perguntou sobre seu diagnóstico, e ela forneceu a mesma informação.

Diagnósticos

- Transtorno da personalidade dependente.
- Transtorno por uso de benzodiazepínicos.

Discussão

O sr. Irvin tem uma necessidade excessiva de que alguém cuide e tome decisões por ele. Ele apresenta dificuldade em tomar decisões de forma independente e deseja que outros o façam por ele. Carece de confiança para dar início a projetos ou fazer coisas autonomamente, geralmente se sente incomodado por ficar sozinho e evita conflitos de opinião, mesmo sobre questões corriqueiras. Faz de tudo para buscar e manter relacionamentos e obter apoio e incentivo de outros.

O sr. Irvin, portanto, satisfaz pelo menos seis dos oito critérios do DSM-5 (apenas cinco são necessários) para transtorno da personalidade dependente. Para satisfazer os critérios desse diagnóstico, esses padrões também precisam se encaixar nos critérios gerais de um transtorno da personalidade (i.e., os sintomas precisam ser diferentes das expectativas culturais e constantes, inflexíveis, globais e associados a sofrimento e/ou prejuízo do funcionamento). Os sintomas do sr. Irvin satisfazem esse padrão. Além disso, eles são persistentes, debilitantes e estão fora das expectativas normais para um homem adulto saudável na sua faixa etária.

Muitos diagnósticos psiquiátricos podem intensificar traços de personalidade dependente ou serem comórbidos com o transtorno da personalidade dependente. No caso desse paciente, é importante levar em consideração um transtorno do humor, porque ele se apresenta com “depressão” que se agravou recentemente. Alguns pacientes com transtornos do humor podem apresentar sintomas que se assemelham a transtornos da personalidade, de forma que se esse paciente estiver no meio de um episódio depressivo maior, seus sintomas de dependên-

cia podem estar confinados a esse episódio. Contudo, o sr. Irvin nega outros sintomas de depressão e não satisfaz os critérios para nenhum dos transtornos depressivos.

Vale destacar que o sr. Irvin usa alprazolam. Ele vem tomando o medicamento em quantidades crescentes ao longo de um período de tempo maior do que o pretendido. Para obter um estoque adequado, ele consegue receitas de três médicos diferentes. Desenvolveu tolerância (resultando em aumento da dosagem) e abstinência (conforme demonstrado por ansiedade e tremores). Supondo que uma investigação mais aprofundada confirmaria prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, o sr. Irvin satisfaz os critérios para transtorno por uso de benzodiazepínicos. Devido à sua história de uso e à sua tendência a não ser totalmente sincero, será muito importante investigar, com tato, a possibilidade de que ele esteja usando outras substâncias, incluindo álcool, tabaco, drogas ilícitas e fármacos prescritos, como opioides.

A psiquiatra, nesse caso, se depara com um conflito frequente na prática clínica. A documentação dos diagnósticos do paciente em prontuários médicos – e sua divulgação para terceiros – às vezes pode acabar tendo efeitos sobre a cobertura do plano de saúde do paciente ou sobre sua situação de deficiência e pode levar a estigma, tanto dentro como fora do sistema de saúde. Devido a essa realidade, os psiquiatras podem se sentir tentados a registrar apenas o menos grave de vários diagnósticos ou, às vezes, registrar transtornos imprecisos, mas supostamente menos perniciosos. Neste caso, a psiquiatra fez ambos. Embora o paciente tenha humor deprimido, ele não satisfaz os critérios para o transtorno de adaptação registrado pela psiquiatra. Contudo, ele realmente parece satisfazer os critérios tanto para transtornos da personalidade dependente como para transtorno por uso de benzodiazepínicos, mas nenhum desses diagnósticos mais graves (e que potencialmente causam maior estigma) foi incluído no prontuário ou informado à companhia de plano de saúde.

Quando os diagnósticos são registrados com imprecisão em prontuários médicos com o propósito de proteger pacientes, o efeito pode acabar sendo o oposto. Os clínicos posteriores que analisarão os registros podem não dispor de informações críticas quanto à apresentação do paciente e seu tratamento. Por exemplo, se o sr. Irvin precisasse com urgência de uma recepta de benzodiazepínicos, um psiquiatra de plantão poderia não ter como saber, a partir de seu prontuário, sobre seu padrão de abuso da substância ou de sua dependência fisiológica. Como um médico que “não quer causar problemas”, a psiquiatra do sr. Irvin tentou protegê-lo de estigma, mas em vez disso, o expôs a risco médico.

O médico tem outras responsabilidades além do paciente. Quando o médico e o paciente concordam em aceitar pagamento de uma companhia de seguros, o médico pode ser obrigado a fornecer à empresa e às agências governamentais uma quantidade razoável de informações clínicas genuínas. A falta de transparência equivale a fraude e pode ser levada a juízo. Além disso, embora pertencer à profissão médica ofereça vários privilégios, também envolve responsabilidades. Logro no diagnóstico pode parecer um esforço inócuo para proteger o paciente, mas a desonestidade afeta de forma negativa a reputação de toda uma categoria de profissionais, reputação que é fundamental para a capacidade de oferecer tratamento a pacientes futuros.

Leituras Recomendadas

- Appelbaum PS: Privacy in psychiatric treatment: threats and responses. *Am J Psychiatry* 159(11):1809–1818, 2002
- Howe E: Core ethical questions: what do you do when your obligations as a psychiatrist conflict with ethics? *Psychiatry* 7(5):19–26, 2010
- Mullins-Sweatt SN, Bernstein DP, Widiger TA: Retention or deletion of personality disorder diagnoses for DSM-5: an expert consensus approach. *J Pers Disord* 26(5):689–703, 2012

CASO 18.10

Controle do Relacionamento

Michael F. Walton

Ogden Judd e seu namorado, Peter Kleinman, se apresentaram para terapia de casais a fim de lidar com o conflito crescente envolvendo a questão de morarem juntos. O sr. Kleinman descreveu uma busca por apartamento que durou vários meses e que considerou “angustiante” devido ao rígido horário de trabalho do sr. Judd e à sua lista “interminável” de requisitos para o apartamento. Eles não conseguiam tomar uma decisão e, por fim, resolveram simplesmente dividir o apartamento do sr. Judd. Na conclusão do sr. Kleinman, “Ogden venceu”.

O sr. Judd se recusou a contratar uma empresa de mudanças para levar os pertences do namorado e insistiu em embalar pessoalmente e fazer um inventário de todos os itens que o namorado estava levando. O que deveria ter durado dois dias levou uma semana. Assim que os objetos foram transportados para o apartamento do sr. Judd, o sr. Kleinman começou a reclamar das “regras malucas” do sr. Judd sobre onde os objetos poderiam ser colocados na prateleira, para qual direção os cabides do armário deveriam ficar voltados, e se suas roupas podiam se misturar. Além disso, o sr. Kleinman queixou-se que mal havia espaço para seus pertences porque o sr. Judd nunca jogava nada fora. “Tenho pavor de perder alguma coisa importante”, acrescentou o sr. Judd.

Ao longo das semanas seguintes, discussões irrompiam todas as noites quan-

do abriam caixas e se estabeleciam no apartamento. Para piorar a situação, o sr. Judd, com frequência, voltava para casa depois das 21 ou 22h, porque seguia uma regra pessoal de sempre “zerar” sua lista de tarefas no final do dia. O sr. Kleinman frequentemente acordava cedo de manhã e encontrava o sr. Judd organizando prateleiras ou armários e dispondo livros em ordem alfabética por autor com uma expressão severa. Durante todo o processo, o sr. Judd parecia se esforçar para fazer tudo enquanto se divertia cada vez menos e obtia menos resultados. O sr. Kleinman via-se cada vez mais distante de seu namorado quanto mais viviam juntos.

O sr. Judd negou sintomas de depressão e de ansiedade flutuante. Afirmou que nunca havia experimentado cigarros ou álcool e acrescentou: “Não gostaria de sentir que perdi o controle”. Negou história familiar de doença mental. Foi criado em um ambiente familiar com ambos os pais e havia sido um aluno de ensino médio e estudante universitário acima da média. Ele era filho único e dividiu um quarto pela primeira vez quando entrou na faculdade. Descreveu a experiência como difícil, devido a “estilos conflitantes – ele era bagunceiro e eu sabia que as coisas devem se manter organizadas”. Na metade daquele ano, mudou-se para um quarto só seu na residência estudantil e não morou com mais ninguém até a mudança do sr. Kleinman. O sr. Judd tinha o apreço de seu

chefe, ganhando reconhecimento como “empregado do mês” três vezes em dois anos. As opiniões obtidas junto a colegas e subordinados não eram tão entusiásticas, indicando que ele era rígido, perfeccionista e crítico demais.

Durante o exame, a aparência do sr. Judd era a de um homem magro com óculos e gel no cabelo, sentado no sofá, ao lado do namorado. Estava vestido de forma meticulosa. Esteve cooperativo durante a entrevista e sentou-se em silêncio enquanto o namorado falava, interrompendo-o apenas em algumas ocasiões para contestá-lo. Seu discurso tinha velocidade e tom normais. O afeto era irritável. Não havia evidências de depressão. Negou fobias específicas e achava que nunca havia vivenciado um ataque de pânico. No final da consulta, o sr. Judd comentou: “sei que sou uma pessoa difícil, mas realmente quero que nosso relacionamento dê certo”.

Diagnóstico

- Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Discussão

Um tratamento para casais provavelmente seria orientado para o relacionamento em vez de um dos dois homens, mas o relato de caso claramente se concentra na contribuição do sr. Judd para as dificuldades no relacionamento. O sr. Judd é visto como uma pessoa “viciada em trabalho”, controladora, inflexível e motivada pela perfeição. Ele se apega a pertences de forma exagerada e acha difícil integrar novos objetos em seu apartamento, passando horas organizando sozinho livros que, de outra forma, poderiam simplesmente ser colocados em uma prateleira. É motivado, não consegue delegar e, embora essas qualidades possam ser adaptativas em algumas circunstâncias, elas lhe estão causando

sofrimento e disfunção no que se refere à situação com o namorado e com os colegas de trabalho. O sr. Judd parece satisfazer os critérios, portanto, para um diagnóstico do DSM-5 de transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC).

O TPOC e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) podem ser comórbidos, mas as duas condições normalmente existem de forma distinta. O fator importante de diferenciação é que, enquanto o TPOC é considerado um padrão mal-adaptativo de comportamento caracterizado por controle excessivo e inflexibilidade, o TOC se caracteriza pela presença de obsessões e compulsões verdadeiras.

Contudo, pode haver sobreposições comportamentais significativas entre o TOC e o TPOC. Por exemplo, comportamentos de acumulação podem ser comuns a ambos os diagnósticos. No TPOC, a causa do transtorno de acumulação é a necessidade de ordem e completude, e o sr. Judd relata que tem “pavor de perder alguma coisa importante”. Para compensar o fato de que seu apartamento agora é dividido com o namorado – e está cheio demais – ele trabalha a noite inteira, implacavelmente, para que suas estantes e armários mantenham o padrão habitual de organização excessiva. No TOC, a causa para a acumulação tende a ser ou a esquiva de rituais compulsivos onerosos ou temores obsessivos e frequentemente iracionais de incompletude, dano e contaminação. Os comportamentos normalmente não são desejados, causam sofrimento e provavelmente levam ao acúmulo de entulhos, como unhas cortadas ou comida podre. No transtorno de acumulação, um novo diagnóstico do DSM-5, o enfoque é exclusivamente na dificuldade persistente em descartar ou separar-se de possessões em vez de em uma necessidade de ordem ou em obsessões e compulsões.

No caso do sr. Judd, seria importante investigar se seu comportamento de

acumulação atenua um pensamento específico particularmente angustiante ou intrusivo e compreender até onde vão suas acumulações. Os hábitos de fazer listas e arrumar objetos podem ser compulsões e satisfazer os critérios para TOC caso estejam não apenas acompanhados por tensão e dificuldade de relaxar, mas se também tomarem tempo, causarem angústia, forem repetitivos demais e ritualísticos. Embora o DSM-5 incentive um esforço para fazer a distinção entre TPOC, TOC e transtorno de acumulação, esses três transtornos podem ser comórbidos entre si.

Conforme discutido na introdução deste capítulo, a Seção III do DSM-5 esboça um modelo alternativo que inclui cinco domínios de traços de transtornos da personalidade (ver a Tabela 18-1 na introdução deste capítulo): afetividade negativa, desvinculação, antagonismo, desinibição (*versus* conscienciosidade) e psicoticismo. Vários desses fatores são pertinentes para um diagnóstico de TPOC. Por exemplo, o estilo interpessoal do sr. Judd tanto com seu namorado como

com seus colegas de trabalho parece ser caracterizado por uma desvinculação rígida e níveis restritos de intimidade. Ele manifesta uma quantidade significativa de afetividade negativa, como se reflete na persistência implacável de se ater a tarefas que perderam sua utilidade. Por fim, a compulsividade do sr. Judd permeia toda a história, caracterizada por escrupulosidade extrema e perfeccionismo rígido.

Leituras Recomendadas

- Hays P: Determination of the obsessional personality. Am J Psychiatry 129(2):217–219, 1972
Lochner C, Serebro P, van der Merwe L, et al: Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): a marker of severity. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 35(4):1087–1092, 2011
Pinto MA, Eisen J, Mancebo M, et al: Obsessive-compulsive personality disorder, in Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions. Edited by Abramowitz J, McKay D, Taylor S. Oxford, UK, Oxford University Press, 2008, pp 246–270

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

CAPÍTULO 19

Transtornos Parafílicos

INTRODUÇÃO

John W. Barnhill

Parafilias são definidas como interesses sexuais intensos e persistentes fora do âmbito de carícias e estimulação genital entre adultos de comum acordo e fenótipo normal. Um *transtorno parafílico* exige a presença de impulsos parafílicos e a existência de sofrimento, disfunção e/ou tomada de ação a partir desses anseios (conforme descrição detalhada mais adiante nesta introdução). A definição de *parafilia* é ampla a ponto de existirem dezenas, e mesmo centenas, de parafilias e transtornos parafílicos identificados, sendo que todos carregam ambiguidade e controvérsia; mas o DSM-5 identifica especificamente apenas oito: transtornos voyeurista, exibicionista, frotteurista, do masoquismo sexual, do sadismo sexual, pedofílico, fetichista e transvestico.

As parafilias podem ser divididas entre as que apresentam atividades anômalas (p.

ex., masoquismo sexual) e as que apresentam objetos anômalos (p. ex., fetiches). Elas também podem ser divididas entre as que não apresentam vítimas (p. ex., transvestismo) e as que são definidas de tal maneira que, quando realizadas, inevitavelmente incluem uma vítima (p. ex., transtornos pedofílico e do sadismo sexual).

Por exemplo, um indivíduo poderia indicar que tem excitação sexual recorrente e intensa por meio do uso de objetos inanimados (p. ex., sapatos) ou por focalizar uma parte não genital do corpo (p. ex., pés). Se as fantasias, impulsos ou comportamentos associados transcendem os seus interesses e comportamentos sexuais “normofílicos”, então pode-se dizer que ele tem uma parafilia específica – ou seja, um fetiche. Se, no entanto, o fetiche não for intenso ou persistente, mas é usado como parte eventual de um repertório sexual am-

plo na busca de estimulação genital, então o indivíduo provavelmente não satisfaz os critérios para uma parafilia. Caso o fetiche leve o indivíduo a ter uma disfunção (p. ex., dificuldades sexuais clinicamente relevantes com um parceiro) ou sofrimento (p. ex., vergonha clinicamente relevante), então ele – e pessoas com fetiches são quase sempre homens – justificaria o estabelecimento de um diagnóstico de transtorno fetichista.

Algumas parafilias incluídas no DSM-5 foram selecionadas porque sua execução inevitavelmente gera vítimas. Desses, a mais comum é o voyeurismo. O voyeurismo do DSM-5 não se refere a alguém que casualmente olha com desejo um passante ou que fica sexualmente excitado “espiando” pessoas em uma praia onde roupas são opcionais. O transtorno voyeurístico do DSM-5 envolve pessoas que não ofereceram seu consentimento e, dessa forma, consiste em atividade criminosa. O transtorno é diagnosticado quando os anseios voyeurísticos são executados repetidamente, levando a sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo. Como ocorre com todas as parafilias associadas à atividade criminosa, um transtorno também é diagnosticado mesmo quando o indivíduo nega sofrimento e disfunção, contanto que exista um padrão de comportamento parafílico de relevância criminal. Assim como as outras parafilias com potencial criminoso, o transtorno voyeurístico também pode ser diagnosticado se um indivíduo que não age a partir desses desejos, mas cujos anseios ou fantasias causem sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.

Algumas dessas parafilias estão associadas a crimes hediondos. Do ponto de vista forense, o transtorno pedofílico identifica pessoas – quase sempre homens – que agem motivadas por seu interesse sexual persistente em crianças pré-púberes. A partir de uma perspectiva forense, o diagnóstico

não é geralmente destinado a homens que, entre suas várias fantasias sexuais, consideram adolescentes atraentes, mas ainda assim não violam leis ou não encontram dificuldades interpessoais e não são perturbados por suas fantasias. O DSM-5 também esclarece que a criança deve ter menos de 13 anos e que o transgressor deve ter, no mínimo, 16 anos e ser 5 anos mais velho do que a vítima. O principal interesse forense está em comportamentos que transcendem a noção típica de sexualidade e se degeneram em sociopatia e predação. Contudo o DSM-5 permite que o diagnóstico de transtorno pedofílico seja estabelecido em situações nas quais o interesse sexual em crianças pré-púberes não é levado à ação, mas os anseios e fantasias causam sofrimento acen-tuado ou dificuldade interpessoal.

De modo semelhante, o diagnóstico de transtorno do sadismo sexual parece identificar duas populações clínicas diferentes. Em ambos os grupos, o indivíduo sente uma excitação sexual intensa e recorrente gerada pelo sofrimento de outra pessoa, conforme manifestado por fantasias, anseios ou comportamentos. O interesse forense principal volta-se para pessoas que forciam crianças e adultos que não ofereceram consentimento a experimentar sofrimento físico e psicológico como parte da própria busca do transgressor por excitação sexual. Nesses cenários, o transtorno do sadismo sexual se aplica com mais frequência a homens com transtorno da personalidade antisocial comórbido que aguardam julgamento. O diagnóstico de transtorno do sadismo sexual também pode ser usado para descrever pessoas que não agem a partir de seus impulsos sádicos e/ou não envolvem vítimas que não ofereceram consentimento em seus comportamentos, mas vivenciam sofrimento ou prejuízo. O transtorno do sadismo sexual não se aplica à vasta maioria de pessoas cujos comportamento e fantasias sexuais se encontram agrupados sobre a égide BDSM (*bondage*, dominação/disciplina, sadismo/submissão e masoquismo). Para a maioria das pessoas que se dedica a práticas associadas com

BDSM, o consentimento e o acordo mútuo são fundamentais. Embora a fantasia e o comportamento específico possam incluir controle, dor e/ou humilhação, as pessoas envolvidas são adultos em comum acordo, e a maioria não parece exibir sofrimento ou prejuízo associados.

Os critérios para um diagnóstico de parafilia diferem um pouco dos outros diagnósticos no DSM-5. Por exemplo, voyeurismo, pedofilia e sadismo sexual podem ser diagnosticados quando o indivíduo nega sofrimento, disfunção, excitação sexual ou mesmo qualquer tipo de envolvimento na atividade, contanto que haja evidências de envolvimento que indiquem uma probabilidade de excitação sexual persistente relacionada à parafilia. Essa definição vale para todas as parafilias com tendência a levar a comportamento criminoso, incluindo frotourismo (tocar ou esfregar-se em um indivíduo sem seu consentimento) e exibicionismo (expor os genitais a uma pessoa sem seu consentimento). A ideia de que se pode chegar a conclusões com base em evidências externas independentemente de avaliação psiquiátrica (incluindo uma combinação de história do paciente, observação clínica e exame de estado mental) é comum no sistema legal, mas é atípica na maioria das avaliações psiquiátricas. A inclusão de evidências externas também não faz parte da definição para as parafilias que não se caracterizam por envolver o sistema judiciário.

As parafilias inspiram questões interessantes. A primeira é se a nomenclatura psiquiátrica deve ser envolvida em comportamentos sexuais que são fortemente influenciados por normas culturais e podem levar a pouco ou nenhum sofrimento ou disfunção no indivíduo. Por exemplo, um diagnóstico que identifica um grupo de pessoas que abusa sexualmente de crianças pré-púberes (pedofilia) pode ser útil tanto para o sistema judiciário quanto para clínicos que criam programas de tratamento. Se extrapolado para incluir um interesse sexual focalizado em adolescentes (conhecido como hebefilia, o qual foi considerado

para inclusão, mas por fim não foi discutido no DSM-5), a parafilia se depara com as amplas variações que existem quanto à maturidade humana e o que é legal e culturalmente aceitável em estados, países e épocas diferentes.

A nosologia das parafilias desperta a importante questão de qual, exatamente, é o fator que transforma um comportamento em um transtorno. É sua qualidade de ser atípico? É o sofrimento do indivíduo (p. ex., culpa, se alguém se machuca)? No caso das parafilias com vítima, é o efeito dos atos (p. ex., a pessoa machucada), independentemente das reações ou do propósito do transgressor? É a natureza compulsiva e proposital do comportamento? Historicamente, a área da psiquiatria teve bastante confiança sobre os comportamentos e referenciais que poderiam ser considerados parte do desenvolvimento sexual humano normal. No século XXI, as definições de normalidade sexual são contestadas acaloradamente. As parafilias do DSM não incluem mais, por exemplo, a homossexualidade, mas incluem outros comportamentos sexuais em que não há nem vítimas nem disfunção ou sofrimento (p. ex., fetiches e transvestismo). Os limites de comportamentos parafílicos estão mudando, e deve-se esperar para ver como a área irá incorporar a noção de que muitos padrões atípicos de desenvolvimento e comportamentos sexuais estão sendo vistos cada vez mais como variações normais tanto dentro da profissão como na cultura como um todo.

Apesar das constantes mudanças e discussões, a abordagem diagnóstica atual aos transtornos parafílicos é razoavelmente clara e pode ser considerada a partir de dois ângulos. Um deles é predominantemente de ordem legal. Se uma vítima sofrer dano devido ao padrão não normativo de comportamento sexual de outra pessoa, há, provavelmente, um transtorno parafílico subjacente (bem como uma provável comorbidade, como transtorno da personalidade antisocial, por exemplo). O segundo ângulo não envolve o sistema judiciário.

Caso um indivíduo indique um padrão persistente e não normativo de comportamento, anseios ou fantasias sexuais, então há probabilidade de se identificar uma parafilia. Se essa parafilia causar, diretamente, sofrimento ou disfunção, então pode-se estabelecer um diagnóstico. E, por meio dessa complexidade, segue sendo uma questão de julgamento clínico decidir se o diagnóstico merece atenção profissional.

Leituras Recomendadas

- Balon R: Controversies in the diagnosis and treatment of paraphilic disorders. J Sex Marital Ther 39(1):7–20, 2013
- De Block A, Adriaens PR: Pathologizing sexual deviance: a history. J Sex Res 50(3–4):276–298, 2013
- Malón A: Pedophilia: a diagnosis in search of a disorder. Arch Sex Behav 41(5):1083–1097, 2012

CASO 19.1

Sadismo

J. Paul Fedoroff

Raven Lundquist chegou meia hora atrasada para sua avaliação psiquiátrica. Ela era uma universitária de 24 anos, estudante de filosofia, vestia preto, parecia taciturna e evitou contato visual. Havia recentemente se mudado para morar com seus pais.

Com um pouco de incentivo, a sra. Lundquist explicou que a consulta havia sido ideia da mãe. Até duas semanas antes, ela estava em um relacionamento lésbico com Sandy Morrison. O relacionamento chegou ao fim quando a sra. Morrison a flagrou beijando o irmão dela (da sra. Morrison). Furiosa, ela enviou o diário da sra. Lundquist para a mãe da ex-namorada, depois de escrever “SÁDICA” na capa. O diário estava repleto de descrições ex-

plícitas de *bondage*, controle e flagelação. Várias anotações envolviam os sentimentos da sra. Lundquist quando disciplinava a sra. Morrison, mas outras abordavam “festas sexuais de BDSM (*bondage*, dominação/disciplina, sadismo/submissão e masoquismo)”, nas quais a sra. Lundquist parecia gostar de ser paga para causar dor e humilhação em homens mais velhos.

A sra. Lundquist afirmou que a consulta era “um absurdo. Não existe problema, exceto ser chutada para fora de casa se não obter ‘ajuda’ psiquiátrica. Sou uma *top* (parceiro sexual dominante). E daí?”. A sra. Lundquist concordou em retornar para uma segunda sessão com a combinação de que o psiquiatra se dispusesse a

"ouvir o meu lado da história e decidir se a terapia é uma boa ideia".

Na segunda sessão, ela disse que resolreu estudar filosofia depois de ler *Justine*, do Marquês de Sade. "Não é tão bom como *Lolita*, mas senti uma sintonia". Disse que pretendia se especializar em ética de tratamentos médicos. "Sim, existe a questão do controle nessa área, mas também gosto da ideia de que indivíduos têm direitos. Nunca amarrei ninguém que não tivesse pedido". A sra. Lundquist admitiu beber mais do que deveria; com frequência, bebia até ficar intoxicada quando sua intenção era de consumir apenas uma ou duas doses. A maioria de suas brigas com a mãe e com a namorada ocorreu depois de ela ter ficado "muito, mas muito bêbada". Frequentemente perdia as aulas no primeiro horário da manhã devido à ressaca. Evitava drogas ilegais ("Não gosto de perder o controle, e o álcool já é ruim o suficiente"). Não tinha antecedentes criminais. Realmente havia sido paga para frequentar festas de BDSM, mas "tudo o que fazia era parecer ameaçadora, vestir umas roupas curtinhas e dar umas palmadas nesses caras mais velhos. Era o que eles queriam, era tão patético. Amarrar a minha namorada era muito mais divertido".

Na história de sua infância destacava-se o fato de ter vivido em lares para adoção até ser adotada pela mulher a quem chama de sua "mãe intrusiva, mas de bom coração". Ela tinha lacunas de memória da infância e achava que podia ter sido molestada. "Faria sentido, não é? Mas, realmente, não consigo me lembrar".

A sra. Lundquist descreveu atração sexual por homens e mulheres, mas preferia mulheres porque "normalmente são mais submissas". Quando se masturbava, fantasiava sobre "poder e controle", mas não conseguia ser mais específica. Percebeu que se sentia atraída pelo irmão da namorada e que provavelmente o namoraria "mesmo que ele não seja um *sub*" ("*sub*", ou "submisso", geralmente descreve uma pessoa que assume um papel subserviente

e submisso no relacionamento, embora as aparências possam ser enganosas).

A história médica da sra. Lundquist era pertinente na forma de escoliose, para a qual, quando criança, foi tratada com a haste metálica de Harrington, tendo passado muito tempo hospitalizada.

Durante o exame, a sra. Lundquist estava reservada quanto à descrição de suas emoções. Afirmou que estava "chateada" desde o rompimento com a namorada, mas negou outros sintomas de depressão. Acrescentou que ter de viver com a mãe novamente a incomodava mais do que a falta da namorada. Acabava ficando acordada à noite e dormia até tarde. Seu apetite oscilava e, de vez em quando, seguia dietas-relâmpago para "provar que tenho controle sobre meus anseios". Nunca esteve suicida. Tinha pensamentos sobre matar outras pessoas e admitiu uma certa "excitação" com a ideia, mas não tinha planos nem vítimas específicas. Não tinha delírios, alucinações e nenhum sintoma relacionado a ansiedade. Era inteligente e sua cognição estava preservada.

Diagnóstico

- Transtorno por uso de álcool.

Discussão

A sra. Lundquist se apresenta para uma avaliação psiquiátrica devido à preocupação da mãe de que ela seja sádica. De acordo com a sra. Lundquist, ela tem prazer em ser uma "*top*", ou parceira sexual dominante. Foi paga para espancar homens em festas de cunho BDSM, mas não deixou claro se achou essa atividade particularmente excitante. Descreve um forte interesse em permanecer no controle, tanto no que se refere a sexo (p. ex., amarrar sua namorada) quanto em sua vida (não usa drogas porque não quer perder o controle, e ter de se mudar de volta para a casa da mãe – onde ela su-

postamente tem menos controle sobre sua vida – era mais doloroso do que perder a namorada).

No vernáculo corrente, a palavra *sadismo* se refere a crueldade, insensibilidade, e outros traços desagradáveis que não são necessariamente de natureza sexual. No DSM-5, sadismo sexual é definido como “excitação sexual recorrente e intensa decorrente do sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa”. Não está claro se a sra. Lundquist se encaixa nessa definição. O caso não entra em detalhes sobre suas fantasias ou comportamentos sexuais, e não está claro se ela sente excitação sexual ao causar sofrimento.

O diagnóstico de transtorno de sadismo sexual também exige que o indivíduo tenha agido movido por esses impulsos sexuais com um indivíduo sem seu consentimento, ou que os impulsos ou fantasias sexuais causem sofrimento ou prejuízo acentuado. Não há evidências que sugiram que a sra. Lundquist tenha executado fantasias sexuais lesivas em uma vítima sem seu consentimento. De fato, ela está em consonância com a atitude da comunidade de BDSM que, via de regra, insiste no consentimento. As atividades são claramente explicadas de antemão, incluindo uma forma automática de encerrar a atividade (p. ex., palavras de segurança [ou *safe words*]).

As informações fornecidas pela sra. Lundquist sobre suas fantasias são vagas e não acrescentam dados relevantes, de modo que não fica claro se a humilhação e a dor são componentes importantes. O mais importante é que ela nega sofrimento e prejuízo em relação a seu comportamento sexual. Embora a ex-namorada esteja zangada com a sra. Lundquist, o motivo está mais relacionado ao fato de ela ter beijado seu irmão do que ao seu comportamento sexual. Ler o diário causou sofrimento à mãe, mas a própria sra. Lundquist não sofre com suas fantasias, impulsos ou comportamentos sádicos.

É possível, então, que a sra. Lundquist tenha sadismo sexual (excitação decorrente do sofrimento de outras pessoas) sem ter um transtorno do sadismo sexual (causar sofrimento a uma pessoa sem seu consentimento, ou apresentar sofrimento ou prejuízo devido aos impulsos ou fantasias). Em outras palavras, ela pode ter uma parafilia sem apresentar um transtorno parafílico nos moldes do DSM-5.

Embora a sra. Lundquist possa preferir se concentrar em suas atividades性uais (e, dessa forma, manter o controle sobre a entrevista), o psiquiatra conduzindo a avaliação pode querer investigar outras questões. Por exemplo, a sra. Lundquist acredita que pode ter sofrido abuso sexual antes de ser adotada e não consegue se lembrar de períodos extensos de sua infância, o que sugere a possibilidade de um transtorno dissociativo e/ou transtorno de estresse pós-traumático. Ela menciona a haste metálica de Harrington casualmente, mas seria importante investigar o impacto da dor e das hospitalizações recorrentes sobre seu interesse em dor, controle e ética médica. Seria importante esclarecer, de forma mais completa, seus sintomas depressivos e de ansiedade.

A paciente nega abuso de drogas fortes, mas admite beber mais do que deveria. Ela relata beber frequentemente até intoxicar-se, ser incapaz de controlar seu consumo, perda de aulas matinais devido aos efeitos posteriores do álcool e conflitos interpessoais que parecem estar diretamente relacionados à intoxicação. O único diagnóstico do DSM-5 que parece incontestável, portanto, é transtorno por uso de álcool.

A sra. Lundquist foi coagida a esta avaliação por sua mãe, mas retornou para uma segunda sessão para que pudesse contar seu lado da história e “decidir se a terapia é uma boa ideia”. Ela pode precisar ou não de terapia para ajudar com sua sexualidade, mas poderia ser fundamental para ajudá-la com outros aspectos de sua vida.

Leituras Recomendadas

- Fedoroff JP: Sadism, sadomasochism, sex, and violence. *Can J Psychiatry* 53(10):637–646, 2008
 Fedoroff JP: Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria

for sexual paraphilic disorder. *J Am Acad Psychiatry Law* 39(2):238–241, 2011
 Money J: *Vandalized Lovemaps*. Buffalo, NY, Prometheus, 1989

CASO 19.2

Problemas de Relacionamento

Richard Balon

Terry Najarian, 65 anos, vendedor em uma empresa de grande porte, se apresentou para uma avaliação psiquiátrica após sua esposa ameaçar deixá-lo. Embora ele afirmasse ter vergonha de falar sobre essas questões com um estranho, descreveu seu interesse sexual em roupas íntimas femininas de modo prosaico. Esse interesse surgiu vários anos antes e não havia se tornado um problema até a esposa flagrá-lo se masturbando seis semanas antes da avaliação. Ao vê-lo vestindo calcinhas e sutiã, ela inicialmente “ficou doida”, achando que ele estava tendo um caso extraconjugal. Depois de esclarecer que não estava se relacionando com outra pessoa, ela o “excluiu” e dificilmente falava com ele. Quando discutiam, ela o chamava de “pervertido” e deixou claro que estava pensando em divórcio, a menos que ele “buscasse ajuda”.

O hábito do sr. Najarian começou junto com a artrite grave e provável depressão

da esposa, sendo que as duas condições reduziram significativamente seu nível de atividade geral e, especificamente, o interesse dela em sexo. Seu “fetiche” era a melhor parte de suas viagens frequentes de negócios que, fora isso, eram bastante tediosas. Ele também se masturbava em casa, mas geralmente esperava a esposa sair. O padrão específico era se masturbar cerca de duas vezes por semana, usando sutiãs e calcinhas que havia adquirido ao longo de vários anos. Afirmou que as relações sexuais com a esposa haviam decaído para “uma vez a cada um ou dois meses”, mas satisfaziam a ambos.

O paciente estava casado há mais de 30 anos, e o casal tinha dois filhos adultos. O sr. Najarian planejava ter uma aposentadoria confortável em alguns meses, o que não ocorreria se tivesse de escolher entre “dividir os bens ou ficar em casa e ser chamado de pervertido o dia inteiro”. Ficou

visivelmente ansioso ao discutir seus problemas conjugais. Descreveu um pouco de dificuldade recente em dormir e se “preocupava constantemente” com o casamento, mas negou outros problemas psiquiátricos. Jogou meia dúzia de roupas íntimas femininas no lixo na frente da esposa, o que pareceu tranquilizá-la, mas guardou suas “favoritas” e “sempre poderia comprar mais”. Disse que se sentia dividido. Não queria terminar seu casamento, mas não via nada errado nessa nova maneira de se masturbar. “Não sou infiel nem estou fazendo nenhum mal”, afirmou. “Simplesmente me sinto excitado, e minha esposa decididamente não quer fazer sexo algumas vezes por semana”.

O sr. Najarian negou dificuldades relacionadas ao funcionamento sexual e acrescentou que conseguia manter ereções e atingir o orgasmo sem as roupas íntimas femininas. Ele evocou a lembrança de se sentir excitado quando tocava roupas íntimas femininas na adolescência e de ter se masturbado várias vezes pensando na experiência. Essa fantasia havia desaparecido quando se tornou sexualmente ativo com a esposa. Negou história pessoal ou familiar de doença mental.

Diagnóstico

- Transtorno fetichista.

Discussão

O sr. Najarian apresenta uma história de vários anos de excitação sexual com roupas íntimas femininas. Seu comportamento se encaixa na definição de fetiche, que se caracteriza por excitação sexual persistente e intensa decorrente do uso de objetos inanimados (p. ex., roupas íntimas femininas) ou um foco extremamente específico em uma parte não genital do corpo (p. ex., pés). As parafilias normalmente são divididas de acordo com a atividade ou objeto da atividade, de forma que o fetichismo seria con-

siderado um exemplo de comportamento com “objeto anômalo”, junto de parafilias como pedofilia e transvestismo.

Contudo, as parafilias não consistem em transtornos parafílicos do DSM-5 até que causem sofrimento, envolvam riscos ou tenham o potencial de causar dano a outros. No caso do sr. Najarian, seu comportamento parece ter sido egossintônico e não lhe causou dificuldades até ser flagrado pela esposa vestindo roupas íntimas femininas. A partir desse momento, ele começou a sentir angústia, o que o levou à avaliação psiquiátrica que provavelmente conduziria a um diagnóstico de transtorno fetichista do DSM-5. Se sua esposa aceitasse ou adotasse seu fetiche e sua própria angústia desaparecesse, não se consideraria mais um transtorno.

Seria importante investigar mais aspectos da situação do sr. Najarian. Em primeiro lugar, ele parece se apresentar a um psiquiatra não porque deseja ajuda, mas porque não quer se divorciar. É possível, portanto, que ele esteja reduzindo a importância de suas questões. Ele afirma que seu interesse adolescente em roupas íntimas femininas foi retomado a partir da doença da esposa, mas as parafilias – que, com frequência, iniciam durante a adolescência, como no caso do sr. Najarian – têm propensão a persistir; ele pode ter tido um hiato que durou décadas, mas também pode querer distorcer a história a fim de que faça sentido para sua esposa. Além disso, muitas pessoas com parafilia têm mais de uma parafilia. Ele escolhe roupas íntimas de alguma faixa etária específica (p. ex., usadas por jovens ou por mulheres maduras)? Ele não se excita apenas pelas roupas, mas também as vestia. Ele se veste ou se excita com roupas femininas fora do contexto de masturbação? Em caso positivo, seu comportamento se encaixaria em transvestismo. Também seria útil saber mais sobre suas fantasias masturbatórias quando veste os itens femininos. Por exemplo, ele pode se imaginar fazendo sexo com outro homem. Se esse for o caso, ele pode estar relutante em discutir seus sentimentos (ou comportamentos) homos-

sexuais. Embora a homossexualidade não seja uma parafilia, o sr. Najarian poderia estar hesitante por vergonha ou porque sua esposa (ainda) não sabe sobre esse outro aspecto de sua sexualidade.

Não está totalmente evidente se o comportamento do sr. Najarian satisfaz o critério do DSM-5 de excitação sexual recorrente e intensa. Ele dá a entender que tem boas experiências sexuais com a esposa e se interessou em roupas íntimas femininas apenas depois que ela ficou mais debilitada fisicamente. Poderia ser útil investigar se seu interesse em roupas íntimas femininas é maior do que seu interesse em atividades e comportamentos性uais “normofílicos”.

O sr. Najarian relata um longo período com bom funcionamento e ausência de perturbação psiquiátrica além de ansiedade e das preocupações específicas da situação, o que sugere que ele apresenta essa

única parafilia sem outra comorbidade. Mesmo que ele tente enquadrar sua história dessa forma, seria importante explorar outras possibilidades. Por exemplo, ele tem transtornos depressivos, de ansiedade ou por uso de substância que não mencionou de forma espontânea? Como ele se sente em estar na metade da faixa dos 60 anos, próximo da aposentadoria, com uma esposa que sofre de uma doença crônica? O estresse do envelhecimento pode fazer surgir diversas questões psiquiátricas, e a parafilia pode ser apenas a mais óbvia.

Leituras Recomendadas

- Balon R, Segraves RT (eds): Clinical Manual of Sexual Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009
Laws DR, O'Donohue WT: Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment, 2nd Edition. New York, Guilford, 2008

CASO 19.3

Crimes Sexuais

Nancy J. Needell

Vance Orren era um homem de 28 anos que foi preso depois de empurrar um estranho na frente do metrô. Disse à polícia que acreditava que o homem fosse “dizer a todo mundo que eu era bicha” e que estava tentando se proteger da “conspira-

ção homossexual”. Ele tinha uma história de transtorno psicótico, transtorno por uso de cocaína e falta de adesão a medicamentos e psicoterapia no momento do incidente. Ele pleiteou inocência devido a doença mental (“defesa por insanidade”) e passou

por uma avaliação psiquiátrica completa, incluindo uma verificação de história e desejos sexuais.

Como parte do processo legal, o sr. Orren foi submetido a uma avaliação estruturada de agressor sexual. Relatou uma longa história de sexo com menores de idade. Seu primeiro contato sexual – com um tio e um primo de 18 anos – foi aos 12 anos. Quando tinha 14 ou 15 anos, fazia sexo regularmente com indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino com idades que variavam de “uns 10 anos até a faixa dos 30”.

Não conseguia responder se o contato sexual sempre havia sido consentido e afirmou que “jamais alguém chamou a polícia”. Já adulto, disse que preferia fazer sexo com “meninas jovens, porque não brigam tanto”. Afirmou que normalmente só fazia sexo com adultos quando pagava por prostitutas ou se prostituía por dinheiro ou drogas, embora tenha dito que, às vezes, quando estava sob efeito de drogas, “posso ter feito coisas de que não me lembro”.

A avaliação estruturada de agressor sexual incluiu pletismografia peniana, avaliação de tempo de reação visual usando Tempo de Visualização (*Viewing Time* – uma medida da quantidade de tempo que uma pessoa olha para uma foto ou outra representação visual específica de uma situação sexualmente estimulante), e uma entrevista detalhada sobre suas práticas sexuais; determinou-se que sua atração sexual principal era voltada para meninas dos 8 aos 13 anos de idade.

A história pessoal do sr. Orren era relevante na forma de múltiplos distúrbios na infância que o levaram ao sistema de lares de acolhimento aos 7 anos de idade. Aos 9, sua primeira mãe adotiva o pegou várias vezes em flagrante roubando brinquedos e intimidando outras crianças. Quando o repreendeu, ele a agrediu com um tijolo e ela perdeu a consciência. O incidente levou à realocação em um segundo lar de acolhimento. Ele começou a usar

drogas e álcool aos 11 anos. Sua primeira prisão foi aos 13 anos, por furtar objetos em uma loja de eletrônicos para obter dinheiro e comprar maconha. Naquele momento, voltou a morar com a avó materna que, desde então, passou a lhe oferecer moradia ocasionalmente. Durante esses 15 anos, ele foi preso pelo menos uma dúzia de vezes, geralmente por posse de entorpecentes.

O sr. Orren abandonou a escola na 9^a série, mais ou menos na mesma época em que foi internado pela primeira vez em uma unidade psiquiátrica. Essa internação foi resultado do episódio em que bateu a cabeça contra uma parede “para calar as vozes”. Recebeu um diagnóstico de psicose sem outra especificação, foi tratado com risperidona e teve alta após uma semana. Logo após a alta, ele descontinuou a medicação antipsicótica.

Dos 15 aos 28 anos, o sr. Orren abusou de cocaína e álcool regularmente, mas também usava qualquer droga a que tinha acesso. No momento em que foi preso, já contava com um mínimo de sete internações psiquiátricas, sempre devendo a alucinações auditivas e delírios de perseguição (geralmente de natureza sexual). Não ficou claro quais substâncias ele estava usando antes e durante esses episódios de psicose e se elas poderiam ter contribuído para o desenvolvimento de seus sintomas psiquiátricos. Ele também havia sido internado duas vezes para desintoxicação de álcool, depois de sofrer abstinência por não conseguir adquirir álcool com facilidade. Sua falta de adesão a qualquer tipo de tratamento ambulatorial era sistemática. Seus únicos períodos de sobriedade ocorreram durante hospitalizações ou durante encarceramentos. Quanto contatada pelo psiquiatra da consulta, sua avó indicou que o sr. Orren sempre havia sido “imprudente, desonesto e raivoso. Acho que nunca o ouvi pedir desculpas. Adoro ele, mas provavelmente o lugar dele é na cadeia, por vários motivos”.

Diagnósticos

- Transtorno psicótico não especificado.
- Transtorno por uso de cocaína.
- Transtorno por uso de álcool.
- Transtorno da personalidade antissocial.
- Transtorno pedofílico, tipo não exclusivo, sexualmente atraído por ambos.

Discussão

Embora este breve relato de caso não investigue totalmente a longa história de perturbação psiquiátrica do sr. Orren, ele parece satisfazer os critérios para vários transtornos do DSM-5. Ele abusa de múltiplas substâncias, por exemplo, e quase decididamente satisfaz os critérios para transtornos por uso de álcool e de cocaína. Ele tem uma história de psicose, que parece ter sido chamada, com frequência, de “transtorno esquizoafetivo” por clínicos anteriores. Delírios e alucinações auditivas parecem ser muito proeminentes, e sintomas de depressão e mania não são mencionados. Não está claro se ele satisfaz os critérios clínicos para transtorno esquizoafetivo do DSM-IV, muito menos se satisfaz os critérios mais restritos do DSM-5. Também não está claro se sua história de alucinações e delírios pode ser atribuída, pelo menos em parte, a seu uso de substâncias. Até que se obtenham mais informações, os sintomas psicóticos do sr. Orren provavelmente são mais bem conceitualizados como um transtorno psicótico não especificado.

O sr. Orren também satisfaz os critérios para transtorno da personalidade antissocial (TPA). De acordo com seu próprio relato e o relato de sua avó, ele é cronicamente fraudulento, raivoso, imprudente e não tem remorsos. Também parece violar a lei repetidamente no que se refere a comportamento sexual com menores, prostituição e drogas e, dessa forma, satisfaz facilmente a quantidade exigida de três entre sete critérios para TPA. O diagnóstico de TPA do DSM-5 também requer

evidências de transtorno da conduta com início anterior aos 15 anos de idade, um requisito que o sr. Orren satisfaz com facilidade. Por fim, o DSM-5 dita que o comportamento antissocial não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de transtorno bipolar ou esquizofrenia. O sr. Orren foi diagnosticado anteriormente com transtorno esquizoafetivo, mas esse diagnóstico é duvidoso, e grande parte de seu comportamento antissocial parece não estar relacionado a mania ou psicose. O DSM-5 também adverte que o diagnóstico de TPA não deve ser estabelecido quando o comportamento sociopata estiver relacionado à aquisição de drogas ilícitas. Embora parte do comportamento antissocial do sr. Orren possa ser atribuída à aquisição de substâncias ilícitas e freqüentemente caras, ele ainda satisfaz os critérios para TPA.

Durante a avaliação forense, no entanto, ficou evidente que, além de seus outros diagnósticos psiquiátricos, o sr. Orren tem um forte interesse sexual em crianças. Como costuma ser o caso no transtorno pedofílico, ele nunca identificou seu interesse sexual persistente como um problema até ser preso, por isso nunca buscou tratamento e apresenta diversas comorbidades.

A avaliação do DSM-5 do comportamento sexual do sr. Orren em relação a crianças apresenta vários componentes. Primeiramente, deve-se determinar se ele tem uma parafilia pedofílica, que se caracteriza por um padrão de fantasias, impulsos ou comportamentos de excitação sexual envolvendo crianças pré-púberes. Como esse tipo de informação normalmente não é fornecido por vontade própria – especialmente por alguém que está na prisão –, o sr. Orren passou por uma avaliação estruturada de agressor sexual. O objetivo da avaliação é determinar o objeto das fantasias de uma pessoa. Ferramentas para essa avaliação incluem a pletismografia peniana (uma técnica que mede as alterações de excitação peniana

quando o indivíduo é exposto a determinadas deixas visuais, auditivas ou emocionais), bem como o tempo de reação visual (que mede quanto tempo uma pessoa olha para imagens visuais diferentes, com o propósito de provocar estimulação sexual). No caso do sr. Orren, esses testes mostraram que ele obteve o máximo de estimulação sexual quando exposto a imagens de meninas entre 8 e 13 anos de idade.

O segundo conjunto de critérios do DSM-5 está orientado para determinar se a parafilia pedofílica do sr. Orren satisfaz os critérios para um transtorno: ele precisa ou ter agido a partir de seus anseios sexuais ou ter vivenciado sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal secundária aos impulsos ou fantasias sexuais. Embora o sr. Orren pareça não sentir sofrimento ou culpa decorrentes de seu comportamento sexual, ele realmente parece ter feito sexo com meninos e meninas menores de idade, desde quando ele próprio era menor de idade. Como afirmou sobre seu comportamento, já adulto, ele prefere sexo com “meninas jovens, porque elas não brigam muito”. O relato de caso não deixa claro se essas “meninas jovens” são realmente pré-púberes, embora pareça sugerir que esse seja o caso. O tratamento de homens que agem a partir de seus impulsos e não sentem remorso ou sofrimento costuma ser extremamente difícil, porque sua única preocupação mais séria com frequência é a possibilidade de punição.

O terceiro conjunto de critérios esclarece que o diagnóstico de transtorno pedofílico não deve ser aplicado a ninguém com menos de 16 anos ou àqueles cuja diferença de idade é inferior a 5 anos com relação à criança, ou crianças, pré-púberes. Essa exceção ajuda a reduzir a probabili-

dade de “patologizar” um comportamento relativamente comum, que costuma ser considerado normal em diversas partes do mundo. O sr. Orren parece ter começado a fazer sexo com crianças de 10 anos quando ele próprio tinha 14 ou 15 anos. Embora problemático, esse comportamento, na época, não teria satisfeito os critérios para transtorno parafílico. Supondo que ele tivesse continuado a fazer sexo com crianças pré-púberes depois de completar 16 anos, ele passaria então a satisfazer os critérios.

As vezes, argumenta-se que o transtorno parafílico deve ficar de fora do escopo da psiquiatria e que compete à justiça penal lidar com agressores sexuais. Uma preocupação é que recorrer a um diagnóstico psiquiátrico proporciona uma justificativa para pessoas que estupram crianças e, possivelmente, leva a uma defesa bem-sucedida de alegação de insanidade (o que não é verdade). Como ocorre com outros diagnósticos que frequentemente se caracterizam por comportamento danoso, o transtorno pedofílico pretende sistematizar o diagnóstico de um grupo reconhecível de pessoas que sofrem de angústia e/ou disfunção com comportamentos, impulsos, pensamentos e sentimentos semelhantes. A resposta da sociedade a pessoas com transtorno pedofílico – incluindo possíveis tratamentos e punições – não compete ao DSM-5.

Leituras Recomendadas

Coric V, Feurerstein S, Fortunati F, et al: Assessing sex offenders. *Psychiatry* 2(11): 26–29, 2005

Krueger RB, Kaplan MS: Paraphilic diagnoses in DSM-5. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 49:248–254, 2012

CASO 19.4

Algumas Taras

John W. Barnhill

Wallace Pickering era um homem de 29 anos que se apresentou para terapia ambulatorial com a queixa principal de “Nunca me consultei com um psiquiatra antes, mas acabei de ler o DSM-5 e tenho 10 diagnósticos, incluindo seis parafilias, dois transtornos da personalidade, um transtorno por uso de substância e, talvez, alguma coisa do apêndice”. O paciente descreveu a si mesmo como um advogado que “por acaso é gay e tem algumas taras”. Ele estava namorando um antigo colega de faculdade havia dois anos. Nascido em uma cidade de porte médio na região Centro-Oeste dos Estados Unidos, o sr. Pickering foi criado em um ambiente familiar com características políticas e religiosas conservadoras, composto por ambos os pais e dois irmãos mais novos. O pai e o avô do sr. Pickering comandavam um negócio próspero, e a família era bastante envolvida na comunidade. O sr. Pickering frequentou uma faculdade de direito conceituada e cara. Desde a formatura, trabalhava em um grande escritório de advocacia. Acrescentou que estava acompanhando as controvérsias do DSM-5 em parte por causa do namorado, o qual estava em seu último ano da formação em psiquiatria.

O sr. Pickering descreveu seus problemas como “sexo e drogas; nunca fui muito de *rock and roll*”. Desde o ensino médio, descreveu interesse em encontros sexuais casuais. “Não é para ser narcisista – em-

bora esse seja um de meus diagnósticos – mas sou gostoso”, afirmou, “e tiro proveito disso”. Essa atitude o levou a frequentar saunas e bares, onde conseguia rapidamente parceiros atraentes e anônimos. Descreveu sentir-se excitado ao ver outras pessoas fazendo sexo e acrescentou que, embora tivesse abandonado o hábito quando ingressou na faculdade de direito, costumava ficar empolgado se alguém o observasse fazendo sexo. Ele afirmou que “descolava alguém” pelo menos uma vez por mês desde os 20 anos. Disse que nunca havia praticado sexo sem proteção com ninguém além do namorado, isso o levou a mencionar outro de seus “diagnósticos”: um interesse fetichista em látex. Disse que preservativos eram fantásticos: eram à prova de vírus, retardavam a ejaculação e tinham um cheiro ótimo. Seu interesse em preservativos o levou a comprar uma roupa feita totalmente de látex. Disse que foi a sensação de um clube de *bondage*, mas a roupa o fez suar tanto que a vestiu apenas uma vez e a descartou antes que seu namorado a encontrasse. Falou também que gostava de amarrar o namorado durante o sexo e sentir que tinha controle total. Além de ser um “*top* sádico”, disse que também gostava de ser um “*bottom*” e outras vezes nem se sentia sensual.

O sr. Pickering afirmou que, durante suas buscas ocasionais por sexo anônimo, tinha alguns “hábitos tóxicos”. Sempre que saía à noite, cheirava algumas carreiras de

cocaína e bebia cerca de seis cervejas. Disse que sempre marcava essas “incursões no submundo” quando seu namorado viajava a negócios, fosse improvável que sua empresa o chamasse para trabalhar repentinamente e tivesse um dia para se recuperar (“abstinência de cocaína é horrível”). Acrescentou que o planejamento ficou mais complicado e que, na realidade, só havia ido a um clube duas vezes no ano anterior. De modo geral, sua “vida social é bem chata, na verdade. Temos muitos amigos, mas somos, tipo, um casal de velhos. Meu único vício mesmo é o cigarro. Há anos que tento reduzir, mas não consegui baixar de meia carteira por dia. Que tédio.”

Quando indagado para falar mais sobre si mesmo, o sr. Pickering respondeu: “Claro... quase esqueci. Sou obcecado pela quantidade de horas que trabalho. Controle tudo minuciosamente, a ponto de ser um dos melhores cobradores na firma todos os meses, e sempre acabo meus projetos no prazo, mesmo que tenha de sacrificar meu sono. Tenho a teoria de que isso faz parte da necessidade de me sentir invulnerável e perfeito, apesar de estar todo bagunçado por dentro”. O sr. Pickering fez uma pausa, sorriu e continuou: “Isso me fez pensar se sou obsessivo-compulsivo ou narcisista além de todas essas parafilias diferentes. Ah, e se a hipersexualidade entrar no apêndice, então aí sim estou perdido.”

No final da entrevista inicial, o psiquiatra afirmou: “Não tenho certeza se algum desses comportamentos justifica um diagnóstico, mas estou muito interessado em como você se sente”. Com isso, o sr. Pickering começou a chorar e disse que se sentiu triste e sozinho toda a vida. Acrescentou que sua família não sabia de praticamente nada sobre ele, e que só uma prima lésbica – que também havia se mudado para Nova York – sabia que ele era *gay*.

Durante o exame, o sr. Pickering tinha a aparência de um jovem atraente e bem-arrumado, coerente e objetivo. Sorria prontamente, mas demonstrou uma gama afetiva adequada. Negou ideação suicida, confu-

são e psicose. Do ponto de vista cognitivo, era bastante inteligente. Seus *insight* e julgamento foram considerados preservados.

Diagnóstico

- Transtorno por uso de tabaco, leve.

Discussão

A apresentação do sr. Pickering suscita tantas indagações quanto as respostas que fornece. Ele se apresenta para sua primeira consulta psiquiátrica porque “leu o DSM-5”. Por que isso faria com que ele buscasse uma consulta nesse momento específico? Discute seus interesses sexuais, uso de substância e estilo de personalidade aberta e divertidamente e quer que sejam classificados como transtornos, apesar do fato de não o incomodarem de verdade. Por que ele buscaria diagnósticos quando nega sofrimento e disfunção? Várias afirmações do sr. Pickering proporcionam um pouco de *insight*, mas sua apresentação carece de uma doença evidente e uma história transparente.

O sr. Pickering realmente oferece algumas teorias sobre o porquê de sentir a necessidade de consultar um terapeuta. Ele cogita a possibilidade de ter uma “parafilia”, que é definida no DSM-5 como “qualquer interesse sexual superior ou igual a interesses sexuais normofílicos”. Ele realmente apresenta interesses eróticos que foram ligados a parafilias (*látex, bondage, voyeurismo, exibicionismo*) e, com uma história mais aprofundada, poderia se dizer que ele tem uma ou duas parafilias. Uma parafilia, no entanto, não é um transtorno. Assim como é válido para transtornos em todo o DSM-5, um transtorno parafílico exige sofrimento ou prejuízo ao indivíduo e/ou envolve dano a si ou a outros. O DSM-5 mantém a diferença entre comportamento sexual normativo e não normativo, mas destaca que um comportamento sexual não normativo não é nec-

sariamente patológico. Embora os clínicos possam ficar tentados a inserir seu próprio viés na avaliação, o DSM-5 deixa claro que se a parafilia não é problemática, ela não constitui transtorno.

O sr. Pickering realmente usa uma substância ilícita – cocaína – e, possivelmente, passa por momentos de ingestão compulsiva de álcool. Relata que usa ambos mensalmente, sem efeitos prejudiciais significativos; conscientemente, reduz a frequência tanto do uso de substância quanto das aventuras sexuais. Sem disfunção, seu uso não se qualifica para transtorno por uso de substância. Contudo, antes de descartar seu uso de substância como irrelevante, o clínico deve investigar a capacidade do paciente em separar seus “hábitos tóxicos” do resto de sua vida. O uso de substância pode ser relatado como tendo uma importância menor do que a real, portanto indagações durante o acompanhamento devem revelar a extensão de seu uso de cocaína e de álcool, bem como investigar um possível transtorno do humor induzido por substância (“abstinência de cocaína é horrível”). Se o sr. Pickering realmente usa cocaína em casas noturnas, não seria de se estranhar caso ele também faça uso de outras “drogas de clube”, como MDMA (*ecstasy*), metanfetamina (cristal meta), cetamina (*ketamina*, ou K) e nitrito de amila (*poppers*, lança-perfume). O álcool pode ser usado para ajudá-lo a aliviar os efeitos de um estimulante, assim como os benzodiazepínicos e os opiáceos. As anfetaminas podem melhorar a baixa energia, humor e/ou atenção que pode acompanhar uma ressaca de cocaína, especialmente para alguém com um trabalho exigente. Ele realmente usa tabaco e, apesar de algum esforço, não conseguiu parar. Embora não haja detalhes, e fumar cigarros não seja uma das principais preocupações do sr. Pickering, ele provavelmente satisfaz os critérios para transtorno por uso de tabaco.

O sr. Pickering também conjectura se tem um transtorno da personalidade narcisista ou obsessivo-compulsiva. Como

evidências, sugere seu forte interesse em desempenhar bem seu trabalho e controlar sua posição hierárquica no escritório de advocacia. Avaliar psicopatologia requer atenção a normas culturais e subculturais. O sr. Pickering pertence a várias subculturas, uma das quais é sua profissão. Embora possa se dedicar excessivamente ao trabalho, em comparação à média das demais pessoas, ele seria discrepante no escritório de advocacia se não fosse um pouco “obcecado” pela cobrança mensal de horas trabalhadas. Mais informações seriam necessárias para diagnosticar um transtorno da personalidade; contudo, o sr. Pickering não parece satisfazer os critérios para nenhum dos transtornos da personalidade do DSM-5.

Outra consideração é se o sr. Pickering tem depressão maior. Ele descreve disforia, mas não menciona sintomas depressivos vegetativos. Relata passar a noite acordado com frequência, o que poderia refletir hipomania, abuso de substância e/ou um transtorno do sono, mas trabalhar além do horário é a regra em seu ambiente de trabalho. Sem mais informações, nenhum desses diagnósticos parece provável.

Apesar da ausência de um diagnóstico evidente do DSM-5 além do transtorno por uso de tabaco, o sr. Pickering tem uma imagem de si mesmo como uma pessoa com defeitos, isolada e triste. Uma provável pista para essa situação curiosa é que ele mencionou sua homossexualidade apenas para uma prima lésbica, o que sugere que ele não se sente à vontade para falar sobre isso com sua família de origem “conservadora”. Isso pode fazer surgir perguntas sobre suas próprias visões sobre a homossexualidade, que avanços fez quanto a assumir sua homossexualidade e até que ponto ele pode ter incorporado as perspectivas negativas da sociedade sobre homens e mulheres *gays*. Ele conjectura se sofre de “transtorno de hipersexualidade”, que foi considerado para o apêndice do DSM-5, mas não menciona assu-

mir um comportamento sexual que seja particularmente frequente, compulsivo ou danoso. Talvez ele veja todo o tipo de comportamento homossexual como sendo hipersexual e anormal. Em caso positivo, ele pode se sentir constantemente inadequado, independentemente de todas as suas conquistas.

O humor triste, os comportamentos sexuais e o uso de quase todas as substâncias do sr. Pickering não parecem atingir um limiar de estabelecimento de um diagnóstico. Sua possível ambivalência sobre sua orientação sexual não é um diagnóstico do DSM-5. O sr. Pickering pode estar apresentando, de modo dramático, um caso de diagnósticos múltiplos em um esforço para obter críticas ou para distrair o entrevistador de investigar a experiência de toda uma vida de tristeza e solidão. Seria importante investigar essas questões em

sessões futuras. Mesmo que o único diagnóstico do DSM-5 do sr. Pickering seja um transtorno por uso de tabaco leve, ainda assim ele seria um excelente candidato para psicoterapia.

Leituras Recomendadas

- Friedman RC, Downey JI: Sexual Orientation and Psychodynamic Psychotherapy: Sexual Science and Clinical Practice. New York, Columbia University Press, 2012
- Goldsmith SJ: Oedipus or Orestes? Homosexual men, their mothers, and other women revisited. *J Am Psychoanal Assoc* 49(4):1269–1287, 2001
- Isay RA: Becoming Gay: The Journey to Self-Acceptance. New York, Vintage, 2010
- Levounis P, Drescher J, Barber ME: The LGBT Casebook. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2012

Índice

As rubricas para as principais categorias diagnósticas e para uma lista abrangente de casos clínicos aparecem em **negrito**. Entradas para casos clínicos ilustrativos aparecem em *italico*. A indexação completa de discussões sobre diagnósticos específicos pode ser encontrada sob as rubricas principais para esses diagnósticos, os quais aparecem em fonte comum.

Abertura à experiência, e traços de personalidade, 298-299
“Abordagem de três janelas”, ao diagnóstico de disfunções sexuais, 232-233
Abordagem multidimensional, ao tratamento de transtornos do sono-vigília, 219
Abstinência. *Ver* Abstinência de álcool; Cocaína; Transtorno por uso de cocaína
Abstinência de álcool
 caso clínico de, 255-257
 delirium e, 252, 276-277
 perturbações da percepção e, 251
Abstinência de opioides, 263-265
Abuso de álcool. *Ver também* Abstinência de álcool; Abuso de substância; Transtorno por uso de álcool
 mania bipolar e, 44, 49
 transtorno da personalidade antissocial e, 309
 transtorno depressivo maior induzido por substância e, 92
 transtorno do interesse/excitação sexual feminino e, 230, 232
 transtorno esquizofreniforme e, 27, 28
 transtorno por uso de cocaína e, 92, 259
 transtorno por uso de tabaco, parafilia e, 342-343
Abuso de múltiplas substâncias, 268
Abuso de substância. *Ver também* Abuso de álcool; Automedicação; Cocaína; Maconha e transtorno por uso de maconha; **Transtornos**

Aditivos; Transtornos por uso de substância; Transtornos Relacionados a Substâncias
transtorno bipolar e, 42
transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a infecção por HIV e, 59-61
transtorno bipolar tipo II e transtorno de ansiedade não especificado e, 51
transtorno da personalidade antissocial e, 309, 310
transtorno de adaptação e, 154
transtorno de estresse pós-traumático e, 151
transtorno de hipersonolência e, 222
transtorno dismórfico corporal e, 133
Abuso físico, e amnésia dissociativa, 165. *Ver também* Abuso sexual; Violência doméstica
Abuso sexual
 amnésia dissociativa e, 163, 164, 165
 transtorno depressivo persistente e, 88
 transtorno do interesse/excitação sexual feminino e, 232
 transtornos parafílicos e, 334
Acatisia, e síndrome das pernas inquietas, 227
Aconselhamento para adição, e uso de álcool, 121, 122
AD. *Ver* Amnésia dissociativa
Adição. *Ver* Adições comportamentais; Transtornos por uso de substância
Adições comportamentais, 252
Adolescentes. *Ver também* Idade
 disforia de gênero e, 241
 limiares diagnósticos para TEPT em, 142

- suicídio como causa da morte de, 160
 transtorno alimentar restritivo/evitativo e, 199
 transtorno ciclotímico e sintomas não específicos relacionados a, 57
 transtorno de estresse agudo em, 149, 150
 transtornos parafílicos e, 336
- Adulto(s).** Ver também Idade
 critérios sintomáticos de TDAH em, 2
 disforia de gênero e, 241
 transtorno de ansiedade de separação em, 108, 111
 transtorno de ansiedade generalizada e estilos de apego de, 120
 transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta em, 244
- Afeto negativo.** Ver também Emoções; Sintomas de humor
 amnésia dissociativa e, 165
 transtorno da personalidade *borderline* e, 313
 transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e, 299, 327
 transtorno de estresse agudo e, 147
 transtorno de estresse pós-traumático e, 141, 152
 transtorno de pânico e, 113
- Afro-americanos**
 diagnóstico de esquizofrenia em, 46
 estigmatização do atendimento psiquiátrico e, 85
 papéis de gênero e, 155
 prevalência de depressão maior em, 86
- Agitação**
delirium e, 277
 transtorno bipolar induzido por esteroides e, 63, 64
 transtorno bipolar tipo I e, 44
- Agonistas dos receptores beta-adrenérgicos,** 217-218
- Agorafobia**
caso clínico de, 114-116
 no DSM-5, 108
 transtorno de ansiedade generalizada e, 120
 transtorno de pânico e, 114
- Agressividade**
 transtorno da conduta e, 246-247
 transtorno da personalidade antissocial e, 310
 transtorno de estresse pós-traumático e, 151
 transtorno explosivo intermitente e, 249-250
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 128
- AHOS.** Ver Apneia e hipopneia obstrutivas do sono
- Alcalose metabólica, e bulimia nervosa, 205
 Alcoólicos Anônimos, 33
Aliança terapêutica. Ver também Contratransferência
 transtorno da personalidade evitativa e, 322
 transtorno da personalidade narcisista e, 318
 Alprazolam, 68, 121, 124, 158-159, 292, 323-324
Alucinações. Ver também Alucinações auditivas; Alucinações cenestésicas; Alucinações táteis; Alucinações visuais; Delírio(s)
 critérios sintomáticos para esquizofrenia e, 20, 28
 transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado e, 289, 290
 transtorno esquizoafetivo e, 33-34
 transtorno esquizofreniforme e, 28-29
 transtorno pedofílico e, 339
 transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e, 36
- Alucinações auditivas.** Ver também Alucinações esquizofrenia e, 22
 transtorno esquizoafetivo e, 33
 transtorno esquizofreniforme e, 27
 transtorno pedofílico e, 338-339
- Alucinações cenestésicas** e transtorno esquizofreniforme, 28
- Alucinações hipnopômpicas,** 221-222
- Alucinações táteis**, e transtorno de escoriação, 139
- Alucinações visuais,** 288, 290
- Amamentação**, e transtorno depressivo maior, 76, 78. Ver também Gestação
- Amenorreia** e anorexia nervosa, 202
- Amnésia dissociativa (AD),** 162
 generalizada (ADG), 165
 localizada, 164
 seletiva, 164-165
- Amnésia** e outro transtorno dissociativo especificado, 169, 170. Ver também Amnésia dissociativa; Amnésia pós-traumática; Microamnésia
- Amnésia pós-traumática,** 294
- AN.** Ver Anorexia nervosa
- Anedonia e transtorno depressivo devido a outra condição médica, 95-96
- Anfetaminas, 60
- Anorexia nervosa (AN)**
caso clínico de, 200-203
 no DSM-5, 193-194
 transtorno alimentar restritivo/evitativo e, 199
 "Anorexia nervosa sem fobia de gordura", 202

- "Ânsia", uso do termo no DSM-5, 128
 Ansiedade. Ver também **Transtornos de Ansiedade**
- abstinência de opioide e, 264
 - catatonia e, 64
 - como característica proeminente em todos os transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados, 126
 - desatenção na escola e, 17
 - enurese e, 211-212
 - fatores psicológicos que afetam outras condições médicas e, 189
 - no transtorno de estresse agudo, 141, 157
 - no transtorno de estresse pós-traumático, 141, 152
 - outro transtorno bipolar especificado e transtornos relacionados e, 69
 - sintomas somáticos e, 107
 - transtorno alimentar restritivo/evitativo e, 198
 - transtorno da personalidade dependente e, 323
 - transtorno de despersonalização/ desrealização e, 166
 - transtorno de hipersonolência e, 220
 - transtorno de insônia e, 217
 - transtorno depressivo maior e transtorno neurocognitivo leve e, 284
 - transtorno dismórfico corporal e, 133
 - transtorno esquizoafetivo e, 33-34
 - transtorno factício e, 186
- Antagonismo**, e traços de personalidade, 298-299, 313, 327
- Antidepressivos**. Ver também **Antidepressivos tricíclicos; Inibidores seletivos da recaptação de serotonina**
- apneia e hipopneia obstrutivas do sono e, 223
 - outro transtorno depressivo especificado e, 101
 - transtorno bipolar e, 48
 - transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a infecção por HIV e, 59-60
 - transtorno bipolar tipo II e, 54
 - transtorno da personalidade *borderline* e, 311
 - transtorno esquizoafetivo e, 33-34
- Antidepressivos tricíclicos (ADTs)**, 279
- Antipsicóticos**
- síndrome das pernas inquietas e, 226-227
 - transtorno da personalidade *borderline* e, 311
 - transtorno esquizoafetivo e, 33-34
 - transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy e, 288
 - transtorno psicótico breve e, 39
- Aparelho bivalvular de pressão positiva das vias aéreas (BiPAP), 189
- Apatia**
- delirium* não especificado e, 277
 - outro transtorno depressivo especificado e, 100
 - transtorno neurocognitivo maior devido a doença de Alzheimer e, 281
- Apego**. Ver também **Transtorno de apego reativo**
- transtorno de ansiedade generalizada e, 120
 - transtorno de interação social desinibida e, 144
- Apego seletivo**, na infância, 144
- Apetite**. Ver também **Desnutrição**
- anorexia nervosa e, 201
 - transtorno depressivo maior e, 82
- Apneia do sono**, 215, 222
- Apneia e hipopneia obstrutivas do sono (AHOS)**, 215-216, 223-225
- Aripiprazol**, 317
- Armas de fogo**, e *delirium*, 278-279
- Arrancar cabelos**. Ver **Tricotilomania**
- Asma**, e transtorno de insônia, 217-218
- Ataque de nervos** (*ataque de nervos*), 171
- Ataques de pânico**
- no DSM-5, 107-108
 - transtorno bipolar tipo II e transtorno de ansiedade não especificado e, 51-52
 - transtorno de ansiedade de doença e, 181-182
 - transtorno de ansiedade de separação e, 109-110
 - transtorno de despersonalização/ desrealização e, 167-168
 - transtorno de estresse agudo e, 146
 - transtorno esquizoafetivo e, 32, 34
- Ataques de raiva**, 7, 72, 75, 211-212
- Atividades e objetos anômalos** e transtornos parafílicos, 329
- Atraso do desenvolvimento e deficiência intelectual**, 4
- Atrasos motores**, e deficiência intelectual, 4
- Automedicação**
- transtorno bipolar e, 49
 - transtorno dismórfico corporal e, 133
 - transtornos por uso de substância e transtorno de estresse pós-traumático, 267
- Avaliação da memória** em transtornos neurocognitivos e, 274
- comprometimento das, em transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 243-244
 - transtorno depressivo maior e transtorno neurocognitivo leve, 284

- Avaliação de agressor sexual, e transtorno pedófilico, 338, 339-340
- Avaliação do sono, e transtornos do sono-vigília, 216
- Avaliação psicoeducacional, para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno específico da aprendizagem, 10-11
- BDSM (*bondage, dominação/disciplina, sadismo/submissão e masoquismo*), 330-331, 332-333, 334
- Benzodiazepínicos, 123, 222, 267-268, 277, 279
- Bissexualismo, 240-241
- BN. Ver Bulimia nervosa
- Brincadeira de imaginação, e transtorno dissociativo de identidade, 162
- Bulimia nervosa (BN)
- caso clínico de*, 204-205
 - no DSM-5, 194
 - transtorno de compulsão alimentar e, 207
- Bullying*. Ver também Zombaria
- transtorno da conduta e, 246
 - transtorno de ansiedade social e, 115-116
 - transtorno do espectro autista e, 8-9
- Buprenorfina, 264
- Bupropiona, 206, 317
- Busca por atenção, e transtorno da personalidade histrônica, 315
- Câncer, e transtorno bipolar induzido por esteroides, 62-63
- Cannabis*. Ver Maconha; Transtorno por uso de *Cannabis* e transtorno por uso de maconha
- Características melancólicas, no transtorno depressivo maior, 85
- Características mistas
- transtorno bipolar de ciclagem rápida e, 49
 - transtorno depressivo maior e, 98-99
- Casos Clínicos**. Ver também Comorbidade; Diagnóstico diferencial; Diagnóstico duplo de **Disforia de Gênero**, 237-242
- de **Disfunções Sexuais**, 229-235
- disfunção sexual induzida por medicamento e transtorno depressivo maior, 233-235
 - transtorno do interesse/exitação sexual feminino, 230-233
- de **Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados**, 41-71
- outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 68-70
 - transtorno bipolar com ciclagem rápida, 47-49
- transtorno bipolar e transtornos relacionados devido a infecção por HIV, 59-61
- transtorno bipolar induzido por esteroide, 62-64
- transtorno bipolar tipo I, 44-47, 65-67
- transtorno bipolar tipo II, 50-52, 53-55
- transtorno bipolar tipo II e transtorno de ansiedade não especificado, 50-52
- transtorno ciclotímico, 56-58
- transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e transtorno bipolar, 35-37
- de **Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados**, 173-191
- transtorno conversivo, 183-185
 - transtorno de ansiedade de doença, 180-183
 - transtorno de sintomas somáticos, 178-180
 - transtorno de sintomas somáticos, transtorno por uso de *Cannabis* e depressão maior, 175-177
 - transtorno factício, 186-188
- de **Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados**, 125-140
- transtorno de acumulação e transtorno depressivo não especificado, 135-137
 - transtorno de tique transitório e transtorno de ansiedade de separação, 15-17
 - transtorno dismórfico corporal, 132-134
 - transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno depressivo maior, 127-129
 - transtorno obsessivo-compulsivo relacionado a tique com *insight* ausente, 130-132
 - tricotilomania e transtorno de escoriação, 137-139
- de **Transtornos Alimentares**, 193-208
- anorexia nervosa, 200-203
 - bulimia nervosa e transtorno depressivo maior, 204-205
 - pica e deficiência intelectual, 195-197
 - transtorno alimentar restritivo/evitativo, 198-200
 - transtorno de compulsão alimentar e transtorno depressivo maior, 206-208
- de **Transtornos da Eliminação**, 210-213
- enurese, 210-213
- de **Transtornos da Personalidade**, 297-327
- transtorno da personalidade antisocial, 308-310
 - transtorno da personalidade *borderline*, 311-313

- transtorno da personalidade dependente e transtorno por uso de benzodiazepínicos, 322-324
- transtorno da personalidade esquizoide, 303-305
- transtorno da personalidade esquizotípica e transtorno da personalidade paranoide, 306-308
- transtorno da personalidade evitativa e transtorno de ansiedade social, 320-322
- transtorno da personalidade histrônica, 314-316
- transtorno da personalidade narcisista, 317-319
- transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 300-302, 325-327
- transtorno da personalidade paranoide e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 300-302
- de **Transtornos de Ansiedade**, 107-124
- amnésia dissociativa, transtorno depressivo maior e transtorno de estresse pós-traumático, 163-165
 - fobia específica, 117-118
 - transtorno bipolar tipo II e transtorno de ansiedade não especificado, 50-52
 - transtorno da personalidade evitativa e transtorno de ansiedade social, 320-322
 - transtorno de ansiedade de separação, 15-17, 109-111
 - transtorno de ansiedade generalizada, 12-14, 119-121
 - transtorno de ansiedade social, transtorno de estresse pós-traumático e agorafobia, 114-116
 - transtorno de pânico, 111-114
 - transtorno de tique transitório e transtorno de ansiedade de separação, 15-17
 - transtorno específico da aprendizagem e transtorno de ansiedade generalizada, 12-14
 - transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento, 122-124
- de **Transtornos depressivos**, 71-105
- amnésia dissociativa, transtorno depressivo maior e transtorno de estresse pós-traumático, 163-165
 - bulimia nervosa e transtorno depressivo maior, 204-205
 - disfunção sexual induzida por medicamento e transtorno depressivo maior, 233-235
 - outro transtorno depressivo especificado, 100-102, 103-104
 - transtorno de acumulação e transtorno depressivo não especificado, 135-137
 - transtorno de compulsão alimentar e transtorno depressivo maior, 206-208
 - transtorno de sintomas somáticos, transtorno por uso de *Cannabis* e depressão maior, 175-177
 - transtorno depressivo maior, 76-86, 91-93, 97-100, 127-129, 163-165, 175-177, 204-208, 233-235, 260-262, 283-285
 - transtorno depressivo maior devido a outra condição médica, 94-96
 - transtorno depressivo maior e transtorno neurocognitivo leve, 283-285
 - transtorno depressivo persistente, 87-89
 - transtorno disfórico pré-menstrual, 89-91
 - transtorno disruptivo da desregulação do humor e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 73-75
 - transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno depressivo maior, 127-129
 - transtorno por uso de álcool e transtorno depressivo induzido por álcool, 253-254
 - transtorno por uso de cocaína e transtorno depressivo maior induzido por substância, 91-93
 - transtorno por uso de opioide, transtorno por uso de tabaco, transtorno por uso de álcool e transtorno depressivo maior, 260-262
- de **Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta**, 243-250
- transtorno da conduta e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 245-247
 - transtorno explosivo intermitente, 248-250
- de **Transtornos Dissociativos**, 161-171
- amnésia dissociativa, transtorno depressivo maior e transtorno de estresse pós-traumático, 163-165
 - outro transtorno dissociativo especificado, 169-171
 - transtorno de despersonalização/desrealização, 166-168
- de **Transtornos do Neurodesenvolvimento**, 3-17
- deficiência intelectual e transtorno do espectro autista, 3-6
 - pica e deficiência intelectual, 195-197

- transtorno da conduta e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 245-247
- transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno específico da aprendizagem, 9-12
- transtorno de tique transitório e transtorno de ansiedade de separação, 15-17
- transtorno disruptivo da desregulação do humor e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 73-75
- transtorno do espectro autista, 7-9
- transtorno específico da aprendizagem e transtorno de ansiedade generalizada, 12-14
- de **Transtornos do Sono-Vigília**, 217-227
- apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 223-225
 - fobia social e transtorno de hipersonolência, 220-222
 - síndrome das pernas inquietas, 225-227
 - transtorno de insônia, 217-219
 - transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy e transtorno comportamental do sono REM, 286-289
- de **Transtornos Neurocognitivos**, 275-277
- delirium*, 278-279
 - delirium* não especificado, 275-277
 - transtorno depressivo maior e transtorno neurocognitivo leve, 283-285
 - transtorno neurocognitivo devido à doença de Huntington, 289-291
 - transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática e transtorno por uso de álcool, 292-295
 - transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy e transtorno comportamental do sono REM, 286-289
 - transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, 280-282
- de **Transtornos Parafílicos**, 329-344
- transtorno fetichista, 335-337
 - transtorno por uso de álcool e parafilia, 332-334
 - transtorno por uso de tabaco e parafilia, 341-344
- de **Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos**, 251-271
- abstinência de álcool e transtorno por uso de álcool, 255-257
 - abstinência de opioides, transtorno por uso de opioide, e transtorno por uso de álcool, 263-265
 - transtorno bipolar induzido por esteroides, 62-64
 - transtorno da personalidade dependente e transtorno por uso de benzodiazepínicos, 322-324
 - transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por uso de cocaína, transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de *Cannabis* e transtorno por uso de tabaco, 266-269
 - transtorno de sintomas somáticos, transtorno por uso de *Cannabis* e depressão maior, 175-177
 - transtorno do jogo, 269-270
 - transtorno esquizoafetivo, transtorno por uso de álcool e transtorno por uso de maconha, 32-34
 - transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática e transtorno por uso de álcool, 292-295
 - transtorno por uso de álcool e parafilia, 341-344
 - transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento, 122-124
 - transtorno por uso de álcool e transtorno depressivo induzido por álcool, 253-254
 - transtorno por uso de cocaína, 257-259
 - transtorno por uso de cocaína e transtorno depressivo maior induzido por substância, 91-93
 - transtorno por uso de opioides, transtorno por uso de tabaco, transtorno por uso de álcool e transtorno depressivo maior, 260-262
 - transtorno por uso de tabaco e parafilia, 341-344
 - transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e transtorno bipolar, 35-37
- de **Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores**, 141-160
- amnésia dissociativa, transtorno depressivo maior e transtorno de estresse pós-traumático, 163-165
 - transtorno de adaptação, 153-158
 - transtorno de adaptação e transtorno do comportamento suicida, 158-160
 - transtorno de estresse agudo, 146-148, 148-150
 - transtorno de estresse pós-traumático, 150-153
 - transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por uso de cocaína, transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de *Cannabis* e transtorno por uso de tabaco, 266-269

- transtorno de interação social desinibida, 143-145
- transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática e transtorno por uso de álcool, 292-295
- do Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, 19-40**
- de esquizofrenia, 21-23, 24-26
 - de transtorno delirante, 30-32
 - de transtorno esquizoafetivo, transtorno por uso de álcool e transtorno por uso de maconha, 32-34
 - de transtorno esquizofreniforme, 26-29
 - de transtorno psicótico breve, 38-40
 - de transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e transtorno bipolar, 35-37
- Catalepsia, e transtorno bipolar induzido por esteroides, 63
- Cataplexia e narcolepsia, 216, 222
- Catatonia
- esquizofrenia e, 19-20
 - maligna, 64
 - não especificada, 20
 - transtorno bipolar induzido por esteroides e, 63-64
- Cefaleias, e transtorno esquizofreniforme, 28
- Ciclagem rápida, como subtipo de transtorno bipolar, 47-49
- CID-10, e códigos Z, 265
- Cirrose e dependência de álcool, 121-122
- Cirurgia de readequação sexual, e disforia de gênero, 238-239
- Citalopram, 88
- Clomipramina, 235
- Clonazepam, 47, 49, 103, 158-159, 220, 222, 289
- Clozapina, 22-23, 33
- Cocaína. *Ver também* Transtorno por uso de cocaína
- sintomas depressivos e abstinência de, 252, 259
 - transtorno de escoriação e, 139
 - transtorno esquizofreniforme e, 27
 - transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática e, 292
 - transtorno por uso de tabaco e parafilia, 342-343
- Códigos Z, e CID-10, 265
- Comorbidade. *Ver também* Diagnóstico diferencial, diagnóstico duplo
- de bulimia nervosa, 205
 - de enurese, 212
 - de esquizofrenia e transtornos do humor e psicóticos, 34
- de fobia específica com ansiedade e outros transtornos, 118
- de outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado com transtorno da personalidade *borderline*, 69
- de outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado com transtornos de ansiedade, 70
- de pica, 196
- de transtorno bipolar do tipo II, 55
- de transtorno bipolar e
- transtorno da personalidade *borderline*, 52, 69
 - transtorno de pânico, 113
 - transtornos de ansiedade, 51-52, 70, 113
 - transtornos depressivos, 113
 - transtornos por uso de substância, 37
 - transtornos relacionados à infecção por HIV, 60
- de transtorno ciclotímico com transtorno da personalidade *borderline*, 58
- de transtorno comportamental do sono REM e síndrome das pernas inquietas, 216
- de transtorno da personalidade antisocial, 310
- de transtorno da personalidade *borderline*, 312
- de transtorno da personalidade dependente, 323
- de transtorno da personalidade esquizoide, 305
- de transtorno da personalidade histriônica, 315-316
- de transtorno de interação social desinibida com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 145
- de transtorno de pânico com transtornos depressivo e bipolar, 113
- de transtorno de sintomas somáticos com transtorno do humor e uso de substância, 177
- de transtorno dismórfico corporal com transtorno depressivo maior e transtornos por uso de substância, 134
- de transtorno disruptivo da desregulação do humor, 75
- de transtorno do jogo, 270
- de transtorno esquizofreniforme, 28-29
- de transtorno explosivo intermitente, 249-250
- de transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática, 295
- de transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados e ansiedade, 126

- de transtornos alimentares, 194
 de transtornos da personalidade, 301, 316
 de transtornos de ansiedade e
 fobia específica com ansiedade e outros
 transtornos, 118
 outros transtornos de ansiedade, 107-108
 transtorno bipolar, 51-52, 70, 113
 transtorno de pânico com transtornos
 depressivo e bipolar, 113
 transtorno obsessivo-compulsivo e
 transtornos relacionados, 126
 de transtornos disruptivos, do controle de
 impulsos e da conduta com transtorno
 de déficit de atenção/hiperatividade,
 por uso de substância e transtornos da
 personalidade, 243
 de transtornos parafílicos, 331-332, 337, 339,
 343-344
 de transtornos por uso de substância e
 transtorno bipolar, 37
 transtorno de sintomas somáticos com
 transtorno do humor, 177
 transtorno dismórfico corporal com
 transtorno depressivo maior, 134
 transtornos disruptivos, do controle de
 impulsos e da conduta com transtorno
 de déficit de atenção/hiperatividade e
 transtornos da personalidade, 243
 de tricotilomania e transtorno de escoriação,
 138
 transtorno de estresse pós-traumático e
 índices elevados de, 152
Comportamento. *Ver também* Adições
 comportamentais; Agitação; Agressividade;
 Busca por atenção; Comportamento
 autolesivo; Comportamento criminoso;
 Comportamentos repetitivos; Desinibição;
 Esquiva; Ideação e comportamento suicida;
Impulsividade
 contínuo de controle do, 244
 transtorno neurocognitivo leve devido a
 lesão cerebral traumática e, 294
 transtornos neurocognitivos e, 274
 Comportamento antissocial na idade adulta, 265
Comportamento autolesivo. *Ver também*
 Ideação e comportamento suicida
 amnésia dissociativa e, 163-164
 outro transtorno dissociativo especificado e,
 169
 transtorno bipolar tipo II e transtorno de
 ansiedade não especificado e, 51-52
 transtorno da personalidade *borderline* e, 311
 transtorno de adaptação e, 160
 transtorno disfórico pré-menstrual e, 89-91
 tricotilomania e transtorno de escoriação,
 139
Comportamento criminoso
 transtorno da conduta e, 246
 transtorno da personalidade antissocial e,
 309-310
 transtorno por uso de opioide e, 263-265
 transtornos parafílicos e, 330-331, 338-339
Comportamento sexual. *Ver também*
Hipersexualidade
 arriscado e transtorno por uso de cocaína,
 258-259
 contexto biopsicossocial do, 229
 inadequado e transtorno bipolar tipo I, 46
 mudanças sociais e debate sobre atípico,
 237-238
 normas culturais e, 229, 331
 transtorno por uso de tabaco e parafilia, 344
Comportamentos repetitivos
 transtorno dismórfico corporal e, 133-134
 transtorno do espectro autista e, 8
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 128-129
Compulsão alimentar e bulimia nervosa, 204
Compulsões. *Ver também* Obsessões
 transtorno da personalidade
 obsessivo-compulsiva e, 327
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 128-130
Condições médicas. *Ver também* Asma;
 Câncer; Doença arterial coronariana; Doença
 cerebrovascular; Doença de Crohn; Doença
 hepática; Doença de Huntington; Doença
 de Parkinson; Dor; Enxaquecas; Epilepsia;
 Esclerose múltipla; Hipertensão; Perturbações
 gastrintestinais
 bulimia nervosa e, 205
 catatonia e, 64
 causas de psicose e, 290-291
 delirium em pacientes internados, 276
 disfunções sexuais e, 229-230
 fatores psicológicos que afetam outras
 condições médicas e negação de, 191
 síndrome pré-menstrual como, 91
 transtorno bipolar e transtorno relacionado
 devido a infecção por HIV, 59-61
 transtorno conversivo e inexplicável, 185
 transtorno de adaptação e, 156-158
 transtorno de sintomas somáticos e, 180
 transtorno depressivo devido a outra
 condição médica e, 94-96
 transtorno do espectro autista e, 1
 transtorno esquizofreniforme e, 28
 transtorno psicótico secundário a, 27

- transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta e, 243
tricotilomania e transtorno de escoriação, 139
- Consciência, e outro transtorno dissociativo especificado, 170-171
- Conscienciosidade e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 299, 327
- Constipação
depressão e, 210
pica e, 196
- Contenções, e transtorno bipolar tipo I, 45
- Contexto biopsicossocial, do comportamento sexual, 229
- Contratransferência. *Ver também* Aliança terapêutica
transtorno da personalidade evitativa e, 322
transtorno da personalidade narcisista e, 318
transtorno factício e, 188
- Convulsões. *Ver também* Epilepsia
abstinência de álcool e, 256
não epilépticas (CNE), 185
transtorno conversivo e, 183-184
- Côrtex frontal, e transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática, 295
- Crianças. *Ver também* Idade
diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada em, 14
diagnóstico diferencial de transtornos do neurodesenvolvimento e, 3
distinção entre ansiedade e transtornos do humor em, 14
limiar diagnóstico para transtorno de estresse pós-traumático em, 142
sintomas de psicose de início precoce em, 22-23
transtorno alimentar restritivo/evitativo e, 199
transtorno de apego reativo em, 142
transtorno de interação social desinibida em, 142, 144
transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 72
transtorno dissociativo de identidade e, 162
transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta em, 244
- Critério de temor expresso, para anorexia nervosa, 193
- Culpa
transtorno depressivo maior e, 85
transtorno esquizofreniforme e, 27
- Curvas de crescimento, e transtorno alimentar restritivo/evitativo, 198
- Deficiência
da aprendizagem, 10
de hipocretina, e narcolepsia, 216, 222
intelectual, 2, 3-6, 195-197
- Deficiências da linguagem, no transtorno do espectro autista, 8-9
- Delírio (s). *Ver também* Alucinações; Delírios bizarros; Delírios persecutórios; Transtorno delirante
critérios sintomáticos para esquizofrenia e, 20, 25
transtorno bipolar tipo I e, 45, 66
transtorno da personalidade esquizotípica e, 307
transtorno de ansiedade de doença e, 182
transtorno delirante e, 31
transtorno depressivo maior e, 83
transtorno dismórfico corporal e, 134
transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado e, 290
transtorno esquizoafetivo e, 33-34
transtorno obsessivo-compulsivo e, 129
transtorno pedofílico e, 339
transtorno psicótico breve e, 39
transtorno psicótico induzido por Cannabis e, 34, 36-37
tricotilomania e transtorno de escoriação e, 139
- Delírios bizarros, e transtorno delirante, 20, 31
- Delírios persecutórios
transtorno delirante e, 31
transtorno esquizoafetivo e, 33
transtorno pedofílico e, 338
- Delirium*
abstinência de álcool e, 252, 256
anticolinérgico, 279
casos clínicos de, 275-277, 278-279
não especificado, 275-277
no DSM-5, 273
transtorno psicótico breve e, 39
- Demência
delirium e, 277
frontotemporal, 282, 285
transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer e primário, 281
uso do termo, 273, 282
vascular, 282
- Depressão. *Ver também* “Depressão dupla”; Depressão pós-parto; Depressão psicótica; Transtorno depressivo maior; **Transtornos depressivos**

- Depressão breve recorrente, 102
 “Depressão dupla”, 88
 Depressão pós-parto, 179-180
 Depressão psicótica
 abstinência de cocaína e, 252
 abstinência de opioides e, 264
 amnésia dissociativa e, 163
 apneia e hipopneia obstrutivas do sono e, 224
 comorbidade com transtorno de pânico, 113
 constipação e, 210
 delirium e, 276-277
 diagnóstico de pacientes com doença clínica, 122
 no DSM-5, 71-73
 síndrome das pernas inquietas e, 225-227
 transtorno bipolar e, 42, 48-49
 transtorno bipolar e transtornos relacionados devido a infecção por HIV e, 60
 transtorno bipolar tipo II e, 50-51, 53-55
 transtorno da personalidade *borderline* e, 312
 transtorno da personalidade dependente e, 323
 transtorno da personalidade narcisista e, 318
 transtorno de adaptação e, 95, 154, 157, 323
 transtorno de déficit de atenção/
 hiperatividade e sintomas de, 11
 transtorno de hipersonolência e, 222
 transtorno de sintomas somáticos e, 178-180
 transtorno depressivo maior e transtorno neurocognitivo leve, 284
 transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado e, 291
 transtorno esquizoafetivo e, 33-34
 transtorno factício e, 186, 188
 Desatenção, e dimensões sintomáticas do transtorno de déficit de atenção/
 hiperatividade, 2, 11, 14
 Desinibição, e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 327
 Desintoxicação de álcool, 338
 Desnutrição, e *delirium* não especificado, 277
Ver também Apetite
 Despersonalização
 outro transtorno dissociativo especificado e, 170-171
 transtorno bipolar tipo II e transtorno de ansiedade não especificado e, 51-52
 transtornos dissociativos e, 162
 Desrealização e transtornos dissociativos, 162, 170-171. *Ver também* Transtorno de despersonalização/desrealização
 Desvinculação e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 327
 Diabetes, e síndrome das pernas inquietas, 226
 Diagnóstico. *Ver Casos clínicos; Comorbidade; Diagnóstico diferencial; Diagnóstico duplo; diagnósticos específicos; Entrevista diagnóstica; Especificadores; Fatores complicadores; Informações colaterais; Limiar diagnóstico*
 Diagnóstico diferencial. *Ver também* Comorbidade; Diagnóstico duplo; *diagnósticos específicos*
 de *delirium*, 277
 de esquizofrenia, 26
 de outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 69
 de transtorno ciclotímico, 58
 de transtorno conversivo, 185
 de transtorno esquizofreniforme, 27-29
 de transtorno factício, 188
 de transtorno neurocognitivo leve, 285, 294
 de transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, 281
 de transtorno por uso de opioide, 261-262
 de transtorno psicótico breve, 39
 de transtornos de tique, 16
 de transtornos do neurodesenvolvimento, 3
 de transtornos do sono-vigília, 219
 Diagnóstico duplo, *casos clínicos de*
 abstinência de álcool e transtorno por uso de álcool, 255-257
 abstinência de opioides, transtorno por uso de opioides e transtorno por uso de álcool, 263-265
 transtorno da personalidade dependente e transtorno por uso de benzodiazepínicos, 322-324
 transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por uso de cocaína, transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de *Cannabis* e transtorno por uso de tabaco, 266-269
 transtorno de sintomas somáticos, transtorno por uso de *Cannabis* e depressão maior, 175-177
 transtorno esquizoafetivo, transtorno por uso de álcool e transtorno por uso de maconha, 32-34
 transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática e transtorno por uso de álcool, 292-295

- transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento, 122-124
- transtorno por uso de álcool e transtorno depressivo induzido por álcool, 253-254
- transtorno por uso de cocaína e transtorno depressivo maior induzido por substância, 91-93
- transtorno por uso de opioides, transtorno por uso de tabaco, transtorno por uso de álcool e transtorno depressivo maior, 260-262
- transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e transtorno bipolar, 35-37
- Diário de Sono-Vigília**, 218
- Diazepam**, 264
- Difenidramina**, 44
- Differential Aptitude Tests (DAT)**, 293
- Discriminação e uso do termo “disforia de gênero”, 238
- Disforia**
- transtorno bipolar e, 42
 - transtorno ciclotímico e, 56-57
 - transtorno depressivo maior e, 80
 - transtorno por uso de tabaco e, 343
- Disforia de Gênero**
- caso clínico de*, 239-242
 - com início na infância, 241
 - no DSM-5, 237-239
- Disfunção ocupacional, e transtorno da personalidade *borderline*, 313
- Disfunção sexual induzida por medicamento, 233-235
- Disfunção sexual induzida por substância / medicamento, 230
- Disfunções Sexuais.** Para mais informações
Ver *diagnósticos específicos*
- casos clínicos de*, 230-235
 - no DSM-5, 229-230
- Dismorfia muscular, 134
- Dispareunia, 230
- Dissociação e sintomas dissociativos e transtorno de estresse agudo, 147
- Diuréticos e bulimia nervosa, 205
- Documentação de diagnósticos de pacientes em registros médicos, 324
- Doença arterial coronariana, e *delirium*, 278
- Doença cerebrovascular, e transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, 288
- Doença com corpos de Lewy
- delirium e*, 277
 - transtorno neurocognitivo leve e, 285
- transtorno neurocognitivo maior e, 286-289
- Doença de Alzheimer**
- delirium e*, 277
 - depressão tardia e transtornos neurocognitivos, 284
 - transtorno neurocognitivo leve e, 285
 - transtorno neurocognitivo maior e, 280-284, 287-288
- Doença de Crohn**, 186-188
- Doença de Huntington**, transtorno neurocognitivo devido à, 289-291
- Doença de Parkinson**
- delirium e*, 277
 - transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 94-96
 - transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado e, 291
 - transtorno neurocognitivo leve e, 285
- Doença hepática**, e encefalopatia hepática, 123
- Doença renal terminal (DRT)**, e síndrome das pernas inquietas, 226
- Dor**
- abstinência de opioides e, 263
 - delirium e*, 279
 - especificadores para, 174
 - outro transtorno depressivo especificado e, 103-104
 - transtorno da personalidade histrônica e, 314
 - transtorno de sintomas somáticos e, 176-178
 - transtorno factício e, 186
 - transtorno por uso de opioides e, 260-263
- Dor predominante, especificador para, 177
- Duloxetina**, 317
- Duração**, de sintomas
- disfunção sexual induzida por medicamento e, 234
 - disfunções sexuais e, 230
 - mania e hipomania no transtorno bipolar e, 42
 - transtorno bipolar tipo II e, 54-55
 - transtorno ciclotímico e, 43
 - transtorno conversivo e, 185
 - transtorno de despersonalização / desrealização e, 167-168
 - transtorno de estresse agudo e, 142
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 142
 - transtorno delirante e, 31
 - transtorno depressivo maior e, 81, 83
 - transtorno esquizofreniforme e, 28
 - transtornos do espectro da esquizofrenia e, 37

- Ecstasy* (droga), 267-268
- Ejaculação retardada e disfunção sexual induzida por medicamento, 234
- Eletrencefalograma (EEG), e transtorno conversivo, 184-185
- Eletroconvulsoterapia, e amnésia dissociativa, 163
- Emoções. *Ver também* Afeto negativo; Culpa; Medo
- continuo para controle de, 244
 - transtorno ciclotímico e labilidade de, 57
 - transtorno da personalidade *borderline* e instabilidade de, 312-313
 - transtorno da personalidade histriônica e, 314
 - transtorno de estresse agudo e reações, 147
 - transtorno de interação social desinibida e regulação de, 145
- "Emoções pró-sociais limitadas", como especificador para transtorno da conduta, 244, 247
- Empatia
- transtorno da conduta e, 247
 - transtorno da personalidade narcisista e, 318
- Encefalopatia hepática, 123-124
- Encoprese, 209-210
- Entrevista diagnóstica e amnésia dissociativa, 165
- Enurese, 209-213
- noturna primária, 212
 - secundária, 212
- Enxaquecas
- transtorno de sintomas somáticos e, 178
 - transtorno esquizofreniforme e, 27
- Epilepsia
- transtorno conversivo e, 185
 - transtorno neurocognitivo devido à doença de Huntington e, 291
- Episódio bipolar e transtorno psicótico breve, 39
- Escala de 7 itens de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7), 218
- Escala de Avaliação de Crenças de Brown, 132
- Escala de Coma de Glasgow, 158
- Escala de Depressão de Hamilton, 102
- Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões, 132
- Escalas dimensionais, de sintomas de esquizofrenia, 25-26
- Escitalopram, 98, 260, 315, 317
- Esclerose múltipla, 291
- Escola, dificuldades na
- transtorno de ansiedade de separação e, 15-17, 113
 - transtorno de ansiedade generalizada e, 12-14
- transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e, 9-12
- transtorno do espectro autista e, 7-8
- transtorno específico da aprendizagem e, 9-12, 12-14
- Escoriação da pele, e transtorno dismórfico corporal, 132-133. *Ver também* Transtorno de escoriação
- Escrupulosidade, e transtorno obsessivo-compulsivo, 128
- Especificador de curso
- para esquizofrenia, 25
 - para transtornos por uso de substância, 251
- Especificador situacional, para fobia específica, 118
- Especificadores. *Ver também* Especificador de curso; Especificador situacional; Gravidez
- para disfunções sexuais, 230
 - para dor, 174, 176
 - para esquizofrenia, 19, 25
 - para fobia específica, 118
 - para início no periparto, 67, 78
 - para síndrome da psicose atenuada, 21
 - para transtorno conversivo, 174
 - para transtorno de acumulação, 131, 136
 - para transtorno de adaptação, 142
 - para transtorno de conduta, 244, 246-247
 - para transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, 2
 - para transtorno delirante, 31
 - para transtorno dismórfico corporal, 20, 126, 131, 134
 - para transtorno obsessivo-compulsivo, 20, 125, 129, 131
 - para transtornos depressivos, 71-72
 - para transtornos por uso de substância, 251
- Esquiva. *Ver também* Transtorno da personalidade evitativa
- amnésia dissociativa e, 165
 - transtorno alimentar restritivo/evitativo e, 199
 - transtorno de estresse agudo e, 147, 150
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 29, 141, 152
 - transtorno dismórfico corporal e, 134
 - transtorno obsessivo-compulsivo e, 128
- Esquizofrenia. *Ver também* **Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**
- casos clínicos de*, 21-23, 24-26
 - com início na infância, 22-23
 - diferenças entre transtorno esquizofreniforme e, 28

- no DSM-5, 19-20
 pica e, 196
 prodrômica, 302
 sintomas catatônicos e, 63
 transtorno bipolar tipo I e, 46
 transtorno da personalidade esquizotípica e, 307-308
 transtorno da personalidade paranoide como estágio inicial de, 302
 transtorno de despersonalização/desrealização e, 168
 Estados de fuga, e transtornos dissociativos, 162
 Estereotipia, e transtorno bipolar induzido por esteroides, 63
Esteróide(s). *Ver também* Transtorno bipolar induzido por esteroides
 transtorno bipolar induzido por medicamento, 42
 transtorno de ansiedade induzido por medicamento e, 122-124
 transtorno dismórfico corporal e, 134
Estilo de criação dos filhos
 transtorno da personalidade esquizoide e, 305
 transtorno de ansiedade de separação e, 110-111
 transtorno por uso de tabaco e parafilia, 341-344
 transtorno psicótico não especificado, transtorno por uso de cocaína, transtorno por uso de álcool, transtorno da personalidade antissocial, e transtorno pedofílico e, 338-340
Estresse. *Ver também* Transtorno de estresse agudo
 pica e, 197
 reações dissociativas agudas a, 162
 transtorno de adaptação e, 154, 159
 transtorno de ansiedade de doença e, 181
 transtorno de ansiedade generalizada e, 120
 transtorno de insônia e, 217
 transtorno depressivo maior e, 77, 284
 transtorno neurocognitivo leve e, 284
 transtorno por uso de cocaína e transtorno depressivo maior induzido por substância, 92
 transtorno psicótico breve e, 38-39
 transtornos parafilicos e, 337
Estupor transitório, e outro transtorno dissociativo específico, 200-201
Euforia, e transtorno bipolar, 41-42, 66
Exame toxicológico, e *delirium*, 279
 "Excesso de aquisições", e transtorno de acumulação, 136-137
Excitação. *Ver também* Hiperexcitação
 transtorno de estresse agudo e, 147
 transtorno de estresse pós-traumático e, 141, 152
Exercícios
 anorexia nervosa e, 201
 transtorno da compulsão alimentar e, 206-208
Exibicionismo, 331
Exploração, e transtorno da personalidade antissocial, 310
Exposição a chumbo, e pica, 196-197
Extroversão, e traços de personalidade, 298-299
Fadiga
 apneia e hipopneia obstrutivas do sono e, 224
 outro transtorno depressivo especificado e, 103-104
 síndrome das pernas inquietas e, 226
 transtorno de ansiedade de doença e, 182
 transtorno depressivo maior e, 84
 transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento, 122
Fármacos neurolépticos. *Ver* Antipsicóticos
Fatores complicadores, no diagnóstico de transtorno bipolar, 41
Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas (FPAOCM)
caso clínico de, 189-191
 no DSM-5, 174
 transtorno de adaptação e, 158
Fibromialgia, 182
Fibrose cística (FC), 189
Fissura e transtorno por uso de opioide, 261
Fluoxetina, 47, 84, 86, 178, 206, 315, 317
Fobia de contaminação
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 128, 130-132
 transtorno psicótico breve e, 38
Fobia específica, 117-118, 199
Fobia social, e caso clínico de transtorno de hipersonolência, 220-222
Forma inibida, do transtorno de apego reativo, 144
Fosfenitoína, 183-184
FPAOCM. *Ver* Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas
Fratura do quadril, e *delirium*, 275-276
Frotteurismo, 331

- Fuga dissociativa, 162
- Função cognitiva
delirium e, 279
 encefalopatia hepática e, 123-124
 esquizofrenia e, 23
 outro transtorno depressivo especificado e, 104
 transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a infecção por HIV e, 61
 transtorno de estresse agudo e, 147
 transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 95
 transtorno depressivo maior e transtorno neurocognitivo leve, 284
 transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática e, 294
- Gabapentina, 178
- Gênero
 disfunções sexuais no DSM-5 e, 229-230
 identidade de gênero e, 238
 influências culturais sobre papéis de gênero, 155
 transtorno da personalidade histrionica e, 316
- Genética. *Ver também* História familiar
 enurese e, 212
 outro transtorno depressivo especificado e, 102
 testagem e diagnóstico de deficiência intelectual e transtorno do espectro autista, 4-6
- Gestação. *Ver também* Amamentação
 depressão pós-parto, 179-180
 psicose pós-parto, 66-67
 transtorno depressivo maior e, 76-78
- Grandiosidade
 transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a infecção por HIV e, 60
 transtorno bipolar tipo I e, 45-46
 transtorno da personalidade narcisista e, 319
 transtorno delirante e, 31
- Gravidade. *Ver também* Especificadores
 da apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 224
 da deficiência intelectual, 2
 da esquizofrenia, 23, 25-26
 de sintomas de transtorno da conduta, 247
 de transtornos depressivos, 71-72
 de transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 244
 de transtornos por uso de substância, 251
 do transtorno do espectro autista, 1
 do transtorno obsessivo-compulsivo, 131
- Habilidades de enfrentamento
 transtorno de adaptação e, 159
 transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 96
 Haloperidol, 44, 62, 64, 275, 277
- Hebefilia, 331
- Hemodiálise, e síndrome das pernas inquietas, 225-226
- Heroína, 263-265
- Heterogeneidade
 da resposta aguda pós-traumática, 141
 de esquizofrenia, 23, 25
 de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, 191
 de outro transtorno dissociativo especificado, 171
 dos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 243
- Hidrocodona-acetaminofeno, 260
- Hiperatividade, e dimensões sintomáticas de TDAH, 2, 11
- Hiperexcitação, e amnésia dissociativa, 165. *Ver também* Excitação; Hiperexcitação autonômica
- Hiperexcitação autonômica, e transtornos de ansiedade, 107
- Hipersensibilidade, e transtorno da personalidade esquizoide, 304-305
- Hipersexualidade
 parafilia e, 342-344
 transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a infecção por HIV e, 60
 transtorno bipolar tipo II e, 53-54
 transtorno depressivo maior e, 99
- Hipertensão
delirium não especificado e, 277
 disfunção sexual e, 235
- Hipervigilância, e TEPT, 152
- Hipocloremia, e bulimia nervosa, 205
- Hipocondria, 174, 181-182
- Hipomania
 outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e, 69
 transtorno bipolar de ciclagem rápida e, 49
 transtorno bipolar e transtornos relacionados e, 41-43
 transtorno bipolar tipo II e, 51, 54-55
 transtorno ciclotímico e, 57
 transtorno da compulsão alimentar e, 208
 transtorno depressivo maior e, 98-99
- Hipoxemia, e transtorno de adaptação, 157
- História do desenvolvimento
 transtorno alimentar restritivo/evitativo e, 198

- transtorno da personalidade esquizoide e, 305
 transtorno de ansiedade de separação e, 110
 História familiar, em casos clínicos. *Ver também*
Genética
 de deficiência intelectual e transtorno do espectro autista, 4
 de esquizofrenia, 25
 de transtorno bipolar, 47, 49
 de transtorno bipolar induzido por esteroides, 63
 de transtorno bipolar tipo I, 45, 66
 de transtorno bipolar tipo II, 54
 de transtorno ciclotímico, 56
 de transtorno da conduta, 247
 de transtorno da personalidade esquizotípica e transtorno da personalidade paranoide, 306-307
 de transtorno de adaptação, 156, 159
 de transtorno de ansiedade de separação, 109-111
 de transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e transtorno específico da aprendizagem, 10-11
 de transtorno de despersonalização/ desrealização, 167-168
 de transtorno de pânico, 112
 de transtorno de sintomas somáticos, 179
 de transtorno depressivo devido a outra condição médica, 95
 de transtorno depressivo maior, 77, 81, 98
 de transtorno dismórfico corporal, 133-134
 de transtorno disruptivo da desregulação do humor e transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, 75
 de transtorno explosivo intermitente, 249
 de transtorno neurocognitivo devido à doença de Huntington, 290
 de transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, 287
 de transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, 280-281
 de transtorno por uso de opioide, 261
 de transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e transtorno bipolar, 36-37
 transtorno bipolar e transtornos relacionados devido à infecção por HIV e, 60
HIV
 transtorno bipolar e transtornos relacionados devido a infecção por, 59-61
 transtorno por uso de cocaína e, 258
Homeopatia, e outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 68
Homossexualidade
 no DSM-5, 238
 parafiliais e, 336-337, 341-344
 transtorno por uso de cocaína e, 259
Hostilidade, e transtorno da personalidade *borderline*, 313
Idade. *Ver também* Adolescentes; Adulto(s); Crianças; Idade de início
 critérios sintomáticos para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e, 2
 diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline* e, 160
 diagnóstico de transtorno pedofílico e, 340
 diagnóstico diferencial de transtornos do neurodesenvolvimento e, 3
 disfunções sexuais e efeitos do envelhecimento, 229
 remissão parcial de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade com, 11
 transtornos de eliminação e marcos do desenvolvimento, 209, 211-212
Idade de início
 de bulimia nervosa, 205
 de esquizofrenia, 22
 de transtorno bipolar, 51
 de transtorno da conduta, 246-247
 de transtorno dismórfico corporal, 133
 de transtorno explosivo intermitente, 249
 de transtorno por uso de opioides, 265
 de transtornos de tique, 16-17
Ideação e comportamento suicida
 amnésia dissociativa e, 163
 depressão breve recorrente e, 102
 outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e, 68
 outro transtorno dissociativo especificado e, 169
 transtorno bipolar tipo II e, 50-52, 55
 transtorno da personalidade *borderline* e, 313
 transtorno da personalidade histriônica e, 314-316
 transtorno de adaptação e, 158-160
 transtorno de pânico e, 112-113
 transtorno de sintomas somáticos e, 179-180
 transtorno depressivo maior e, 78-79, 82, 97-98, 100
 transtorno dismórfico corporal e, 133-134
 transtorno esquizoafetivo e, 33-34
 transtorno por uso de cocaína e transtorno depressivo maior induzido por substância, 92
 transtornos por uso de substância e
 transtorno de estresse pós-traumático e, 266

- Impulsividade.** *Ver também “Impulso”*
 transtorno da conduta e, 246
 transtorno da personalidade antisocial e, 310
 transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e, 14
 transtorno de interação social desinibida e, 145
 transtorno depressivo maior e, 99
 transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta e, 243
“Impulso”, uso do termo no DSM-5, 128. *Ver também Impulsividade*
“Inadequado”, e uso do termo “indesejado” no DSM-5, 128
“Indesejado”, uso do termo no DSM-5, 128
 Índice de apneia hipopneia (IAH), 223-224
 Índice de Gravidade de Insônia (IGI), 218
 Índice de massa corporal (IMC) e anorexia nervosa, 200, 202
 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), 218
 Informações colaterais, para diagnóstico
 transtorno bipolar e, 41
 transtorno da personalidade esquizotípica e
 transtorno da personalidade paranoide, 306
 transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta e, 244
 Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), 69, 130, 220, 223. *Ver também Antidepressivos*
Insight
 como especificador para transtorno dismórfico corporal, 20, 126, 134
 como especificador para transtorno obsessivo-compulsivo, 20, 125, 129, 131
 transtorno bipolar e, 41-42, 48
“Insight ausente/crenças delirantes”,
 como especificador para transtorno obsessivo-compulsivo, 20, 129, 131
Insônia. *Ver também Sono e perturbações do sono; Transtorno de insônia*
 outro transtorno depressivo especificado e, 103-104
 transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 94, 96
 transtorno depressivo maior e, 84
 transtorno por uso de cocaína e transtorno depressivo maior induzido por substância, 93
Instabilidade afetiva, e transtorno da personalidade borderline, 312. *Ver também Afeto negativo*
 Intensidade, de sintomas no transtorno bipolar e transtornos relacionados, 43. *Ver também Gravidade*
Interação social. *Ver também Relacionamentos interpessoais*
 transtorno ciclotímico e, 56
 transtorno da personalidade narcisista e, 318
 transtorno de acumulação e, 136
 transtorno do espectro autista e, 5, 8
 transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer e, 281
Intoxicação
 por álcool, 251
 por cocaína, 259
 por cocaína ou álcool, 93
Inventário de Ansiedade de Beck, 120
Irritabilidade
 transtorno bipolar e, 48
 transtorno ciclotímico e, 56-57
 transtorno depressivo maior e, 85
 transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 75
ISRSs. *Ver Inibidores seletivos da recaptação de serotonina*
“Lapsos de memória”, e transtorno neurocognitivo leve, 274
Laxantes, e bulimia nervosa, 205
Lei dos Norte-americanos com Deficiência (Americans with Disabilities Act), 309
Lesão cerebral traumática (LCT)
 transtorno de estresse agudo e, 148
 transtorno neurocognitivo leve devido a, e
 transtorno por uso de álcool, 292-295
Levantamento Epidemiológico Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas, 81
Limiar diagnóstico. *Ver também Prejuízo; Sofrimento*
 debate sobre comportamento sexual e, 237-238
 definição de normalidade e, 237
 disforia de gênero no DSM-5 e, 238, 241
 para transtorno de estresse pós-traumático na infância, 142
 parafiliais e problema de, 329-332, 334, 336-337, 340, 342-343, 344
Linguagem expressiva, atraso no desenvolvimento da, 145
Lítio, 36, 50, 317
Lorazepam, 44, 62-64, 183-184
Lúpus neuropsiquiátrico, 42
Luto
 transtorno de adaptação e, 154
 transtornos depressivos e, 72, 79-81

- Maconha e transtorno por uso de maconha.
Ver também Abuso de substância; Transtorno por uso de *Cannabis*; Transtornos por uso de substância
- transtorno de sintomas somáticos e, 176-177
 - transtorno delirante e, 30-32
 - transtorno esquizoafetivo e, 32-34
 - transtorno esquizofreniforme e, 27-28
- Mania**
- esquizofrenia e, 25
 - induzida por estimulante, 61
 - transtorno bipolar e, 41-43, 48-49
 - transtorno bipolar e transtornos relacionados devido a infecção por HIV e, 60-61
 - transtorno bipolar tipo I e, 46
 - transtorno bipolar tipo II e 54-56
 - transtorno da personalidade *borderline* e, 312
 - transtorno delirante e, 31
 - transtorno depressivo maior e, 98
 - transtorno do jogo e, 270
 - transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e, 36
- MCA.** *Ver* Teste Cognitivo de Montreal
- Medicamento(s).** *Ver também* Antidepressivos; Antipsicóticos; Automedicação; Esteróide(s); Quimioterapia
- como causa de ansiedade e depressão, 157
 - funcionamento sexual e, 229, 233-235
 - problemas gastrintestinais e, 210
 - sedativo-hipnóticos, 217
 - tratamento farmacológico da abstinência de álcool e, 256
- Medo**
- transtorno alimentar restritivo/evitativo e, 198-199
 - transtorno de ansiedade de separação e, 109
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 152
 - transtorno de pânico e, 112
 - transtornos de ansiedade e, 107
- MEEM.** *Ver* Miniexame de Estado Mental
- Memória**
- amnésia dissociativa e, 164-165
 - transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer e, 282
- Metadona, 264**
- Metanfetamina, 59-60, 245, 258**
- Metilfenidato, 56, 74**
- Microamnésia, e outro transtorno dissociativo especificado, 170-171**
- Micropsicose, e transtornos da personalidade, 39**
- Miniexame de Estado Mental (MMSE), 122, 279, 290, 307**
- Modelo dos Cinco Fatores, para traços de personalidade, 298
- Modelos categórico e categórico-dimensional de transtornos da personalidade, 298-299
- Monitoramento de vídeo-EEG (vEEG), e transtorno conversivo, 184
- Motivação, e transtorno factício, 187-188
- MSLT.** *Ver* Teste múltiplo de latência do sono
- Mutismo, e transtorno bipolar induzido por esteroides, 62, 64**
- Naloxona, 264**
- Narcolepsia, 216, 222**
- Narcóticos Anônimos, 33, 59, 263-264**
- Negação de doença médica e diagnóstico de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, 191
- Neuropatia periférica, e síndrome das pernas inquietas, 227**
- Normalidade, definições e variações de, 237, 331
- Obesidade**
- fobia de gordura e, 202
 - transtorno da compulsão alimentar e, 207
 - transtorno de hipersonolência e, 220
- Obsessão com simetria**
- transtorno dismórfico corporal e, 134
 - transtorno obsessivo-compulsivo e, 128
- Obsessões.** *Ver também* Compulsões
- transtorno dismórfico corporal e, 134
 - transtorno obsessivo-compulsivo e, 128-130
- Olanzapina, 44-46**
- Opção “outro”, no DSM-5, 20**
- Opiáceos, 177, 267-268, 279**
- Organização da personalidade *borderline* (OPB), 313**
- Organização Mundial da Saúde, 202**
- Orientação sexual, no DSM-5, 238. Ver também Bissexualismo; Homossexualidade; Transexualismo**
- Outra catatonia especificada, 19**
- “Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica”, 221**
- Outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 68-70**
- Outro transtorno da personalidade especificado, 299**
- Outro transtorno depressivo especificado, 100-102, 103-104**
- Outro transtorno dissociativo especificado, 167, 169-171**
- Outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado, 20**
- Oxicodona, 158, 263-264**

- Parafilia, definição de, 329, 342-343
 Paranoia. *Ver também* Transtorno da personalidade paranoide
delirium e, 278-279
 transtorno bipolar tipo II e transtorno de ansiedade não especificado e, 50-51
 transtorno da personalidade paranoide e, 302
 transtorno esquizoafetivo e, 33
 transtorno neurocognitivo devido à doença de Huntington e, 290
 transtorno psicótico induzido por *Cannabis e*, 35-36
 Paroxetina, 315
 Pensamentos recorrentes, e transtorno obsessivo-compulsivo, 129
 Perda de peso
 transtorno alimentar restritivo/evitativo e, 199
 transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 94
 transtorno depressivo maior e, 84-85
 Perfeccionismo rígido, e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 299, 327
 Perseveração, e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 299
 Perturbações gastrintestinais
 anorexia nervosa e, 201
 medicamentos e, 210
 pica e, 197
 tricotilomania e, 139
 Perturbações na identidade
 transtorno da personalidade *borderline e*, 313
 transtornos dissociativos e, 162
 Pesadelos
 amnésia dissociativa e, 164-165
 transtorno de estresse agudo e, 146
 transtorno de estresse pós-traumático e, 151
 Pica, 194-197
 Piromania, 126
 Pletismografia peniana, 338-339
 Polissonografia, e transtornos do sono, 96, 216, 221-224
 "Pontos-gatilho", para transtorno explosivo intermitente, 249
 Prejuízo. *Ver também* Deficiências da linguagem; Limiar diagnóstico; Prejuízo intelectual; Sofrimento
 das funções executivas nos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 243-244
 diagnóstico de transtorno bipolar e, 42
 transtorno bipolar tipo II e, 51, 54
 transtorno conversivo e, 184
 transtorno de estresse agudo e, 149
 transtorno dismórfico corporal e, 133
 transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 75
 transtorno explosivo intermitente e, 249
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 129
 transtorno por uso de cocaína e, 258
 transtornos parafílicos e, 330
 tricotilomania e, 139
 Prejuízo intelectual, e transtorno do espectro autista, 1
 Programa de assistência ao funcionário (PAF), 87
 Pronto-socorro, apresentações incompletas e diagnósticos no, 20
 Propranolol, 235
 Pseudoadição, 261
 Pseudociese, 175
 Pseudoconvulsões, 175
 Pseudodemência, 284
 Psicose e sintomas psicóticos. *Ver também* Micropsicose; Transtorno(s) psicótico(s)
delirium e, 278-279
 período puerperal e, 66
 sintomas depressivos e, 72
 transtorno bipolar tipo I e, 46
 transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e, 327
 transtorno depressivo maior e, 83
 transtorno pedofílico e, 338-339
 Psicose induzida por substância, 27
 Psicose pós-parto, 66-67
 Psicoses congruentes e incongruentes com o humor, 83
 "Psicossomático", uso errôneo do termo, 227
 Psicoterapia. *Ver também* Psicoterapia breve; Psicoterapia de apoio;
 Psicoterapia psicodinâmica; Terapia cognitivo-comportamental; Terapia comportamental dialética
 transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a infecção por HIV e, 59
 transtorno bipolar tipo II e, 54
 transtorno de ansiedade de separação e, 109-110
 transtorno depressivo maior e, 98
 Psicoterapia breve e outro transtorno depressivo especificado, 101
 Psicoterapia de apoio
 transtorno da personalidade *borderline e*, 311
 transtorno depressivo persistente e, 88
 transtorno psicótico breve e, 39
 Psicoterapia psicodinâmica, para transtorno de insônia, 217

- Qualidade de vida, e apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 225
- Questionário da Saúde do Paciente – escala de depressão de 9 itens (PHQ-9), 218
- Questões culturais. *Ver também*
- Afro-americanos; Religião; Síndrome cultural compartilhada
 - anorexia nervosa e, 202
 - comportamento sexual e, 229, 331
 - outro transtorno depressivo especificado e, 104
 - outro transtorno dissociativo especificado e, 171
 - transtorno bipolar tipo I e, 46
 - transtorno de adaptação e, 155
 - transtorno dissociativo de identidade e, 162
- Quetiapina, 98, 245, 317
- Quimioterapia, e transtorno bipolar induzido por esteroides, 63
- Raiva
- transtorno conversivo e, 185
 - transtorno explosivo intermitente e, 248-249
- Reação de luta ou fuga, e transtorno de estresse pós-traumático, 152
- Reações físicas, e transtorno de estresse agudo, 147. *Ver também* Sintoma(s) somático(s)
- Reações normativas a estresse, no DSM-5, 147
- Reexperiência de sintomas, e TEPT, 152
- Referência, delírios de, 31
- Refugiados, e outro transtorno depressivo especificado, 103
- Registro Diário de Gravidade de Problemas, 91
- Relacionamento com os pares. *Ver*
- Relacionamentos interpessoais
 - Relacionamentos interpessoais. *Ver também*
 - Interação social
 - transtorno da conduta e, 246
 - transtorno da personalidade esquizoide e, 305
 - transtorno de estresse agudo e, 147,
- Religião, e obsessão religiosa
- anorexia nervosa e, 201
 - comportamento sexual e, 229
 - transtorno bipolar tipo I e, 65-66
 - transtorno esquizofreniforme e, 27-29
- Resposta de sobressalto
- amnésia dissociativa e, 164
 - transtorno de estresse agudo e, 150
- Ressonância magnética (RM), 60-61
- Retardo mental. *Ver* Deficiência intelectual
- Retardo psicomotor, e transtorno de sintomas somáticos, 179
- Rigidez, e transtorno bipolar induzido por esteroides, 62-64
- Risperidona, 36, 289, 338
- Ronco, e transtornos do sono, 221, 223
- Sais de banho, 258
- Segurança
- transtorno de estresse pós-traumático e preocupação com, 152
 - tratamento de transtorno bipolar tipo I e, 45
- Seguro. *Ver* Seguro de saúde
- Seguro de saúde
- diagnóstico de disforia de gênero e, 238
 - documentação dos diagnósticos do paciente em prontuários médicos e, 324
- Self*, e transtorno da despersonalização/desrealização, 166-167
- Sensibilidade neuroléptica, e transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, 288
- Sequência inversão recuperação com supressão da água livre (FLAIR), 293-294
- Sertralina, 32, 50, 63-64, 68, 281, 315, 317
- SETs, e sintomas essenciais da abstinência de álcool, 256
- Simulação
- transtorno conversivo e, 185
 - transtorno factício e, 188
 - transtorno psicótico breve e, 39
- Síndrome cultural compartilhada, e transtorno esquizofreniforme, 28
- Síndrome da psicose atenuada, 20-21, 308
- Síndrome das pernas inquietas
- caso clínico de*, 225-227
 - no DSM-5, 216
 - transtorno de sintomas somáticos e, 180
- Síndrome de disfunção do sistema imunológico, 182
- Síndrome de fase do sono avançada, 219
- Síndrome de Kleefstra, 3-6
- Síndrome neuroléptica maligna (SNM), 63-64
- Síndrome pré-menstrual (SPM), 91
- Síndrome serotonérígica, 64
- Síndromes cognitivas de etiologia mista, e transtornos neurocognitivos, 285
- Síndromes múltiplas, no espectro bipolar, 42
- Sintoma(s) somático(s), e transtornos de ansiedade, 107. *Ver também* Reações físicas
- Sintomas. *Ver* Duração; Escalas dimensionais; Gravidade; Intensidade; Psicose e sintomas psicóticos; Sintomas de humor; Sintomas de intrusão; Sintomas negativos; Sintomas positivos; Sintoma(s) somático(s)

- Sintomas de humor. *Ver também* Afeto negativo; Antagonismo; Apatia; Ataques de raiva; Hostilidade; Irritabilidade; Raiva; Socialização critérios para transtorno esquizoafetivo e, 20 transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer e, 281
- Sintomas de intrusão
amnésia dissociativa e, 165
TEPT e, 141, 151-152
transtorno de estresse agudo e, 147
- Sintomas negativos, de esquizofrenia, 23, 25, 28
- Sintomas parkinsonianos, e transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, 287-288
- Sintomas positivos
de esquizofrenia, 20
de transtorno de sintomas somáticos, 173
- Sintomas schneiderianos, de transtorno esquizofreniforme, 28
- Sinvastatina, 281
- Sistema judiciário. *Ver também* Comportamento criminoso
diagnóstico de disforia de gênero e, 238-239, 241
transtornos parafílicos e, 331-332, 338, 340
- SNM. *Ver* Síndrome neuroléptica maligna
- Socialização, e traços de personalidade, 298-299, 313
- Sofrimento. *Ver também* Limiar diagnóstico; Prejuízo
disforia de gênero e, 238, 241
enurese e, 212
obsessões e transtorno obsessivo-compulsivo e, 128-129
transtorno bipolar tipo II e transtorno de ansiedade não especificado e, 51
transtorno conversivo e, 184
transtorno de adaptação e, 159
transtorno de estresse agudo e, 149
transtorno dismórfico corporal e, 133
transtorno explosivo intermitente e, 249
transtorno por uso de cocaína e, 258
transtornos parafílicos e, 329-332, 334, 340
tricotilomania e, 139
- Sono e perturbações do sono. *Ver também* Insônia; **Transtornos do Sono-Vigília**
delirium e, 279
transtorno bipolar e, 48
transtorno de ansiedade generalizada e, 13-14
transtorno de estresse agudo e, 149-150
transtorno de estresse pós-traumático e abuso de múltiplas substâncias, 268
transtorno delirante e, 30
- transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy e, 286-287
transtorno por uso de cocaína e transtorno depressivo maior induzido por substância, 91
- Subcultura de “*party and play*” e uso de estimulantes, 258n, 259
- Subtipo indiscriminado, do transtorno de apego reativo, 144
- Subtipo restritivo, de anorexia nervosa, 202
- Subtipos
de anorexia nervosa, 202
de enurese, 212
de esquizofrenia, 19, 23
de mania bipolar, 48
de transtorno de apego reativo, 144
- Supressão do sistema imunológico, e transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a infecção por HIV, 61
- System for Assessment and Group Evaluation (SAGE)*, 293
- TAD. *Ver* Transtorno de ansiedade de doença
- TAG. *Ver* Transtorno de ansiedade generalizada
- TAR. *Ver* Transtorno de apego reativo
- TARE. *Ver* Transtorno alimentar restritivo/evitativo
- TCA. *Ver* Transtorno de compulsão alimentar
- TDAH. *Ver* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade
- TDC. *Ver* Transtorno dismórfico corporal
- TDDH. *Ver* Transtorno disruptivo da desregulação do humor
- TDI. *Ver* Transtorno dissociativo de identidade
- TDM. *Ver* Transtorno depressivo maior
- TEA. *Ver* Transtorno de estresse agudo; Transtorno do espectro autista
- Tempo de reação visual, e avaliação de agressor sexual, 338-339
- Tempo excessivo, gasto no transtorno obsessivo-compulsivo, 129
- Tendência de atribuição hostil, no transtorno explosivo intermitente, 249
- TEPT. *Ver* Transtorno de estresse pós-traumático
- Terapia cognitivo-comportamental
amnésia dissociativa e, 163
- transtorno da personalidade narcisista e, 317
- transtorno de acumulação e, 135
- transtorno de adaptação e, 159
- transtorno factício e, 186
- transtorno obsessivo-compulsivo e, 130

- Terapia comportamental dialética, e amnésia dissociativa, 163
- Teste Cognitivo de Montreal (MCA), 95-96, 156
- Teste de inteligência (QI), 4
- Teste de realidade
- transtorno da personalidade *borderline* e, 313
 - transtorno de despersonalização/desrealização e, 166
- Teste de Stroop, 283
- Teste do desenho do relógio, 290
- Teste múltiplo de latência do sono (MSLT), 221-222
- Timidez
- transtorno da personalidade esquizotípica e, 307
 - transtorno da personalidade evitativa e, 320-321
 - transtorno de ansiedade social e, 114, 320-321
- Tique(s). *Ver também* Tiques motores; Tiques vocais; Transtornos de tique; Transtorno de tique transitório
- definição de, 2, 16
 - especificadores para transtorno obsessivo-compulsivo e, 125, 130-132
 - idade de início de, 16-17
- Tiques motores, 2, 16
- Tiques vocais, 2, 16
- TNCs. *Ver* Transtornos Neurocognitivos
- TOC. *Ver* Transtorno obsessivo-compulsivo
- TPA. *Ver* Transtorno da personalidade antissocial
- TPB. *Ver* Transtorno da personalidade *borderline*
- TPEv. *Ver* Transtorno da personalidade evitativa
- TPH. *Ver* Transtorno da personalidade histrionica
- TPOC. *Ver* Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva
- TPP. *Ver* Transtorno da personalidade paranoide
- Traços de personalidade
- fatores psicológicos que afetam outras condições médicas e, 190
 - formas positivas e negativas de, 298-299
 - modelo cognitivo-dimensional e avaliação de, 298-299
 - negativos, 298-299
 - positivos, 298-299
 - transtorno depressivo persistente e, 88-89
 - transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática e, 295
 - transtornos neurocognitivos e, 274
- Trail Marking Test, 95, 122
- Transexualismo, 238, 240-241
- Transtorno alimentar não especificado, 194
- Transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE)
- anorexia nervosa e, 201
 - caso clínico de*, 198-200
 - no DSM-5, 194
- Transtorno bipolar. *Ver também* Transtorno bipolar tipo I; Transtorno bipolar tipo II; **Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados**
- comorbidade com
 - transtorno da personalidade *borderline*, 52, 69
 - transtorno de pânico, 113
 - transtornos associados a infecção por HIV, 60
 - transtornos de ansiedade, 51-52
 - transtornos depressivos, 113
 - diagnóstico diferencial
 - de esquizofrenia, 26
 - de transtorno de sintomas somáticos, 180
 - de transtorno delirante, 31
 - idade de início do, 51
 - no DSM-5, 41-43
 - sobreposição com transtornos depressivos, 71
 - transtorno da personalidade antissocial e, 309-310
 - transtorno depressivo maior e, 77-78, 83
 - transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 75
 - transtorno do jogo e, 270
 - transtorno esquizoafetivo e sintomas de, 20
 - Transtorno bipolar devido a outra condição médica, 190
 - Transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado, 43
- Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados.** *Ver* Transtorno bipolar; *diagnósticos específicos*
- casos clínicos* com diagnóstico de transtorno bipolar e transtornos relacionados em outro contexto, 35-37
 - casos clínicos* com transtorno bipolar e transtornos relacionados como objeto principal de discussão, 41-71
 - no DSM-5, 41-43
- Transtorno bipolar induzido por esteroides, 62-64
- Transtorno bipolar induzido por medicamento, 42

- Transtorno bipolar tipo I
casos clínicos de, 44-47, 65-67
 mania e diagnóstico de, 55
 transtorno da personalidade *borderline* e, 312
- Transtorno bipolar tipo II
casos clínicos de, 50-52, 53-55
 hipomania e, 42, 54-55, 99
 transtorno da compulsão alimentar e, 208
 transtorno da personalidade *borderline* e, 312
 transtorno de estresse pós-traumático e, 152
- Transtorno ciclotímico, 43, 56-58
- Transtorno comportamental do sono REM
 doença de Parkinson e, 96
 no DSM-5, 216
 transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy e, 286-289
- Transtorno conversivo, 174-175, 183-185
- Transtorno da comunicação social (pragmática), 2, 8
- Transtorno da conduta
 enurese e, 212
 transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 75
 transtorno pedofílico e, 339
- Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, 230, 232
- Transtorno da fala, 2, 8
- Transtorno da fluência (gagueira) com início na infância, 2, 8
- Transtorno da linguagem, 2, 8
- Transtorno da personalidade antissocial
casos clínicos de 308-310, 338-340
 transtorno da conduta e idade adulta, 247
 transtorno da personalidade histrionica e, 316
 transtorno explosivo intermitente e, 249
 transtorno por uso de opioides e, 262, 265
 transtorno psicótico não especificado, transtorno por uso de cocaína, transtorno por uso de álcool e transtorno pedofílico e, 338-340
 transtornos parafílicos e, 330
- Transtorno da personalidade *borderline* (TPB)
caso clínico de, 311-313
 comorbidade com
 outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 69
 transtorno bipolar, 52
 transtorno ciclotímico, 58
 transtorno da personalidade paranoide, 301
 transtorno explosivo intermitente, 249
- diagnóstico errôneo de transtorno depressivo maior e, 99-100
 idade e diagnóstico de, 160
 transtorno da personalidade antissocial e, 310
 transtorno da personalidade histrionica e, 316
 transtorno de compulsão alimentar e, 208
- Transtorno da personalidade dependente, 316, 322-324
- Transtorno da personalidade esquizoide e, 303-305
- Transtorno da personalidade esquizotípica, 301, 305, 306-308
- Transtorno da personalidade evitativa, 89, 320-322
- Transtorno da personalidade histrionica, 310, 314-316
- Transtorno da personalidade narcisista, 301, 310, 316, 317-319
- Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC), 298-302, 325-327
- Transtorno da personalidade paranoide e, 300-302, 306-308, 310
- Transtorno da personalidade sem outra especificação, 299
- Transtorno de acumulação
caso clínico de, 135-137
 especificadores para, 131
 no DSM-5, 126
 transtorno da personalidade esquizoide e, 305
 transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e, 326
- Transtorno de adaptação
casos clínicos de, 153-155, 156-158, 158-160
 “com humor deprimido” como especificador para, 77
 no DSM-5, 142
 pica e, 197
 transtorno de estresse agudo e, 148
 transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 95
 transtorno do jogo e, 270
 transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento e, 123
- Transtorno de adaptação com humor deprimido, 323
- Transtorno de ansiedade de doença (TAD)
caso clínico de, 180-183
 fatores psicológicos que afetam outras condições médicas e, 190

- no DSM-5, 174-175
obsessões e, 131
transtorno de ansiedade de separação e, 110
- Transtorno de ansiedade de separação**
casos clínicos de, 15-17, 109-111
no DSM-5, 108
transtorno de ansiedade generalizada e, 14
- Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica**, 190
- Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)**
casos clínicos de, 12-14, 119-121
transtorno de ansiedade de separação e, 110
transtorno obsessivo-compulsivo e, 131
transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento e, 123
- Transtorno de ansiedade induzido por medicamento**, 122-124
- Transtorno de ansiedade não especificado**, 50-52, 120, 168
- Transtorno de ansiedade social**
casos clínicos de, 114-116, 320-322
no DSM-5, 108
transtorno da personalidade evitativa e, 320-322
transtorno de ansiedade de separação e, 110
transtorno de ansiedade generalizada e, 14
transtorno dismórfico corporal e, 134
- Transtorno de apego reativo (TAR)**, 142, 144
- Transtorno de Asperger**, 1, 5, 9
- Transtorno de comportamento suicida**, 158-160
- Transtorno de compulsão alimentar (TCA)**, 193, 194, 206-208
- Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH)**
casos clínicos de, 9-12, 73-75, 245-247
comorbidade com transtorno de interação social desinibida, 145
comorbidade com transtornos disruptivo, do controle de impulsos e da conduta, 243
no DSM-5, 1-2, 11
transtorno ciclotímico e avaliação anterior para, 56
transtorno da conduta e, 245-247
transtorno da personalidade antisocial e, 309, 310
transtorno de ansiedade generalizada e diagnóstico anterior de, 12, 14
transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 73-75
- Transtorno de despersonalização/ desrealização**, 166-168
- Transtorno de escoriação**, 126, 137-139. *Ver também* Escoriação da pele
- Transtorno de estresse agudo**
casos clínicos de, 146-148, 148-150
doença ou tratamento médico e, 123
no DSM-5, 141-142
transtorno de adaptação e, 157
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)**
casos clínicos de, 114-116, 150-153, 266-269
diagnóstico diferencial de amnésia dissociativa e, 165
diagnóstico diferencial de transtorno esquizofreniforme e, 28-29
no DSM-5, 108, 141-142
outro transtorno dissociativo especificado e início atrasado de, 171
parafilia e, 334
transtorno de adaptação e, 158
transtorno de estresse agudo e, 148-149
transtorno de pânico e, 113
transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento e, 123
transtorno por uso de cocaína, transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de *Cannabis*, e transtorno por uso de tabaco e, 266-269
transtorno por uso de opioides e, 262
- Transtorno de hipersonolência**, 220-222
- Transtorno de identidade de gênero**, 238
- Transtorno de insônia**, 215, 217-219. *Ver também* Insônia
- Transtorno de interação social desinibida (TISD)**, 142-145
- Transtorno de oposição desafiante**
enurese e, 212
gravidez do, 244
transtorno de ansiedade generalizada e, 14
transtorno de conduta e, 247
transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 75
- Transtorno de pânico**
caso clínico de, 111-114
transtorno esquizoafetivo e diagnóstico anterior de, 33
transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento e, 123
- Transtorno de Rett**, 1
- Transtorno de ruminação**, 194
- Transtorno de sintomas somáticos (TSS). Ver também Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados**
casos clínicos de, 175-177, 178-180
fatores psicológicos que afetam outras condições médicas e, 190
no DSM-5, 173, 182

- transtorno da personalidade histriônica e, 315
 transtorno por uso de opioides e, 262
- Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados.** Para mais informações Ver *Transtorno de sintomas somáticos; diagnósticos específicos casos clínicos de*, 175-191
 no DSM-5, 173-175
- Transtorno de tique transitório, 15-17
- Transtorno de Tourette, 2-3, 16
- Transtorno delirante. Ver também *Delírio (s) caso clínico de*, 30-32
 no DSM-5, 20
 transtorno da personalidade esquizotípica e, 307
 transtorno de ansiedade de doença e, 182
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 131
 transtorno psicótico breve e, 39
 transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e, 37
- Transtorno depressivo devido a outra condição médica, 94-96
- Transtorno depressivo induzido por álcool, 83, 253-254
- Transtorno depressivo induzido por cocaína, 252
- Transtorno depressivo induzido por opioides, 261
- Transtorno depressivo maior (TDM). Ver também *Depressão; Transtorno depressivo maior induzido por substância anorexia nervosa e*, 201
bulimia nervosa e, 204-205
casos clínicos de, 76-86, 97-100, 127-129, 175-177, 204-208, 233-235, 260-262, 283-285
 comorbidade com transtorno dismórfico corporal, 134
 diagnóstico diferencial de
 outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 69
 transtorno de adaptação, 157
 transtorno de ansiedade de doença, 182
 transtorno de sintomas somáticos, 180
 transtorno delirante, 31
 transtorno esquizoafetivo, 20
 disfunção sexual induzida por medicamento e, 233-235
 no DSM-5, 71-72
 transtorno bipolar tipo I e, 65
 transtorno bipolar tipo II e, 54
 transtorno da compulsão alimentar e, 206-208
 transtorno da personalidade histriônica e, 315-316
- transtorno de acumulação e, 137
 transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 95-96
 transtorno depressivo induzido por cocaína e, 252
 transtorno do jogo e, 270
 transtorno neurocognitivo leve e, 283-285
 transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer e, 281
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 127-129
 transtorno por uso de álcool e transtorno de ansiedade induzido por medicamento, 122
 transtorno por uso de álcool e transtorno depressivo induzido por álcool, 253
 transtorno por uso de opioides e, 260-262
 transtorno por uso de tabaco e parafilia, 343
- Transtorno depressivo maior induzido por substância, 91-93
- Transtorno depressivo não especificado, 135-137
- Transtorno depressivo persistente, 43, 87-89. Ver também *Transtorno distímico*
- Transtorno desintegrativo da infância, 1
- Transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), 72, 89-91
- Transtorno dismórfico corporal (TDC)
caso clínico de, 132-134
 delírios e, 20
 especificadores para, 126, 131
 no DSM-5, 125-126
 tricotilomania e transtorno de escoriação, 139
- Transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH)
caso clínico de, 73-75
 enurese e, 212
 no DSM-5, 72
 transtorno de déficit de atenção / hiperatividade e, 73-75
- Transtorno dissociativo de identidade (TDI), 161-162, 165
- Transtorno distímico. Ver também *Transtorno depressivo persistente*
 transtorno bipolar e, 48
 transtorno da personalidade *borderline* e, 312
 transtorno da personalidade narcisista e, 317
 transtorno por uso de opioide e, 261
- Transtorno do controle de impulsos, tricotilomania como, 139
- Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, 229
- Transtorno do desenvolvimento da coordenação, 2

- Transtorno do espectro autista (TEA)**
casos clínicos de, 3-6, 7-9
 no DSM-5, 1
 pica e, 196
 transtorno da personalidade esquizotípica e, 307
 transtorno de ansiedade generalizada e, 14
- Transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado**, 20, 44-45, 290
- Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.** Para mais informações *Ver diagnósticos específicos; Esquizofrenia; Transtorno(s) Psicótico(s) casos clínicos de*, 21-40
 no DSM-5, 19-21
- Transtorno do humor**
 outro transtorno depressivo especificado e, 102
 transtorno ciclotímico e, 57
 transtorno da personalidade dependente e, 323
 transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e, 11
 transtorno esquizoafetivo e, 34
- Transtorno do humor induzido por substância**, 343
- Transtorno do interesse/excitação sexual feminino**, 230-233
- Transtorno do jogo**, 251-252, 269-270
- Transtorno do movimento estereotipado**, 2
- Transtorno do orgasmo feminino**, 232
- Transtorno do sadismo sexual**, 330-331
- Transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano**, 219
- Transtorno erétil**, 234
- Transtorno específico da aprendizagem**, 2, 9-12, 12-14
- Transtorno esquizoafetivo**
caso clínico de, 32-34
 diagnóstico diferencial de esquizofrenia, 26
 no DSM-5, 20
 transtorno bipolar tipo I e diagnóstico anterior de, 44, 46
 transtorno pedófilico e, 339
- Transtorno esquizofreniforme**, 26-29, 31
- Transtorno explosivo intermitente**
caso clínico de, 248-250
 no DSM-5, 126
 transtorno da personalidade antissocial e, 310
 transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 75
- Transtorno factício**
caso clínico de, 186-188
 fatores psicológicos que afetam outras condições médicas e, 190
 no DSM-5, 174
 transtorno conversivo e, 185
 transtorno de ansiedade de doença e, 183
 transtorno psicótico breve e, 39
- Transtorno fetichista**, 329-330, 335-337
- Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação**, 1
- Transtorno neurocognitivo associado a HIV**, 61
- Transtorno neurocognitivo leve**, 274, 282-285, 292-295
- Transtorno neurocognitivo maior**, 274, 280-282, 286-289
- Transtorno neuropsiquiátrico, esquizofrenia como**, 19
- Transtorno obsessivo-compulsivo**
 amnésia dissociativa e, 165
 associação com ansiedade e transtornos de tique, 17
casos clínicos de, 127-129, 130-132
 comorbidade com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 326-327
 delírios e, 20
 no DSM-5, 20, 108, 125, 141
 pica e, 196
 transtorno de acumulação e, 137
 transtorno de ansiedade de doença e, 182
 transtorno de pânico e, 113
- Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados.** *Ver* Transtorno obsessivo-compulsivo; *diagnósticos específicos*
casos clínicos com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado em outro contexto, 15-17
casos clínicos com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado como objeto principal de discussão, 127-140
 no DSM-5, 125-126
- Transtorno pedófilico**, 330-331, 338-340
- Transtorno por uso de álcool.** *Ver também* Abuso de álcool; Transtornos por uso de substância
 abstinência de opioide e, 263-265
casos clínicos de, 253-254, 255-257, 266-269, 338-340
delirium e, 277
 parafilias e, 332-334

- transtorno de ansiedade induzido por medicamento e, 122-124
- transtorno esquizoafetivo e, 32-34
- transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática e, 292-295
- transtorno por uso de cocaína, transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de *Cannabis*, transtorno por uso de tabaco e, 266-269
- transtorno por uso de opioides e, 260-262, 263-265
- transtorno psicótico não especificado, transtorno por uso de cocaína, transtorno da personalidade antissocial e transtorno pedofílico e, 338-340
- Transtorno por uso de benzodiazepínicos**, 322-324
- Transtorno por uso de Cannabis**, 175-177, 266-269. *Ver também* Maconha e transtorno por uso de maconha
- Transtorno por uso de cocaína**, 91-93, 257-259, 266-269, 338-340
- Transtorno por uso de opioides**, 260-262, 263-265
- Transtorno por uso de tabaco**, 260-262, 266-269, 341-344
- Transtorno psicótico breve**
no DSM-5, 20
transtorno delirante e, 31
transtorno psicótico induzido por *Cannabis* e, 37
- Transtorno psicótico induzido por Cannabis**, 35-37
- Transtorno psicótico induzido por substância**, 31-32
- Transtorno psicótico não especificado**, 38-39, 338-340
- Transtorno psicótico secundário a uma condição médica geral**, 27
- Transtorno(s) alimentares e transtorno dismórfico corporal**, 134. *Ver também*
- Transtornos Alimentares**
- Transtorno(s) psicótico(s)**. *Ver também* Psicose e sintomas psicóticos; **Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**
- transtorno de despersonalização/desrealização e, 168
 - transtorno dismórfico corporal e, 134
 - transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado e, 290
 - transtorno esquizofreniforme e, 27
 - transtorno neurocognitivo devido à doença de Huntington e, 291
- Transtornos Alimentares**. *Ver diagnósticos específicos*
- casos clínicos de*, 195-208
 - no DSM-5, 193-194
- Transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE), 193-194
- Transtornos da comunicação, 2, 8
- Transtornos da Eliminação**. *Ver diagnósticos específicos*
- casos clínicos de*, 210-213
 - no DSM-5, 209-210
- Transtornos da Personalidade**. Para mais informações *Ver diagnósticos específicos*
- casos clínicos de*, 297-327
 - comorbidade com transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 243
 - diagnóstico diferencial de outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e, 69
 - diagnóstico diferencial de transtorno psicótico breve e, 39
 - modelos de, no DSM-5, 297-299
 - transtorno bipolar tipo II e transtorno de ansiedade não especificado e, 52
 - transtorno explosivo intermitente e, 249
 - transtorno por uso de tabaco e parafilia, 343
- Transtornos da personalidade não especificados, 299
- Transtornos de Ansiedade**. *Ver também Ansiedade; diagnósticos específicos*
- casos clínicos* com diagnóstico de transtorno de ansiedade em outro contexto, 12-17, 50-52, 163-165, 320-322
 - casos clínicos* com transtorno de ansiedade como objeto principal de discussão, 107-124
 - comorbidade
 - da fobia específica, 118
 - do transtorno bipolar, 51-52, 70, 113
 - do transtorno de ansiedade com outros transtornos de ansiedade, 107-108
 - do transtorno depressivo com transtorno de pânico, 113
 - do transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, 126
 - diagnóstico diferencial do transtorno de despersonalização/desrealização, 168
 - no DSM-5, 107-108
 - transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 75
 - transtornos do humor na infância e, 14
- Transtornos de comportamento repetitivo com enfoque no corpo, 126

- Transtornos de tique**
 diagnóstico diferencial de, 16
 no DSM-5, 2-3
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 129
- Transtornos Depressivos.** Para mais informações *Ver Depressão; diagnósticos específicos*
casos clínicos com diagnóstico de transtorno depressivo em outro contexto, 127-129, 135-137, 163-165, 175-177, 204-208, 233-235, 253-254, 260-262, 283-285
casos clínicos com transtorno depressivo como objeto principal de discussão, 73-105 no DSM-5, 71-73
- Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta.** Para mais informações *Ver diagnósticos específicos*
casos clínicos de, 245-250
 no DSM-5, 243-244
- Transtornos Dissociativos.** Para mais informações *Ver diagnósticos específicos*
casos clínicos de, 163-171
 no DSM-5, 161-162
 transtorno esquizofreniforme e, 28
 transtorno por uso de álcool e parafilia, 334
- Transtornos do controle de impulsos sem outra classificação, 126
- Transtornos do Neurodesenvolvimento.** Para mais informações *Ver diagnósticos específicos*
casos clínicos com diagnóstico de transtorno do neurodesenvolvimento em outro contexto, 73-75, 195-197, 245-247
casos clínicos com transtorno do neurodesenvolvimento como objeto principal de discussão, 3-17
 no DSM-5, 1-3
- Transtornos do Sono-Vigília.** Para mais informações *Ver Sono e perturbações do sono; diagnósticos específicos*
casos clínicos de, 217-227
 no DSM-5, 215-216
- Transtornos motores, e transtornos do neurodesenvolvimento, 2
- Transtornos Neurocognitivos.** Para mais informações *Ver Delirium; Transtorno neurocognitivo associado a HIV; diagnósticos específicos*
casos clínicos de, 275-295
 no DSM-5, 273-274
- Transtornos Parafílicos.** Para mais informações *Ver diagnósticos específicos*
casos clínicos de, 332-344
 no DSM-5, 329-332
- Transtornos por uso de substância. *Ver também Abuso de substância; Maconha e transtorno por uso de maconha; Transtorno por uso de álcool; Transtorno por uso de cocaína;*
Transtornos Relacionados a Substância e Transtornos Aditivos
 comorbidade com transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 243
 transtorno bipolar e, 49
 transtorno de estresse pós-traumático e, 152
 transtorno dismórfico corporal e, 134
 transtorno esquizofreniforme e, 28
- Transtornos Relacionados a Substância e Transtornos Aditivos.** Para mais informações *Ver Abuso de substância; Transtornos por uso de substância; diagnósticos específicos*
casos clínicos com diagnóstico de transtornos relacionados a substância e transtornos aditivos em outro contexto, 32-34, 35-37, 62-64, 91-93, 122-124, 175-177, 292-295, 322-324, 341-344
casos clínicos com transtornos relacionados a substância e transtornos aditivos como objeto principal de discussão, 253-271
 no DSM-5, 251-252
- Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores.** Para mais informações *Ver diagnósticos específicos*
casos clínicos com diagnóstico de transtorno relacionado a trauma e a estressores em outro contexto, 163-165, 266-269, 292-295
casos clínicos com transtorno relacionado a trauma e a estressores como objeto principal de discussão, 143-160
 no DSM-5, 141-142
- Transvestismo, 336
- Tricotilomania, 126, 137-139
- TSS. *Ver Transtorno de sintomas somáticos*
- Uso de estimulante, 259
- Vaginismo, 230
- Variação diurna e outro transtorno depressivo especificado, 101-102
- Venlafaxina, 280-281, 317
- Veteranos de guerra, e transtorno de estresse pós-traumático, 26, 28-29, 150-153
- Vilazodona, 98-99
- Violência. *Ver também Comportamento criminoso; Violência doméstica*
 transtorno explosivo intermitente e, 248
 transtornos parafílicos e, 337-338

- Violência doméstica
transtorno da personalidade antisocial e,
310
transtorno explosivo intermitente e, 250
Visitas domiciliares e transtorno de
acumulação, 136
- Vítimas, e transtornos parafilicos, 329, 331
Voyeurismo, 330-331
- Zombaria. *Ver também Bullying*
enurese e, 211, 212
transtorno da personalidade esquizotípica e,
306-307