

DISTÚRBIOS AFETIVOS

I) DEFINIÇÃO

São um grupo de doenças mentais que apresentam uma alteração primária na área da Afetividade, da qual, de uma forma ou de outra, parecem decorrer todos os demais sintomas. Além disso, mantêm certa periodicidade e há total recuperação psíquica entre os episódios.

II) EPIDEMIOLOGIA

A Depressão Maior costuma aparecer no final da terceira década de vida e apresenta uma prevalência de cerca de 5% da população em estudos comunitários.

Cerca de 10% das pessoas com idade acima de 65 anos tem um episódio de depressão. A depressão ocorre mais em mulheres (3/1) e no meio urbano.

Conforme a metodologia do estudo, cerca de 10-20% da população adulta terá, em algum momento de suas vidas, um episódio depressivo digno de tratamento, mas cerca de 60% dos casos não são detectados e tratados. Na Inglaterra uma pesquisa descobriu que 55% das pessoas deprimidas não se sente à vontade para falar de seus sintomas com seus médicos.

Os episódios de Mania ocorrem em aproximadamente 1% da população, e a Distímia em 5 a 10%.

Os ingleses estimam que aproximadamente 2,3 milhões de pessoas no Reino Unido apresentam depressão. Os EUA estimam em 17,6 milhões de pessoas e gastam cerca de 30-40 bilhões de dólares por ano em seu tratamento.

10-15% dos pacientes tentam contra a própria vida.

III) QUADROS CLÍNICOS

A) DEPRESSÃO

A depressão é caracterizada por uma baixa do humor, que persiste apesar dos esforços de parentes e amigos em animar o paciente.

A depressão inicialmente cursa com uma mudança no comportamento com afastamento social, diminuição da produtividade, negligência com a aparência, hipocondria, alcoolismo. Ela costuma durar em média, se não tratada, 6 a 8 meses. Cerca de metade dos pacientes tem apenas um episódio na vida. A depressão pode ser o sintoma inicial de várias doenças físicas, e pode ser a causa subjacente de quadros em que predominam apenas queixas clínicas e físicas, sem queixas depressivas propriamente ditas. É comum cursar com tristeza, desânimo, apatia, perda do interesse pelas atividades que anteriormente despertavam esse interesse, desleixo pessoal, inapetência ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, sendo que a insônia geralmente é do tipo terminal com o paciente acordando duas a três horas mais cedo do que costuma fazer, também pela manhã pode haver ansiedade que pode chegar a alto nível. Alguns pacientes desenvolvem sintomas psicóticos com delírios de ruína, de doença grave, de culpa, alucinações auditivas geralmente

denegrindo o paciente ou ameaçando-o de morte, esses sintomas psicóticos são sempre congruentes com o humor e desaparecem após a melhora do humor. Costuma também haver diminuição da libido.

SINTOMAS

- Emocionais** --> tristeza, fôssia, baixo astral
ansiedade
irritabilidade
anedonia
- Psicológicos** --> culpa, sensação de peso para a família
desesperança
desamparo ou desvalia
- Cognitivos** --> pensamentos obsessivos e rumações
memória diminuída
concentração diminuída
ideação suicida
- Sociais** -----> isolamento
disfunção no trabalho
desleixo no cuidado pessoal
- Neuroveget.** --> energia diminuída
agitação ou inibição psicomotora
ansiedade
insônia ou hipersonia
libido diminuída
alteração no apetite
constipação intestinal
variação diurna do humor
acordar precoce

HIPÓTESES CAUSAIS

Eventos da vida.

Hipótese das Catecolaminas --> Hipoatividade das catecolaminas (noradrenalina e dopamina) e/ou indolaminas (serotonina).

Hipóteses Neuroendócrinas --> Desregulação do eixo Hipotalamo-Hipófise-Suprarrenal, ou do eixo Hipot.-Hipófise-Tireóide.
Teste de Supressão da dexametazona: ingestão de 1mg de dexametazona, 24hs depois não há supressão do cortisol.

Hipótese Colinérgica --> Aumento da taxa de atividade colinérgica em relação à adrenérgica, sendo associada a depressão, havendo o inverso na mania.

Hipótese da Hiporegulação --> Há diminuição do número de receptores na membrana pós-sináptica.

Hipótese da Membrana --> Há disfunção dos mecanismos de transportes de cátions pela membrana celular.

Hipótese Genética --> A transmissão se dá pelo braço curto do cromossoma 11

Alguns estudos relacionam o cromossoma X.
Gêmeos monozigóticos apresentam uma concordância de 54% e dizigóticos 24%, bem acima da população em geral.

CAUSAS ORGÂNICAS DE DEPRESSÃO

Drogas --> Reserpina, propranolol, L-dopa, contraceptivos orais, , corticosteróides, alfa metil dopa, psicotrópicos.

Distúrbios Endócrinos --> Hipotireoidismo, Cushing, Addison, Diabetes, Lupus,

Distúrbios Neurológicos --> Esclerose Múltipla, Tumores do Lobo Frontal, Encefalite, Parkinson, Huntington, AVC.

Infecções --> Mononucleose, gripe, hepatite.

Deficiências Nutricionais --> Def. B12, Pelagra.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DEPRESSÃO

Distúrbios de Adaptação

Causas Orgânicas

Esquizofrenia e Distúrbio Esquizoafetivo

Distúrbio de Stress Pós-traumático

Distúrbio de Personalidade

Alcoolismo e Drogadição

Neurose Depressiva

Transtorno de Pânico

Distúrbio de Ansiedade

FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO

Desemprego

Doença Física

Doença Afetiva Prévia

Sexo feminino,

Idade Avançada

Solidão (perda de ente querido)

Doença de Parkinson

Cardiopatias

B) MELANCOLIA INVOLUTIVA

O início do quadro é tardio, em idosos, cursa com depressão grave, muita ansiedade, por vezes chegando à agitação psicomotora, há delírios congruentes com o humor. Nem

sempre há remissão completa entre os quadros. Parece haver uma associação com personalidade pré-morbida rígida, escrupulosa, obsessiva.

C) DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão pode afetar uma boa parcela dos idosos, se não descoberta, pode ser tomada como um quadro demencial e levar a falsos diagnósticos e conseqüentemente erros de tratamento e na maneira de conduzir o idoso.

Os quadros orgânicos que podem desencadear depressão devem ser muito bem investigados e o tratamento com medicação cuidadosamente monitorado devido à maior incidência de efeitos colaterais.

D) DEPRESSÃO E ESQUIZOFRENIA

Cerca de 25% dos pacientes esquizofrênicos podem apresentar sintomas depressivos, esses sintomas podem contribuir para um pior prognóstico devido a uma pior evolução da doença, que cursa com mais recaídas e tentativas de suicídio.

E) DEPRESSÃO E COGNICÃO

Pacientes deprimidos costumam relatar déficits cognitivos como perda de memória (pseudo-demência), diminuição da atenção, diminuição da capacidade de processamento da informação. Esses déficits geralmente são causados por disfunção do córtex frontal e tendem a ser flutuantes com a depressão, diferentemente da demência, quando são mais fixos. Devemos lembrar que o uso de medicações antidepressivas por parte dos pacientes pode contribuir para uma diminuição de memória.

**QUADRO INDICATIVO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS
DIFERENCIAIS ENTRE DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS E
DISTÚRBIOS COGNITIVOS**

CARACTERÍSTICAS	DEPRESSÃO	DEMÊNCIA
INÍCIO	MAIS PRECISO	INDETERMINADO
PROGRESSÃO	RÁPIDA	LENTA
ATENDIMENTO MÉDICO	MAIS PRECOCE	MAIS TARDIO
HISTÓRIA PREGRESSA (DEPRESSÃO)	COMUM	INCOMUM
TIPO DE QUEIXA	PROEMINENTE, DETALHADA	AUSENTE OU MINIMIZADA
ÊNFASE	NOS FRACASSOS APRESENTADOS	NOS SUCESSOS APRESENTADOS
ESFORÇO	POUCO ESFORÇO NAS TAREFAS	ESFORÇO MANTIDO
HABILIDADES SOCIAIS	PERDIDAS PRECOCEMENTE	MANTIDAS
PIORA	PELA MANHÃ (EM GERAL)	AO FINAL DA TARDE (SUNDOWING)

F)DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Muitos pacientes deprimidos podem cursar com ansiedade associada, principalmente idosos e na parte da manhã, quando pode sobrevir intensa agitação em função da ansiedade. Taquicardia, palpitação, sudorese e outros sintomas somáticos são relatados. 30% dos pacientes podem desenvolver ataques de pânico.

G) DISTIMIA

É um transtorno depressivo de natureza crônica, de menor gravidade que a depressão maior, se caracterizando como uma depressão sem os critérios diagnósticos para depressão maior, com uma duração de pelo menos dois anos. Também não existem os sintomas psicológicos.

É tratada da mesma forma que a depressão maior

PRINCIPAIS RECEPTORES RELACIONADOS AO SURGIMENTO DE EFEITOS ADVERSOS DOS ANTIDEPRESSIVOS	
PROPRIEDADE	POSSÍVEIS CONSEQÜÊNCIAS CLÍNICAS
BLOQUEIO DE RECAP. DE NORADRENALINA	TREMORES; TAQUICARDIA; DISFUNÇÃO DE EREÇÃO E EJACULAÇÃO; BLOQUEIO DOS EFEITOS ANTI - HIPERTENSIVOS DE GUANETIDINA E GUANADREL; AUMENTO DOS EFEITOS PRESSÓRICOS DE AMINAS SIMPATOMIMÉTICAS.
BLOQUEIO DE RECAP. DE SEROTONINA	DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS; VARIAÇÃO DE ANSIEDADE; DISFUNÇÃO SEXUAL; SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS.
BLOQUEIO DE RECAP. DE DOPAMINA	ATIVAÇÃO PSICOMOTORA; EFEITO ANTIPARKINSONIANO; AGRAVAMENTO DE PSICOSE.
BLOQUEIO DE RECEPTORES H ¹	POTENCIALIZAÇÃO DE DEPRESSORES DO SNC; SEDAÇÃO; GANHO DE PESO; HIPOTENSÃO.
BLOQUEIO DE RECEPTORES MUSCARÍNICOS (EFEITO ANTICOLINÉRGICO)	TURVAÇÃO DA VISÃO; BOCA SECA; TAQUICARDIA SINUSAL; ABSTIPAÇÃO INTESTINAL; RETENÇÃO URINÁRIA; DIMINUIÇÃO DE MEMÓRIA.
BLOQUEIO DE RECEPT. ALFA ¹ -ADRENÉRGICO	POTENCIALIZAÇÃO DE EFEITOS ANTI-HIPERTENSIVOS DE PRAZOSIN, TERAZOSIN, DOXAZOSIN E LABETALOL; HIPOTENSÃO POSTURAL E TAQUICARDIA REFLEXA.
BLOQUEIO DE RECEPT. DOPAMINÉRGICOS (D ₂)	SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS; ALTERAÇÕES ENDOCRINOLÓGICAS; DISFUNÇÃO SEXUAL EM HOMENS.
Adaptado de Richelson, 1994.	

			BLOQUEIO PÓS SINÁPTICO			
MEDICAÇÃO	RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA	RECAPTAÇÃO DE NORADRENALINA	H ¹	MUSCARÍNICOS	ALFA ¹ ADRENÉRGICO	D ²
IMIPRAMINA	++	+++	+++	++	+++	0
AMITRIPTILINA	+++	++	++++	++++	++++	+
CLOMIPRAMINA	++++	++	++	+++	+++	++
NORTRIPTILINA	++	++++	+	+	++	+
MAPROTILINA	0	++++	+++	0	++	0
TRANILCIPROMINA	++	++	+	+	+++	+
FLUOXETINA	++++	+	0	0	0	0
PAROXETINA	++++	+	0	0	0	0
SERTRALINA	++++	0	0	0	0	0
CITALOPRAM	++++	0	0	0	0	0
FLUVOXAMINA	++++	0	0	0	0	0
NEFAZODONE	++	0	0	0	0	0
VENLAFAXINA	++	++	0	0	0	0

0 = Insignificante, + = Pouco significativo, ++++ = Muito significativo

H) MANIA

SINTOMAS

O quadro clínico se caracteriza por uma elevação anormal do humor, tornando-se o paciente expansivo ou irritável, essa irritabilidade exacerbada pode levar a quadros em que a alteração proeminente é o excesso de brigas e discussões em que o paciente se envolve. A auto-estima do paciente está inflada, as idéias são grandiosas e os planos mirabolantes.

Há aumento da psicomotricidade, infatigabilidade, pouca necessidade de sono. Costuma haver perda de peso .

O paciente fala copiosamente não conseguindo parar, há tendência jocosa com piadas, associações por rimas, sons, etc., tende a ser ofensivo com as pessoas, apontando as falhas.

Há aceleração do psiquismo com fuga de idéias, hipotenacidade, hipervigilância.

O aumento na libido costuma levar a situações constrangedoras por atitudes inadequadas.

O paciente tende a fazer compras excessivas e faz gastos que não consegue liquidar.

Podem haver idéias delirantes coerentes com o humor, grandiosas, expansivas e persecutórias. Pode haver abuso de drogas e álcool.

A Hipomania se define quando não há prejuízo acentuado.

CAUSAS

Genética --> transmissão pelo braço curto do cromossoma 11

Eventos da vida.

CAUSAS ORGÂNICAS

Tumor Cerebral

Epilepsia

Drogas

Hipertireoidismo

Sífilis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Uso de drogas

Esquizofrenia

Distúrbio de Humor Orgânico --> Tumor, Epilepsia.

Psicose Reativa Breve

Distúrbio da Personalidade

I) CICLOTIMIA

Se define quando há alternância de numerosos estados hipomaníacos, com numerosos episódios de distimia, durante pelo menos dois anos.