

MATEUS HENRIQUE NOGUEIRA

**TRANSTORNOS DE HUMOR E DE
ANSIEDADE NA EPILEPSIA DE LOBO
TEMPORAL MESIAL**

CAMPINAS

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

**TRANSTORNOS DE HUMOR E DE
ANSIEDADE NA EPILEPSIA DE LOBO
TEMPORAL MESIAL**

Mateus Henrique Nogueira

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Ciências. Sob orientação do Prof. Dr. Fernando Cendes e co-orientação da Dra. Priscila Camile Barioni Salgado.

CAMPINAS, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

N689t Nogueira, Mateus Henrique, 1985 -
Transtornos de humor e de ansiedade na epilepsia
de lobo temporal mesial / Mateus Henrique Nogueira. --
Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Fernando Cendes.
Coorientador : Priscila Camile Barioni Salgado.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Epilepsia. 2. Comorbidade. 3. Afeto. I. Cendes,
Fernando. II. Salgado, Priscila Camile Barioni. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Mood disorders and anxiety in mesial temporal lobe epilepsy.

Palavras-chave em inglês:

Epilepsy

Comorbity

Affect

Titulação: Mestre em Ciências

Banca examinadora:

Fernando Cendes [Orientador]

Antônio Lúcio Teixeira Junior

Marcondes Cavalcante França Junior

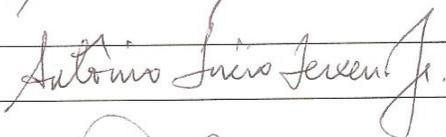
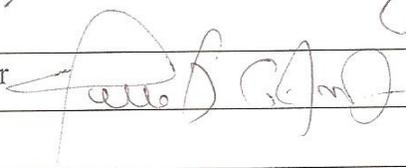
Data da defesa: 09-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Fisiopatologia Médica

Banca examinadora de Tese de Mestrado

Mateus Henrique Nogueira

Orientador(a): Prof. Dr. Fernando Cendes

Membros:	
Professor (a) Doutor (a) Fernando Cendes	
Professor (a) Doutor (a) Antônio Lúcio Teixeira Junior	
Professor (a) Doutor (a) Marcondes Cavalcante França Junior	

Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 09/02/2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó **Catarina** (*In memoriam*) por todo carinho, amor, preocupação, sorrisos e lágrimas. Essa conquista não seria possível sem o seu cuidado. Mesmo longe sei que está próxima, em cada passo meu.

À minha mãe **Marina** e ao meu irmão **Diego** por me ensinarem a cada dia o quão importante é ser família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus**, pelo dom da vida.

Ao Prof. Dr. **Fernando Cendes**, exemplo de profissional, pela confiança e por ter me possibilitado a experiência da pós graduação.

À Dra. **Priscila Camile Barioni Salgado** por todo carinho e atenção.

À Profa. Dra. **Elisabete Abib Pedroso de Souza** por me mostrar o caminho a seguir e incentivar meus passos.

À Dra. **Ana Carolina Coan** pelo apoio, paciência e ajuda incondicional.

À Dra. **Clarissa Yasuda** pelos ensinamentos em epilepsia.

Aos amigos **André Luiz Ferreira Costa, Brunno Machado de Campos, Daniela Alves Fernandes, Denise Pacagnella, Gabriel Macherini Quaglia, Greize Collin, Juliana Francischinelli, Rachel Guimarães, Tatiane Pedro e Tátilla Lopes** pela amizade sincera e cumplicidade.

Ao amigo **Paulo Henrique Espanholi** por todo carinho e incentivo.

Aos **pacientes** que contribuíram para a realização do presente estudo, compartilhando suas histórias, alegrias e sofrimentos.

A **todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao **CNPq** pela concessão da bolsa de estudos.

"A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará ao seu tamanho original."

Albert Einstein

	Pág.
RESUMO	XXIII
ABSTRACT	XXVII
1 - INTRODUÇÃO	31
1.1 - Epilepsia	33
1.2 - Epilepsia e transtornos psiquiátricos	36
1.3 - Transtornos de humor	40
1.4 - Transtornos de ansiedade	43
1.5 - Considerações	46
2 - OBJETIVOS	49
2.1 - Objetivo geral	51
2.2 - Objetivos específicos	51
3 - METODOLOGIA	53
3.1 - Aspectos éticos	55
3.2 - Identificação dos participantes	55
3.3 - Ambiente	56
3.4 - Instrumentos	56
3.5 - Procedimentos	59
3.6 - Análise estatística	60
4 - RESULTADOS	61
4.1 - Caracterização da amostra	63

4.2 - Caracterização clínico-eletroencefalográfica e de imagem da epilepsia ...	65
4.3 - Resultados obtidos através do BDI, IDATE-Traço, IDATE-Estado e SCID-I	67
4.4 - Análise estatística	69
5 - DISCUSSÃO	79
6 - CONCLUSÕES	97
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
8 - ANEXOS	113
Anexo 1	115
Anexo 2	119
Anexo 3	185
Anexo 4	189

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BDNF	<i>Brain-derived neurotrophic factor</i>
CPC	Crise parcial complexa
CPS	Crise parcial simples
DAEs	Drogas antiepilépticas
DSM-IV	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - 4 ^a edição
EEG	Eletroencefalograma
ELT	Epilepsia de lobo temporal
ELTM	Epilepsia de lobo temporal mesial
GTH	Grupo com transtornos de humor
GTHA	Grupo com transtornos de humor e ansiedade
IDATE	Inventário de Ansiedade - Estado e Traço
IDTN-E	Inventário de depressão em transtornos neurológicos para a epilepsia
ILAE	<i>International League Against Epilepsy</i>
QV	Qualidade de vida
RM	Ressonância magnética

SCID-I	Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV - Eixo I
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TCC	Tomografia computadorizada de crânio
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
TP	Transtorno de pânico

LISTA DE TABELAS

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1 - Dados sócio-demográficos dos pacientes avaliados	64
Tabela 2 - Dados clínicos dos pacientes avaliados	66
Tabela 3 - Resultados do BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado	67
Tabela 4 - Indicativos de diagnósticos obtidos na avaliação clínica com a utilização da SCID-I	68

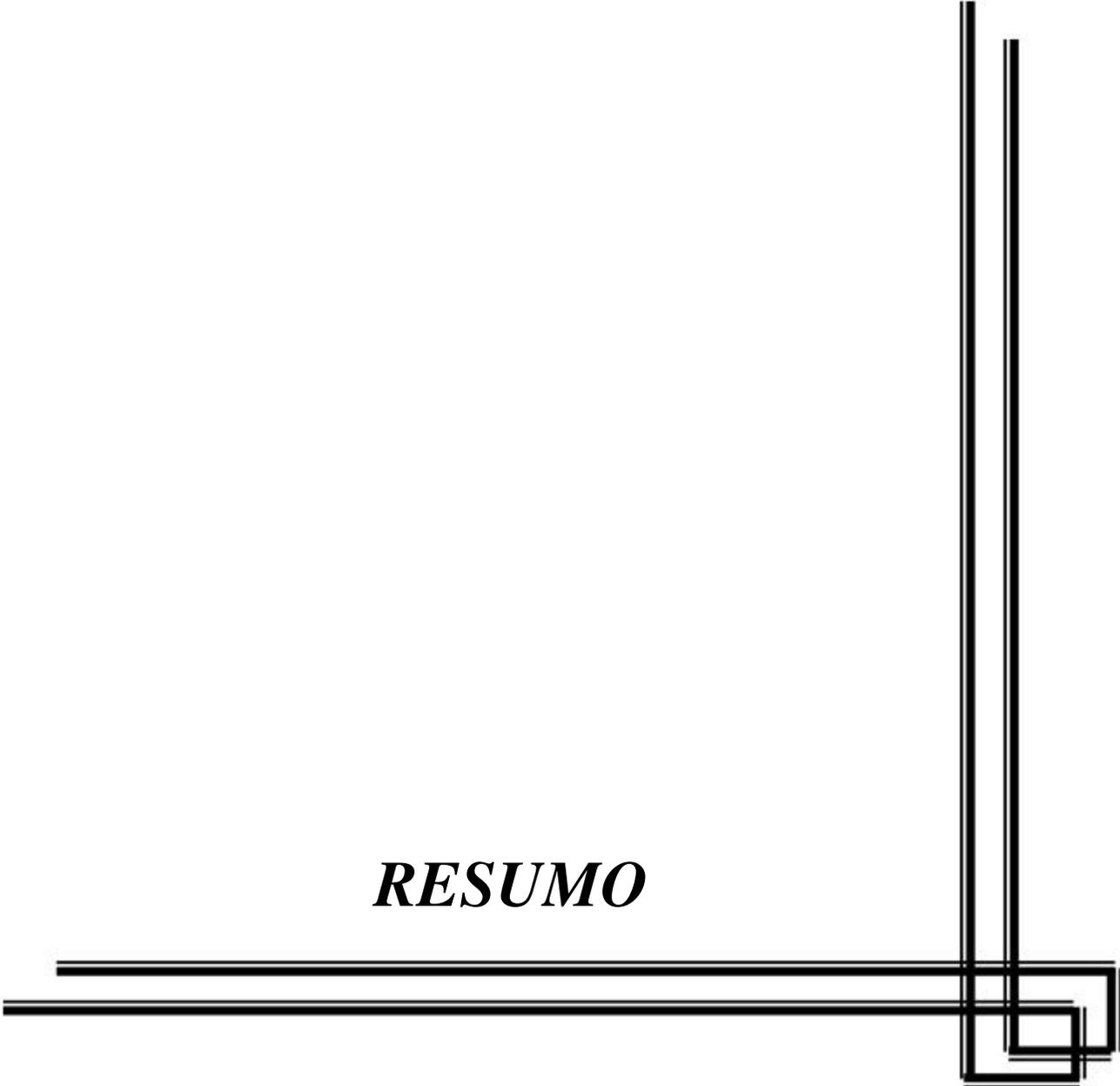
LISTA DE FIGURAS

	<i>PÁG.</i>
Figura 1 - Comparação entre os escores do BDI em relação ao gênero.....	69
Figura 2 - Comparação entre a frequência mensal das crises em relação aos grupos com e sem comorbidades psiquiátricas.....	70
Figura 3 - Comparação entre os escores do IDATE-Traço e IDATE-Estado em relação aos grupos com e sem comorbidades psiquiátricas.....	71
Figura 4 - Comparação entre os escores do BDI em relação aos grupos com e sem comorbidades psiquiátricas.....	72
Figura 5 - Comparação entre os escores do BDI em relação aos pacientes refratários e benignos.....	73
Figura 6 - Comparação entre os escores do BDI em relação à presença de ideação suicida.....	73
Figura 7 - Comparação entre os escores do BDI em relação à atividade profissional.....	74
Figura 8 - Correlação entre os escores do IDATE-Traço e os escores do BDI.....	75
Figura 9 - Correlação entre os escores do IDATE-Estado e os escores do BDI.....	75
Figura 10 - Comparação entre os escores do IDATE-Traço e IDATE-Estado em relação à refratariedade.....	76
Figura 11 - Comparação entre os escores do IDATE-Traço e IDATE-Estado em relação à ideação suicida.....	76
Figura 12 - Comparação entre a frequência mensal de crises epiléticas em relação aos grupos GTH e GTHA.....	77

LISTA DE ANEXOS

	<i>PÁG.</i>
Anexo 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido	115
Anexo 2 - Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV- Transtornos do Eixo I (SCID I)	119
Anexo 3 - Inventário de Ansiedade – Estado e Traço – IDATE I e II	185
Anexo 4 - Inventário de Depressão de Beck (BDI)	89

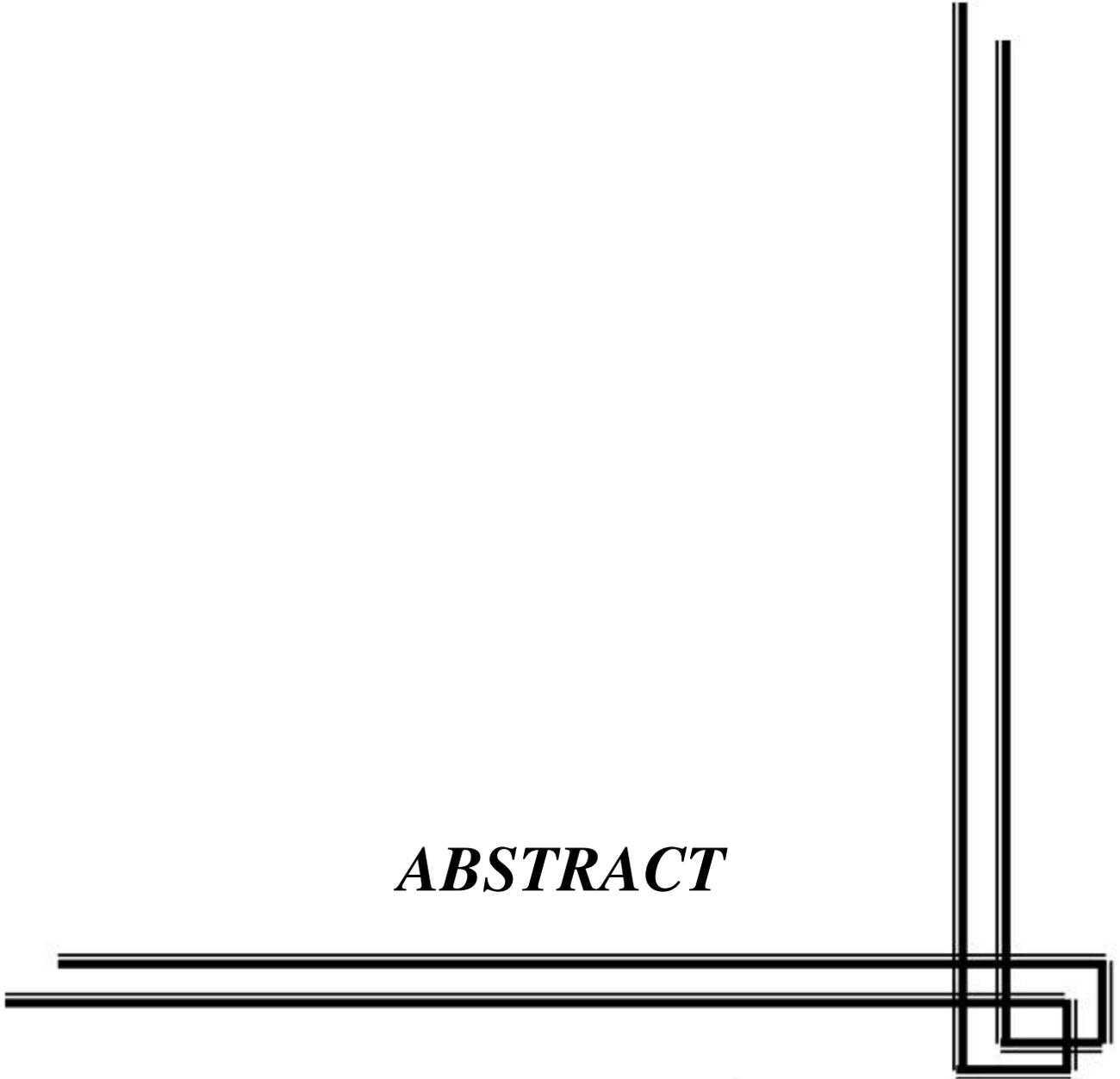
RESUMO



Os transtornos de humor e de ansiedade são transtornos psiquiátricos frequentemente encontrados na epilepsia de lobo temporal mesial (ELTM). Essas comorbidades aparentam ser o produto de uma complexa interação entre os efeitos das drogas antiepilépticas (DAEs), das alterações neurobiológicas associadas às crises epiléticas, das experiências subjetivas e da vulnerabilidade social causada pelo impacto psicossocial da epilepsia. A proposta deste estudo foi avaliar os transtornos de humor e de ansiedade em pacientes com ELTM e correlacionar os dados clínicos e demográficos dos pacientes com as comorbidades psiquiátricas. Os participantes, avaliados no período de 02/2010 a 07/2011, eram pacientes com ELTM acompanhados no ambulatório de epilepsia do Departamento de Neurologia da FCM/UNICAMP. As entrevistas ocorreram de forma individual, com duração média de uma hora e meia. Foram utilizados como instrumentos de avaliação a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-Transtornos do Eixo I (SCID I), o Inventário de Ansiedade Estado e Traço – IDATE I e II e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP. Utilizamos para a análise estatística o programa SYSTAT 9®, com os testes Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, Mann-Whitney e as correlações de Spearman. Foram avaliados 104 pacientes, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Os transtornos psiquiátricos foram encontrados em 34 (32,70%) pacientes, sendo que destes, 47,06% não possuíam um diagnóstico prévio de transtornos psiquiátricos. O grupo de pacientes com comorbidades psiquiátricas se mostrou mais refratário ao tratamento clínico ($p=0,03$), apresentando maior frequência mensal de crises epiléticas ($p=0,004$) e maiores escores no BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado ($p<0,0001$). Houve associação significativa entre a refratariedade ao tratamento clínico da epilepsia e maiores escores no BDI ($p<0,0001$), IDATE-Traço e IDATE-Estado ($p=0,002$). Os resultados apontaram uma tendência em relação à maior ocorrência de transtornos psiquiátricos no gênero feminino ($p=0,052$), apresentando também escores maiores no BDI em comparação ao gênero masculino ($p=0,029$). Subdividimos o grupo de pacientes com transtornos psiquiátricos em dois

grupos: um apenas com indicativos de transtornos de humor (GTH) e o outro com transtornos de humor e de ansiedade (GTHA). Os pacientes do GTHA apresentaram maior frequência mensal de crises ($p=0,029$) em relação aos pacientes do GTH. A presença de ideação suicida foi significativa ($p<0,0001$) no grupo de pacientes com transtornos psiquiátricos e correlacionada a maiores escores no BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado ($p<0,0001$). Maiores escores no BDI foram relacionados aos pacientes que não possuíam uma atividade profissional ($p=0,046$). A associação entre as comorbidades psiquiátricas e a epilepsia ainda é subdiagnosticada e pode influenciar negativamente o tratamento clínico da epilepsia.

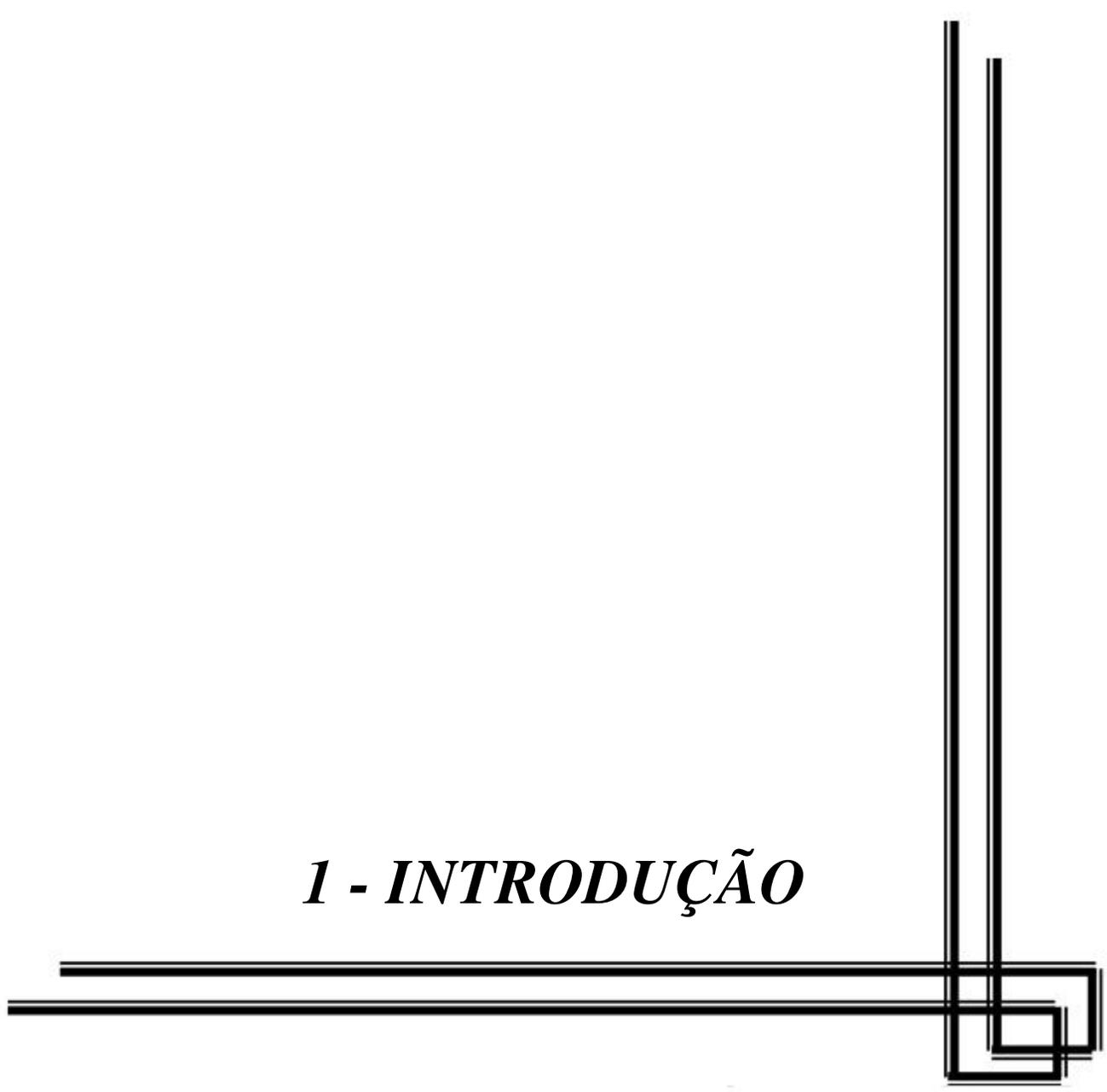
ABSTRACT



Mood and anxiety disorders are psychiatric disorders often found in mesial temporal lobe epilepsy (MTLE). These comorbidities appear to be the product of a complex interaction between the effects of antiepileptic drugs (AEDs), neurophysiological changes resulting from epileptic seizures, subjective experiences and social vulnerability caused by psychosocial impact of epilepsy. The purpose of this study was to assess mood disorders and anxiety in patients with MTLE and correlate the clinical and demographic data of patients with psychiatric comorbidities. Patients were evaluated between February 2010 and July 2011. Patients were followed at the epilepsy outpatient clinic from the department of neurology at FCM / UNICAMP. The interviews took place individually, with an average time of one and a half hour. We used the following instruments: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I), State Anxiety Inventory-Trait - STAI I and II, and Beck Depression Inventory (BDI). Patients who agreed to participate signed a consent form approved by the Ethics Committee of UNICAMP. We used the program SYSTAT ® 9 for statistical analysis. We performed chi-square or Fisher's exact test, Mann-Whitney and Spearman correlations. We evaluated 104 patients considering the criteria for inclusion and exclusion. Psychiatric disorders were found in 34 (32,70%) patients, of whom 47,06% did not have a prior diagnosis of psychiatric disorders. The group of patients with psychiatric comorbidity was more refractory to medical therapy ($p = 0,03$), with higher monthly frequency of seizures ($p = 0,004$) and higher BDI, STAI-Trait and STAI-State ($p < 0,0001$) scores. We found a significant association between the clinical treatment of refractory epilepsy and higher scores on BDI ($p < 0,0001$) and STAI-Trait and STAI-State ($p = 0,002$). The results showed a trend toward higher incidence of psychiatric disorders in females ($p = 0,52$), who showed higher BDI scores compared to males ($p = 0,029$). We subdivided the group of patients with psychiatric disorders in two groups: one with only indicative of mood disorders (GTH) and the other with mood disorders and anxiety (GTHA). Patients in the GTHA had higher monthly frequency of seizures ($p = 0,029$) compared to patients of GTH. The presence of suicidal ideation was significant ($p < 0,0001$)

in patients with psychiatric disorders and correlated with higher scores on BDI, STAI-Trait and STAI-state ($p < 0,0001$). Higher BDI scores were correlated with patients who did not have a professional activity ($p = 0,046$). The association between psychiatric comorbidities and epilepsy still is underdiagnosed and can negatively influence the clinical treatment of epilepsy.

1 - INTRODUÇÃO



1.1 - Epilepsia

A epilepsia é um dos distúrbios neurológicos graves não infecciosos de maior ocorrência em todo o mundo (HIRTZ et al., 2007). É uma condição neurológica que vem sendo muito estudada, mas que não possui uma definição totalmente satisfatória. Pode ser compreendida como uma ampla categoria de sintomas provenientes de alterações nas funções cerebrais decorrentes de uma grande gama de processos patológicos (GUERREIRO et al., 2000).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, a epilepsia atinge de 1 a 2% da população mundial (OLIVEIRA et al., 2007; CALVANO et al., 2010), chegando a afetar aproximadamente 60 milhões de pessoas. A prevalência e a incidência da epilepsia são maiores em países em desenvolvimento. Causas parasitárias como a neurocisticercose, doenças infecciosas e problemas de ordem sanitária possuem um papel de grande relevância nesse contexto em comparação aos países desenvolvidos (BORGES et al., 2004; CALVANO et al., 2010; NGUGI et al., 2011).

Há uma grande quantidade de estudos que avaliam a incidência e a prevalência da epilepsia ao redor do mundo. Esses dados podem variar de 11 a 131/100.000 casos por ano em relação a taxa de incidência e de 1,5 a 57/1.0000 considerando-se a prevalência. A variação desses dados de frequência pode ser justificada pelas dificuldades e diferenças metodológicas envolvidas (GUERREIRO et al., 2000; BORGES et al., 2004).

Um estudo brasileiro apontou a prevalência de 9,2 a 9,6/1.000 casos de epilepsia. Esses dados sugerem que mais de três milhões de pessoas são afetadas pela epilepsia no Brasil. Um dado ainda mais agravante é que mais de 380 mil dessas pessoas não estão recebendo um tratamento adequado (NORONHA et al., 2007).

O diagnóstico da epilepsia é baseado no histórico clínico do paciente. Essas informações podem ser obtidas por meio de uma anamnese, realizada pelo neurologista junto ao paciente e/ou seus familiares, com o intuito de identificar, através de uma descrição minuciosa das crises, se os episódios são realmente epiléticos (GUERREIRO et al., 2000). Os exames clínico-neurológicos, a avaliação neuropsicológica e os exames

complementares fornecem subsídios para um diagnóstico de epilepsia mais confiável e completo (MOREIRA, 2004; SALGADO, 2007). Dentre os exames clínico-neurológicos podemos citar o eletroencefalograma (EEG), a tomografia computadorizada de crânio (TCC) e a ressonância magnética (RM) (MOREIRA, 2004).

A epilepsia é entendida como um grupo de doenças que possuem em comum as crises epiléticas, que se manifestam na ausência de uma condição tóxico-metabólica, febril, ou ainda na presença de situações específicas como por exemplo, o efeito de determinadas drogas (GUERREIRO & GUERREIRO, 2004). A crise epilética é o fenômeno fundamental na epilepsia, sendo causada por descargas elétricas anormais excessivas e transitórias das células nervosas, que refletem uma disfunção temporária de um conjunto de neurônios. Os sintomas decorrentes de uma crise epilética dependem das regiões do cérebro que estão envolvidas nessa disfunção (GUERREIRO et al., 2000).

De acordo com a classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epiléticas da *International League Against Epilepsy* (ILAE), proposta em 1981, as síndromes e epilepsias podem ser divididas em locais, parciais ou focais, generalizadas, indeterminadas se focais ou generalizadas e síndromes especiais (COMMISSION - ILAE, 1989; GUERREIRO et al., 2000;).

As crises parciais envolvem manifestações clínicas e eletroencefalográficas pertinentes a um hemisfério cerebral. As crises parciais são denominadas simples (CPS) quando não há comprometimento da consciência. Quando há a ocorrência desse comprometimento, é chamada de crise parcial complexa (CPC). Nesse contexto entende-se consciência como a interação e capacidade de percepção de uma forma responsiva em relação ao ambiente (GUERREIRO et al., 2000).

Após as crises parciais, podem surgir algumas manifestações de crises generalizadas tônicas e/ou clônicas. Esse tipo de crise é chamada de crise parcial com generalização secundária. Se houver o envolvimento simultâneo dos dois hemisférios cerebrais desde o início, a crise é intitulada de generalizada, que é caracterizada por ausências, crises atípicas, clônicas, tônico-clônicas e mioclônicas (GUERREIRO et al., 2000; SALGADO, 2007).

Essa proposta da ILAE contempla também os termos idiopático, sintomático e criptogênico, sendo importante a sua familiarização para uma melhor compreensão acerca dessa classificação. O conceito idiopático se refere às epilepsias que são transmitidas geneticamente. As epilepsias que possuem as etiologias identificadas são denominadas de sintomáticas e as que não possuem uma etiologia definida e de presumível base orgânica são chamadas de criptogênicas (GUERREIRO et al., 2000).

Em 2001 foi publicada uma nova proposta pela ILAE em relação a classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas, mas a classificação ainda oficialmente aceita é a de 1981 (ENGEL, 2001).

A epilepsia de lobo temporal (ELT) é o tipo mais comum dentre as epilepsias parciais na população adulta (ANDRADE-VALENÇA et al., 2006). Vem sendo reconhecida como uma síndrome específica devido à sua frequente refratariedade ao tratamento medicamentoso e alta prevalência. Dados apontam que aproximadamente 50% dos adultos com epilepsia possuem ELT, sendo que menos de 50% desses pacientes alcançam um controle completo das crises com o tratamento clínico (GUERREIRO et al., 2000).

O conceito de refratariedade ainda é controverso e não possui uma definição satisfatória. Em um contexto de epilepsia benigna, entendemos, ainda que de forma subjetiva, um quadro que se caracterize pela ocorrência de até três CPC por ano ou apenas crises parciais simples (CONZ et al., 2011). Considerando o entendimento de refratariedade do nosso grupo de estudo, consideramos como refratário um contexto em que ocorra mais de quatro crises por ano, sendo essas CPC ou CPS.

A ELT é caracterizada como uma síndrome clínica bem delineada, incluindo insultos prévios como convulsão febril na infância, CPC e EEGs com atividade epileptiforme nos lobos temporais (CENDES & BASTOS, 2000).

De acordo com a semiologia e origem das crises a ELT pode ser subdividida em mesial e neocortical ou lateral. A epilepsia do lobo temporal mesial (ELTM) engloba aproximadamente 60% dos casos de ELT. A esclerose mesial é a etiologia encontrada em

50 a 70% dos casos em pacientes com ELTM refratários ao tratamento clínico (ANDRADE-VALENÇA et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2009).

Na ELTM associada à esclerose mesial há a típica ocorrência de CPS. Uma sensação de mal estar epigástrico, caracterizada em alguns momentos como dor, frio na região torácica ou opressão, pode se apresentar nesse tipo de crise. Podem ocorrer sensações como *deja vu* ou *jamais vu*, medo súbito desproporcional, alucinações gustativas e olfativas (ANDRADE-VALENÇA et al., 2006).

Pode ser observado na ELTM um comprometimento da consciência com a ocorrência da redução de graus variados de responsividade em relação ao meio, acompanhados ou não de automatismos manuais e oroalimentares com postura distônica contralateral ao hemisfério cerebral de origem. Não é usual a generalização secundária das crises epiléticas. Nos pacientes com crises límbicas podem ocorrer a presença de graus de disfunção pós ictal de linguagem e cognitiva (ANDRADE-VALENÇA et al., 2006).

A principal forma de tratamento clínico da epilepsia é a utilização de drogas antiepiléticas (DAEs) (SALGADO, 2007). Uma pobre resposta em relação a utilização das DAEs pode ser observada em pacientes com ELTM, em especial nos casos em que há esclerose mesial (OLIVEIRA et al. 2010). Como o percentual de refratariedade entre esses pacientes é significativo, o tratamento cirúrgico apresenta-se como opção, demonstrando resultados satisfatórios em relação a ELTM (GUERREIRO et al., 2000; PAGLIOLI-NETO & CENDES, 2000; SALGADO, 2007).

1.2 - Epilepsia e transtornos psiquiátricos

Desde a antiguidade, e de acordo com os escritos babilônicos há mais de 3 mil anos, já havia relatos da ocorrência de sintomas psiquiátricos em pacientes com epilepsia. Alguns dos sintomas observados eram a instabilidade emocional, impulsividade, sintomas psicóticos e alterações comportamentais como religiosidade acentuada e hipossexualidade (REYNOLDS & KINNIER WILSON, 2008; OLIVEIRA et al., 2009). A associação entre epilepsia e os transtornos psiquiátricos há muito tempo é conhecida, mas apenas nas últimas décadas surgiram estudos significativos sobre o assunto (SALGADO et al., 2010;

BRAGATTI et al., 2011). Pesquisas recentes sugerem que há uma maior chance de desenvolvimento de epilepsia em pacientes com depressão (KANNER, 2004), bem como uma maior predisposição de que pessoas com epilepsia apresentem alterações psicopatológicas e estejam mais expostas a disfunções sociais do que pessoas sem epilepsia (OLIVEIRA et al., 2007). Esses dados sugerem uma relação bidirecional entre epilepsia e os transtornos psiquiátricos (KANNER, 2004; KANNER, 2009).

Hipócrates, 400 A.C., referenciou essa relação ao afirmar que “melancólicos normalmente tornam-se epiléticos, e epiléticos melancólicos: o que determina a preferência é a direção que a doença leva, se ela ocorre sobre o corpo, epilepsia, se sobre a inteligência, melancolia” (KANNER, 2004; KANNER, 2009). Essa citação, e de acordo com as novas pesquisas, pode ser estendida aos transtornos de ansiedade, visto que os transtornos de humor e de ansiedade compartilham os mesmos mecanismos neuronais e podem ser "duas faces de uma mesma moeda" (KANNER, 2009).

A relação entre psicopatologia e epilepsia ainda é pouco entendida, mas parece ser consenso que ela resulta de uma combinação de fatores psicossociais e neurológicos (SCHEEPERS & KERR, 2003), indicando ser o produto de uma complexa interação entre os efeitos das DAEs, das alterações neurofisiológicas causadas pelas crises epiléticas, das experiências subjetivas e vulnerabilidade social causada pelo impacto psicossocial da epilepsia (OLIVEIRA et al., 2010).

Os transtornos de humor e de ansiedade são os transtornos psiquiátricos mais frequentemente encontrados na epilepsia (STEFANELLO et al., 2011), porém os estudos são bastante divergentes quanto aos seus resultados. Enquanto alguns autores correlacionam depressão e ansiedade às variáveis clínicas da epilepsia (MACMASTER & KUSUMAKAR, 2004; KANDRATACICIUS et al., 2007), outros focam na influência de variáveis psicossociais (KAIRALLA et al., 2004; TENG et al., 2005; SOUZA & SALGADO, 2006).

Considerando o aspecto clínico e neuroanatômico, muitos estudos têm se preocupado em correlacionar ELTM e psicopatologia (KAIRALLA et al., 2004;

OLIVEIRA et al., 2007; BARRY et al., 2008), no intuito de identificar distúrbios de comportamento em disfunções localizadas no sistema límbico, visto o seu papel na regulação das emoções, do comportamento e do humor (OLIVEIRA et al., 2010).

O sistema límbico, caracterizado também como o "sistema das emoções", foi conceituado por Paul MacLean, que acrescentou algumas estruturas cerebrais ao circuito de Papez, proposto por James Papez em 1937. De acordo com a proposta de Papez, esse circuito era constituído pelo giro do cíngulo, giro para-hipocampal, hipotálamo, tálamo e hipocampo. A amígdala, o septo, a área pré-frontal e o cerebelo foram adicionados posteriormente a essa concepção, integrando de maneira funcional as bases neurais das emoções (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008).

Não se pode dizer que a epilepsia causa a depressão, mas de acordo com os estudos das últimas décadas, foi possível observar que elas compartilham os mesmos mecanismos patogênicos. A diminuição da atividade de neurotransmissores como a serotonina, dopamina, GABA e da noradrenalina pode se apresentar como operante na fisiopatologia dos transtornos depressivos e na epilepsia (KANNER, 2003; SALGADO, 2007; OLIVEIRA et al, 2007).

As DAEs podem causar alguns sintomas psiquiátricos em pacientes com epilepsia. Estudos apontam que o fenobarbital pode causar depressão, além de ideação suicida. Outras DAEs como o topiramato, primidona, tiagabina, vigabatrina e felbamato também são conhecidas por frequentemente causarem sintomas depressivos. A carbamazepina e o ácido valpróico, que possuem propriedades estabilizadoras do humor, podem causar transtornos depressivos com uma frequência consideravelmente menor que as outras DAEs (KANNER, 2003, OLIVEIRA et al, 2007).

Até o século XIX a epilepsia era considerada por muitas culturas como sendo uma desordem mental, e não uma desordem neurológica. Essa concepção distorcida da epilepsia continua a ser referenciada nos tempos atuais, envolvida de preconceito e discriminação, atingindo as pessoas com epilepsia nos meios acadêmicos, profissionais e sociais (KANNER, 2009).

Essa percepção da epilepsia reflete em si o estigma associado a essa condição. O conceito de estigma vem sendo há muitos anos estudado e é utilizado para especificar uma característica que difere dos "padrões de normalidade", sendo uma consequência dos padrões sociais. As falsas crenças e o medo do desconhecido conduzem a não compreensão real dos fatos, levando a pessoa com epilepsia ao isolamento, devido as marcas sociais originadas nas antigas crenças em relação a doença. O próprio termo epilepsia carrega em si o estigma, visto que é uma palavra de origem grega que significa ser possuído, invadido ou dominado, pautando dessa forma uma explicação sobrenatural a essa condição neurológica (FERNANDES, 2005).

O estigma pode ser subclassificado em estigma percebido e estigma real. O estigma percebido é um somatório dos sentimentos e percepções do paciente de acordo com suas crenças, comportamento de outras pessoas e sentimentos associados. O estigma real ocorre quando há a discriminação contra as pessoas com epilepsia (FERNANDES, 2005).

Devido a essas concepções errôneas que consideram a epilepsia como uma desordem mental ou uma vivência mística, as comorbidades psiquiátricas, muitas vezes, passam despercebidas, visto que os sintomas são encarados como respostas ou consequências naturais da epilepsia. Ao se considerar a epilepsia como uma desordem mental, a relação da mesma com os transtornos de humor e de ansiedade é minimizada, não sendo esses transtornos reconhecidos, e o mais grave, não sendo tratados em grande parte dos pacientes (KANNER, 2009). Compreendemos comorbidade como duas condições ou doenças presentes em um mesmo indivíduo, sem que a ocorrência de ambas seja apenas uma simples coincidência (GAITATZIS et al., 2004; SALGADO, 2007).

Os transtornos de humor e de ansiedade possuem grande relevância em relação à qualidade de vida (QV) das pessoas com epilepsia, sendo fatores de risco para uma maior taxa de suicídio nessa população (KANNER, 2009). Entende-se por QV uma resposta de bem-estar por parte dos indivíduos nas diversas situações da vida, se referindo ao equilíbrio entre o que é real e o repertório de ferramentas internas dos mesmos para lidar com essas situações (SALGADO, 2003).

Aproximadamente 6% dos pacientes que possuem epilepsia apresentam alguma comorbidade psiquiátrica. Esse número aumenta de 10 a 20% nos pacientes refratários ao tratamento clínico. Os transtornos de humor são os mais frequentes (24-74%), sendo os transtornos depressivos os de maior relevância. Os transtornos de ansiedade seguem em segunda posição (10-25%), seguidos pelos quadros psicóticos (2-7%) e transtornos de personalidade (1-2%)(ARAÚJO FILHO et al., 2008). Estima-se que há aproximadamente de 530 mil a 890 mil pessoas com transtornos mentais associados à epilepsia no Brasil (OLIVEIRA et al., 2010).

Esses dados aparecem em menor proporção na população geral sendo um percentual de 3,3% para a distímia e 5-17% para a depressão maior, presentes na categoria dos transtornos de humor; 5-7% para o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e 1-4% para o transtornos de pânico (TP), pertinentes na categoria de transtorno de ansiedade; e 0,7-1% para os transtornos psicóticos como a esquizofrenia (ARAÚJO FILHO et al., 2008).

Grande parte dos estudos em relação aos transtornos psiquiátricos na epilepsia aborda o tema depressão, sendo o conceito de ansiedade abordado com menor frequência (SALGADO, 2007).

1.3 - Transtornos de humor

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV, 1995) divide os transtornos de humor em transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo sem outra especificação, transtorno bipolar I e II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar sem outra especificação, transtorno de humor devido a uma condição médica geral, transtorno de humor induzido por substância e transtorno de humor sem outra especificação.

Seguem os critérios diagnósticos de acordo com o DSM-IV (1995) para a classificação dos transtornos de humor:

-Transtorno depressivo maior: caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores, com pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados

por pelo menos quatro dos seguintes sintomas: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável); interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades; perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta e diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros); pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

-Transtorno distímico ou distímia: caracteriza-se por pelo menos dois anos de humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

-Transtorno depressivo sem outra especificação: foi incluído para a codificação de transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno de ajustamento com humor deprimido ou transtorno de ajustamento misto de ansiedade e depressão ou sintomas depressivos acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias.

-Transtorno bipolar I: caracterizado por um ou mais episódios maníacos ou mistos, geralmente acompanhados por episódios depressivos maiores.

-Transtorno bipolar II: caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, acompanhado por pelo menos um episódio hipomaníaco.

-Transtorno ciclotímico: caracterizado por pelo menos dois anos com numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um episódio maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

-Transtorno bipolar sem outra especificação: foi incluído para a codificação de transtornos com aspectos bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer dos transtornos bipolares específicos definidos nesta seção ou sintomas bipolares acerca dos quais há informações inadequadas ou contraditórias.

-Transtorno de humor devido a uma condição médica geral: caracterizado por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

-Transtorno de humor induzido por substância: caracteriza-se por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma consequência fisiológica direta de abuso de uma droga, medicamento ou outro tratamento somático para a depressão ou exposição a uma toxina.

-Transtorno de humor sem outra especificação: incluído para a codificação de transtornos com sintomas de humor que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno do humor específico, e nos quais é difícil escolher entre transtorno depressivo sem outra especificação e transtorno bipolar sem outra especificação

A depressão é o transtorno de humor com maior ocorrência em pacientes com epilepsia. Estudos indicam que a frequência das crises e a duração da ocorrência da epilepsia desempenham um aspecto relevante no aparecimento desse transtorno (KAIRALLA et al., 2004).

O diagnóstico de quadros depressivos associados à epilepsia é difícil de ser realizado, já que estes sintomas são muitas vezes interpretados como uma reação psicológica normal (CUKIERT, 2002; GALLUCCI NETO & MARCHETTI, 2005). Uma maior precisão na identificação dessas comorbidades seria a distinção entre sintomas depressivos e transtornos depressivos, pouco abordada em estudos (OLIVEIRA et al., 2007).

É importante diferenciar os transtornos psiquiátricos que ocorrem em comorbidade com a epilepsia dos sintomas depressivos que são pertinentes à atividade epileptiforme. O

início abrupto, a forma estereotipada dessas alterações de comportamento e a transitoriedade diferenciam essas ocorrências dos transtornos em si (ARAÚJO FILHO et al., 2008). A depressão pode se apresentar com diferentes faces na epilepsia, podendo ser diferenciada de acordo com a relação entre a ocorrência das crises e o início dos sintomas psiquiátricos (KANNER, 2003).

Os transtornos mentais na epilepsia podem ser divididos em peri-ictais e interictais. Há uma relação temporal direta com as crises nos transtornos mentais peri-ictais, que podem anteceder, ocorrer durante ou após as mesmas. Nos transtornos mentais interictais não há essa relação temporal, sendo a sua causa multifatorial. A conduta terapêutica pode ser melhor orientada de acordo com essa classificação dos transtornos mentais, considerando a sua correlação temporal com as crises epiléticas (OLIVEIRA et al., 2009).

1.4 - Transtornos de ansiedade

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência (SILVA, 2006; SALGADO, 2007). A ansiedade é um estado emocional subjetivo com componentes psicológicos e fisiológicos inerentes às experiências humanas que passa a ser considerada como patológica quando é desproporcional ao estímulo desencadeador (SALGADO, 2007).

O DSM-IV (1995) subdivide os transtornos de ansiedade em agorafobia, ataque de pânico, TP com e sem agorafobia, agorafobia sem história de transtorno de pânico, fobia específica, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, TAG, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, transtorno de ansiedade induzido por substância e transtorno de ansiedade sem outra especificação.

Segue a caracterização dos transtornos de ansiedade de acordo com DSM-IV(1995):

-Agorafobia: é a ansiedade ou esquia a locais ou situações das quais poderia ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível, no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas tipo pânico.

-Ataque de pânico: é representado por um período distinto no qual há o início súbito de intensa apreensão, temor ou terror, frequentemente associados com sentimentos de catástrofe iminente. Durante esses ataques, estão presentes sintomas tais como falta de ar, palpitações, dor ou desconforto torácico, sensação de sufocamento e medo de "ficar louco" ou de perder o controle.

-TP sem agorafobia: é caracterizado por ataques de pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais o indivíduo se sente persistentemente preocupado.

-TP com agorafobia: caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e inesperados e agorafobia.

-Agorafobia sem história de TP: caracteriza-se pela presença de agorafobia e sintomas tipo pânico sem uma história de ataques de pânico inesperados.

-Fobia específica: caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objeto ou situação específicos e temidos, frequentemente levando ao comportamento de esquia.

-Fobia social: caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, frequentemente levando ao comportamento de esquia.

-TOC: caracteriza-se por obsessões (que causam acentuada ansiedade ou sofrimento) e/ou compulsões (que servem para neutralizar a ansiedade).

-Transtorno de estresse pós-traumático: caracteriza-se pela revivência de um evento extremamente traumático, acompanhada por sintomas de excitação aumentada e esquia de estímulos associados com o trauma.

-Transtorno de estresse agudo: caracteriza-se por sintomas similares àqueles do transtorno de estresse pós-traumático, ocorrendo logo após um evento extremamente traumático.

-TAG: caracteriza-se por pelo menos seis meses de ansiedade e preocupação excessivas e persistentes.

-Transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral: caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade considerados como sendo a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

-Transtorno de ansiedade induzido por substância: caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade, considerados como sendo a consequência fisiológica direta de abuso de uma droga, medicamento ou exposição a uma toxina.

-Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação: é incluído para a codificação de transtornos com ansiedade proeminente ou esquia fóbica que não satisfazem os critérios para qualquer um dos transtornos de ansiedade específicos definidos nesta seção (ou sintomas de ansiedade acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias).

Para uma melhor compreensão do termo ansiedade, se faz importante diferenciá-lo do medo, visto a frequente ocorrência da não distinção entre ambos pelo senso comum. O medo é definido como uma emoção básica com a elevação pontual de um estado emocional aversivo visando o enfrentamento de um determinado estímulo ou situação ameaçadora. Sendo assim, a resposta emocional decorrente da ansiedade se diferencia do medo por ser mais duradoura e menos relacionada com o estímulo (FREITAS-MAGALHÃES & BATISTA, 2009).

O conceito de ansiedade pode ser dividido em ansiedade-traço e ansiedade-estado, de acordo com a classificação de Spielberger e colaboradores (1970). O estado de ansiedade é um aspecto emocional transitório e o traço de ansiedade se refere às diferenças individuais presumivelmente estáveis em relação a ansiedade frente aos estímulos ambientais (SALGADO, 2007).

Considerando os transtornos de ansiedade na epilepsia e de acordo com Scheepers & Kerr (2003), é aceitável a existência de um certo grau de ansiedade quando o controle de crises epiléticas não é satisfatório, ou em casos em que haja fobia social decorrente de uma experiência aversiva vivida em um local público. Espera-se que essa ansiedade não atinja os critérios de classificação de um transtorno psiquiátrico. Um transtorno requer que tanto sua intensidade quanto sua duração exceda o que é aceito dentro dos padrões de normalidade em uma determinada época e em um contexto social e que prejudique a vida do indivíduo (SALGADO, 2007).

A sobreposição dos sintomas depressivos com os transtornos de ansiedade implica em dificuldades para a distinção de ambos. Muitos pesquisadores têm dificuldade em distinguir ansiedade e depressão tanto em amostras clínicas, quanto em não clínicas (CRAMER et al., 2005).

Estudos mostram que os transtornos de ansiedade são relativamente frequentes em pacientes resistentes ao tratamento clínico. Apesar do considerável impacto negativo na vida dos pacientes, os transtornos de ansiedade também continuam a não ser reconhecidos, sendo muitas vezes subtratados (KANNER, 2011).

1.5 - Considerações

De acordo com o DSM-IV (1995) é preciso a identificação clara da ordem de ocorrência dos transtornos de ansiedade em relação aos transtornos de humor para a determinação do diagnóstico, considerando os mesmos como episódios independentes, paralelos ou secundários.

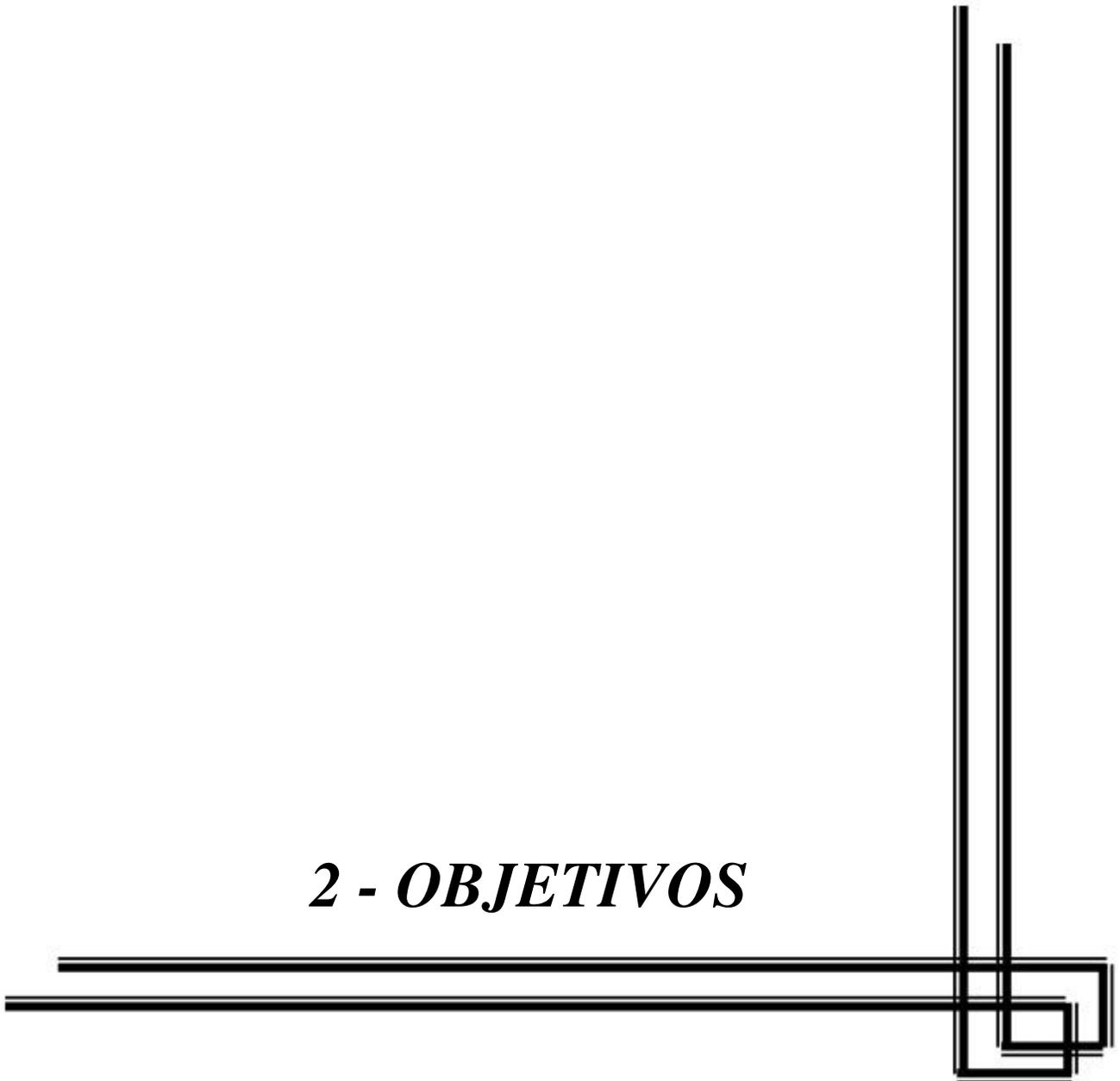
Para um diagnóstico mais claro e eficaz dos transtornos de humor e de ansiedade na epilepsia, a ILAE recomenda que se classifique as comorbidades psiquiátricas da mesma forma utilizada em relação aos critérios convencionais existentes no DSM-IV (1995), independente da epilepsia. Esse procedimento visa a prevenção da utilização da categoria "transtorno secundário a uma causa orgânica", que se encontra nesse manual classificatório e que não contribui para um entendimento mais adequado a respeito das comorbidades psiquiátricas associadas à epilepsia (ARAÚJO FILHO et al., 2008).

Apesar da alta prevalência em populações clínicas como a dos pacientes com epilepsia, as comorbidades psiquiátricas ainda são subdiagnosticadas e tratadas de forma inadequada (ARAÚJO FILHO et al., 2008)

Transtornos psiquiátricos comprometem o tratamento clínico dos pacientes com epilepsia e influenciam negativamente sua QV (ARAÚJO FILHO et al., 2008), se apresentando como uma possível resposta de como as pessoas com epilepsia estão lidando e encarando as suas vidas (SALGADO, 2007).

Devido ao grande número de pessoas com epilepsia que possuem comorbidades psiquiátricas associadas, e que muitas vezes são subdiagnosticadas, não recebendo o tratamento adequado, é que o presente trabalho se propõe a avaliar os transtornos psiquiátricos nesses pacientes e pontuar as influências exercidas por esses transtornos no tratamento clínico. Nossa proposta foi identificar os transtornos depressivos e de ansiedade nos pacientes com ELTM e considerar a sua co-ocorrência, discorrendo sobre suas especificidades.

2 - OBJETIVOS



2.1 - Objetivo geral

Avaliar os transtornos de humor e de ansiedade em pacientes com ELTM.

2.2 - Objetivos específicos

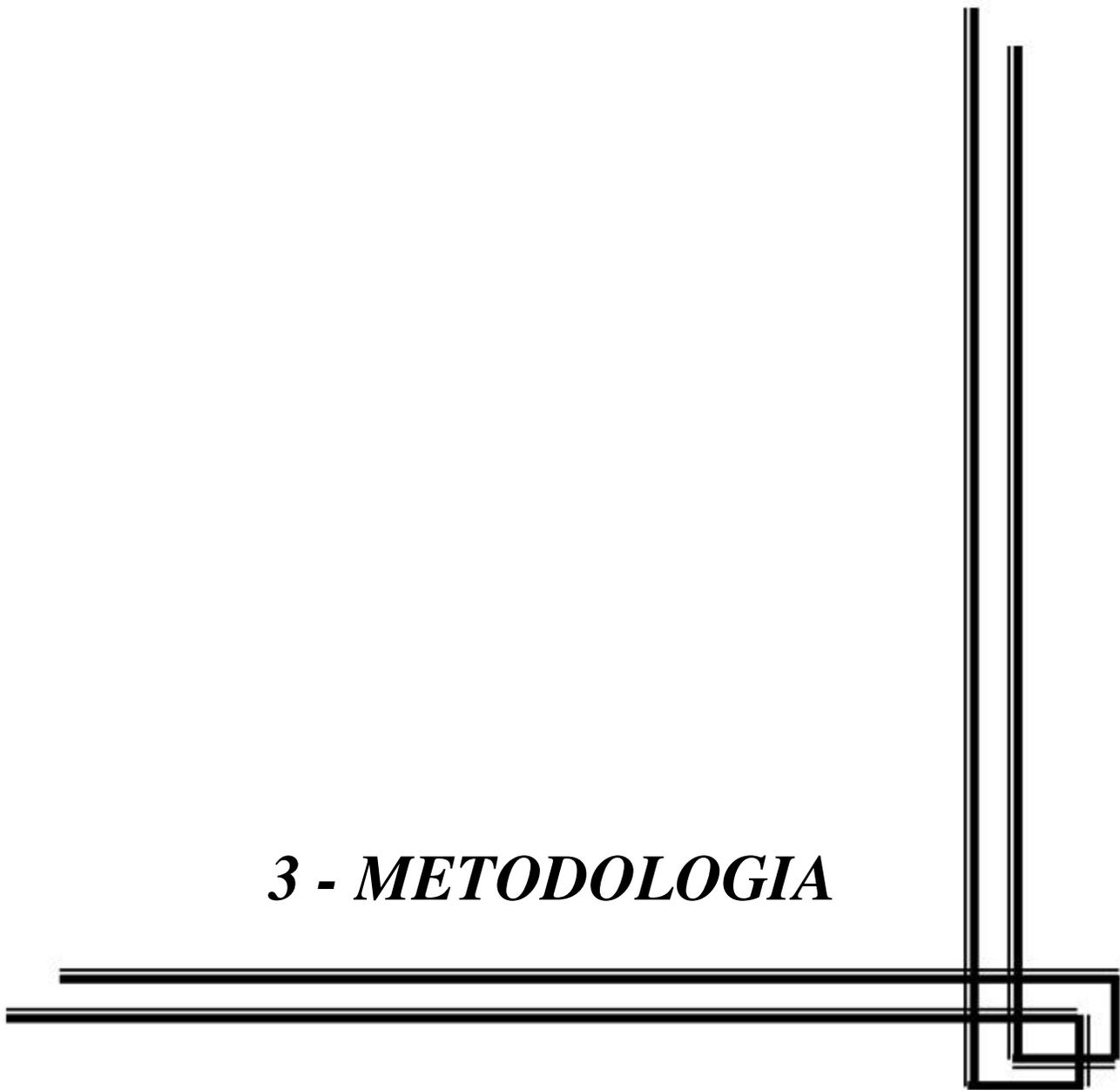
Verificar a prevalência dos transtornos de humor e de ansiedade em pacientes com ELTM.

Correlacionar os transtornos de humor e de ansiedade com os dados clínicos da ELTM (tipo e frequência mensal das crises epiléticas, idade de início e duração da epilepsia, atrofia hipocampal, EEG, DAEs e histórico familiar de epilepsia).

Correlacionar os transtornos de humor e de ansiedade com os dados demográficos dos pacientes (idade, estado civil, gênero, grau de escolaridade e atividade profissional).

Avaliar possíveis diferenças entre os transtornos de humor e de ansiedade em pacientes com ELTM.

3 - METODOLOGIA



3.1 - Aspectos Éticos

Todos os pacientes que fizeram parte do estudo foram devidamente instruídos sobre os procedimentos que seriam realizados e informados de que sua participação seria de forma voluntária e que a recusa em participar de tal estudo não acarretaria em nenhum prejuízo para seu tratamento. Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP (233/2011) (Anexo 1).

3.2 - Identificação dos pacientes

Todos os pacientes, que faziam acompanhamento no ambulatório de neurologia do HC/UNICAMP, e que participaram da presente pesquisa, possuíam o diagnóstico de epilepsia realizado previamente por neurologistas do HC da UNICAMP através de uma avaliação clínica constituída de uma anamnese detalhada, exame físico geral e exame neurológico através de EEG, TCC e RM.

Os pacientes foram avaliados no período de fevereiro de 2010 a julho de 2011. Os critérios de inclusão e exclusão foram:

- Critérios de inclusão:

Acompanhamento no ambulatório de neurologia do HC/Unicamp;

Possuir o diagnóstico de ELTM;

Ter idade entre 18 e 75 anos;

Consentir a participação de forma livre e esclarecida;

- Critérios de exclusão:

Possuir ELTM secundária a outras doenças ou lesões;

Ter sido submetido ao tratamento cirúrgico da ELT;

Apresentar lesões calcificadas ou tumores cerebrais;

Apresentar doenças neurodegenerativas;

Apresentar retardo no desenvolvimento neuropsicomotor;

Apresentar transtornos psicóticos;

3.3 - Ambiente

Os pacientes foram avaliados individualmente pelo psicólogo responsável por esta pesquisa em uma das salas de atendimento no ambulatório de neurologia da Faculdade de Ciências médicas do HC/UNICAMP, e procurou-se manter as mesmas condições de ambiente para os mesmos.

3.4 - Instrumentos

3.41 - Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID I) (SPITZER et al., 1989; DEL-BEN et al., 2001) (Anexo 2).

Trata-se de uma entrevista estruturada para a realização dos diagnósticos maiores do Eixo I do DSM-IV (1995). A elaboração da SCID foi iniciada em 1983 como um instrumento destinado à realização de diagnósticos baseados no DSM-III. Foram realizados vários estudos de campo e desde 1987, após a sua finalização, a SCID vem passando por várias revisões, pautadas nas experiências adquiridas através de sua utilização por clínicos e pesquisadores ao longo dos anos.

Foi traduzida e adaptada para o português por Del-Ben e colaboradores em 2001. Os estudos realizados mostraram que a adaptação apresentou bons índices de confiabilidade para o diagnóstico psiquiátrico, através da metodologia teste-reteste, sugerindo a utilidade de aplicação do instrumento no Brasil.

O instrumento apresenta oito módulos de diagnósticos (síndromes afetivas, sintomas psicóticos, transtornos afetivos, transtornos do uso de substâncias psicoativas, transtornos de ansiedade, transtornos somatoformes, transtornos de alimentação e transtornos de ajustamento). Como cada classe diagnóstica maior é focalizada em módulos separados, é possível adaptar a SCID I para um estudo em particular, através da eliminação de módulos diagnósticos irrelevantes, diagnósticos individuais, ou através da mudança da ordem dos módulos.

Nesta pesquisa foram utilizados todos os módulos do eixo I da SCID, visando uma abordagem mais completa em relação aos possíveis parâmetros que pudessem atender aos critérios de exclusão, como a ocorrência de transtornos psicóticos.

Utilizamos uma abordagem inclusiva ao desconsiderarmos a epilepsia como uma condição médica geral. Essa postura adotada vai de encontro a recomendação da ILAE, visando como já citado (ARAÚJO FILHO et al., 2008), prevenir a utilização da categoria "transtorno secundário a uma causa orgânica" presente no DSM-IV (1995).

3.42 - Inventário de ansiedade – Estado e Traço – IDATE I e II (BIAGGIO & NATALÍCIO, 1979; BIAGGIO, 1999; KAIPPER et al., 2010) (ANEXO 3).

Esta escala é o instrumento de auto-avaliação mais utilizado na avaliação do estado e traço de ansiedade. A sua primeira versão foi lançada por Spielberger em 1970. Foi adaptada e revisada para a população brasileira em 1977 por Biaggio, Natalicio e Spielberger (BIAGGIO et al., 1977).

Cada inventário é constituído de 20 itens que mensuram a ansiedade enquanto estado, conceituado como o estado emocional transitório, e a ansiedade como traço,

referindo-se às diferenças individuais relativamente estáveis e características na personalidade dos indivíduos. O IDATE-Estado avalia como os sujeitos se sentem no exato momento da entrevista e o IDATE-Traço os questiona perguntando como os mesmos geralmente se sentem.

O escore final varia de 20 a 80 pontos para cada dimensão. Escores acima de 52 para homens e acima de 55 para mulheres são considerados fatores de ansiedade.

De acordo com Biaggio e Natalício (1979) para o cálculo dos escores do IDATE-Traço devem ser somados os itens individuais, sendo que os itens diretos (2,3,4,5,8,9,11,12,15,17,18 e 20) são considerados com a pontuação 1, 2, 3 e 4 e os itens indiretos (1,6,7,10,13,14,16,19) com a pontuação invertida 4, 3, 2 e 1. Para o cálculo dos escores do IDATE-Estado devem ser somados os itens individuais, considerando para os itens diretos (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) a pontuação 1, 2, 3 e 4 e para os itens indiretos (2,5,8,10,11,15,16,19,20) a pontuação invertida 4,3, 2 e 1.

Apesar de ser um instrumento de auto-avaliação, os itens foram lidos em voz alta para os pacientes com o intuito de se manter um padrão, considerando a baixa escolaridade de alguns pacientes.

3.43 - Inventário de Depressão de Beck (BDI) (GORENSTEIN & ANDRADE, 1996) (ANEXO 4).

O BDI é o instrumento de auto-avaliação de gravidade de sintomas depressivos mais amplamente usado, tanto em pesquisa como em clínica.

A escala é constituída por 21 itens que se referem à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Cada item possui uma variação de intensidade de 0 a 3 em relação às atitudes e sintomas.

O inventário foi formulado por Beck e colaboradores em 1961. Foi traduzido e validado para a versão brasileira por Ferreira (1995).

Gorenstein e Andrade em 1996 realizaram um estudo para a co-validação da versão brasileira do BDI. Através de um estudo de validade discriminante foi evidenciada a adequação da escala para a sua versão em português.

Existem várias propostas de diferentes pontos de corte para a distinção dos níveis de depressão através da utilização do BDI, que podem variar de acordo com o propósito do trabalho e amostra (GORENSTEIN & ANDRADE, 1998; CUNHA, 2001). Apesar de não utilizarmos uma classificação em relação aos escores do BDI, considerando que para as análises estatísticas optamos por utilizar os escores totais, os pontos de corte recomendados para a versão do BDI em português são: 0 a 11 como mínimo, 12 a 19 como depressão leve, 20 a 35 como depressão moderada e de 36 a 63 como depressão grave (CUNHA, 2001). Outros estudos apontam que a depressão deve ser considerada apenas nos escores acima de 20 (GORENSTEIN & ANDRADE, 1998).

Os itens do BDI também foram aplicados com a leitura por parte do psicólogo, visando como já citado, a manutenção de um padrão de aplicação frente a baixa escolaridade de alguns participantes. Foram seguidas as instruções sugeridas do manual da versão em português das escalas de Beck para administração oral (CUNHA, 2001).

3.5 - Procedimentos

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram avaliados pelo psicólogo responsável pela presente pesquisa. A avaliação ocorreu de forma individual, sempre seguindo o mesmo padrão, e foi constituída pela aplicação de instrumentos psicométricos e uma entrevista estruturada para a obtenção de possíveis indicativos diagnósticos de transtornos psiquiátricos.

A avaliação teve duração de aproximadamente uma hora e meia e procurou-se manter os mesmos padrões de abordagem e condições de ambiente físico.

3.6 - Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o programa SYSTAT9®. Todas as informações obtidas foram tabuladas e as diferenças entre proporções das variáveis nominais foram analisadas com os testes Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher.

Aplicamos o teste de homogeneidade de Kolmogorov-Smirnov em todas as variáveis numéricas para observar como a amostra se distribuía. Observamos uma distribuição diferente da normal na maioria dessas variáveis e por isso optamos utilizar testes estatísticos não paramétricos. O teste Mann Whitney foi utilizado para a realização das análises com variáveis nominais e numéricas. O nível de significância considerado foi o de $p < 0,05$. As correlações de Spearman (*Spearman rank-order correlations*) foram utilizadas para correlacionar as variáveis numéricas.

4 - RESULTADOS



4.1 - Caracterização da amostra

Dos pacientes que se enquadraram em nosso estudo, considerando os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos três pacientes que apresentaram apenas indicativos de transtornos de ansiedade, visando a obtenção de uma amostra mais homogênea a ser considerada nas análises. Optamos por realizar essas exclusões visto que os outros pacientes que preencheram os critérios de inclusão e apresentaram alguma comorbidade, possuíam os indicativos dos transtornos de humor como transtorno psiquiátrico primário.

A amostra foi constituída por 104 pacientes adultos, com idades entre 22 e 74 anos, com nível educacional variando de 1 a 19 anos.

A tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos dos pacientes que preencheram os critérios de inclusão.

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos dos pacientes avaliados

Dados	Pacientes (n= 104)	
	N ou Média (DP)	Proporção (%) ou Mediana
Gênero		
Masculino	39	37,5%
Feminino	65	62,5%
Idade (anos)	44,65 (11,32)	45
Nível educacional (anos de estudo)	8,39 (4,07)	7
Estado civil		
Solteiro	31	29,81%
Casado/união estável	62	59,61%
Separado/divorciado	7	6,73
Viúvo	4	3,85
Situação ocupacional		
Empregado	57	54,81%
Desempregado	30	28,85%
Aposentado	14	13,46%
Nunca trabalhou	3	2,88%

Abreviações: n = número de pacientes; DP = desvio-padrão.

Foi observado também que 44 (42,31%) pacientes possuíam histórico familiar de epilepsia.

4.2 - Caracterização clínico-eletroencefalográfica e de imagem da epilepsia

As informações referentes aos tipos de crises foram obtidas através do prontuário dos pacientes, considerando os dados descritos pelos neurologistas do presente centro de atendimento. Essas informações baseiam-se no estudo dos dados clínicos das crises, dos resultados de EEG e das imagens de RM.

Em relação à lateralidade foi observado que 99 (95,19%) dos pacientes eram destros e 5 (4,81%) eram canhotos.

Quanto aos dados de EEG, 64 (61,54%) pacientes apresentavam atividade epileptiforme no lobo temporal esquerdo e 40 (38,46%) no lobo temporal direito. Utilizamos a categorização para a atividade epileptiforme como direita e esquerda considerando a maior ocorrência ou predominância de um dos lados. Os pacientes com atividade epileptiforme bilateral foram enquadrados em uma dessas categorias com o auxílio de neurologistas do nosso grupo de estudo, especializados na leitura e interpretação de EEG.

A atrofia hipocampal, descrita por neurologistas no prontuário dos pacientes e obtida através da análise de imagens de RM, foi observada em 88 (84,62%) pacientes, sendo que destes, 44 (42,31%) apresentavam atrofia hipocampal esquerda, 33 (31,73%) atrofia hipocampal direita e 11 (10,58%) atrofia hipocampal bilateral. Dos pacientes avaliados, 16 (15,38%) não apresentavam atrofia hipocampal.

A refratariedade ao tratamento clínico da epilepsia foi encontrada em 67 (62,42%) pacientes.

Do total de 34 pacientes com transtornos psiquiátricos, 27 (79,41%) não tinham um controle significativo das crises epilépticas.

Tabela 2 - Dados clínicos dos pacientes avaliados

Dados	Pacientes (n= 104)	
	N ou Média (DP)	Proporção (%) ou Mediana
Tipo de crise		
Parcial	57	54,81%
Parcial com generalização secundária	38	36,54%
Generalizada	9	8,65%
Frequência de crises		
Controle há mais de 06 meses	35	33,65%
1 a 10 crises mensais	64	61,54%
11 a 30 crises mensais	5	4,81%
Idade de início (anos)	11,36 (9,93) (0-40 anos)*	9,5
Duração da epilepsia (anos)	31,38 (13,65) (4-60 anos)*	32
Número de DAEs		
Monoterapia	43	41,35%
Politerapia	60	57,69%
Sem medicação	1	0,96%

Abreviações: n = número de pacientes; DP = desvio-padrão; * Valores mínimo e máximo; DAEs = drogas antiepilépticas.

Visando uma melhor organização dos dados, foram utilizadas algumas categorizações. Considerando o tipo de crise, classificamos como parcial apenas a ocorrência de CPS e/ou CPC, parcial com generalização secundária foi classificada

considerando a presença CPS, CPC e crises parciais com generalização secundária e generalizada na ocorrência apenas de crises generalizadas.

4.3 - Resultados obtidos através do BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado e SCID-I

Tabela 3 - Resultados do BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado

	Amostra Total		Com comorbidade		Sem comorbidade	
	M (DP)	Mediana(*)	M (DP)	Mediana(*)	M (DP)	Mediana(*)
BDI	11,57(10,68)	7(0-44)	24,18(8,96)	22,50(09-44)	5,44(3,94)	4(0-18)
IDATE Traço	38,22(14,67)	35(20-74)	54,12(11,86)	54,50(27-74)	30,50(8,30)	29(20-55)
IDATE Estado	37,30(12,45)	33(22-72)	49,88(11,08)	48(28-72)	31,19(7,55)	29(22-59)

Abreviações: M = média; DP = desvio padrão; * valores mínimo e máximo

A tabela 4 apresenta os dados com os indicativos diagnósticos encontrados através da avaliação clínica utilizando a SCID-I, baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV(1995).

Tabela 4 - Indicativos diagnósticos obtidos na avaliação clínica com a utilização da SCID-I

Diagnósticos	Pacientes (n=104)	
	n	Percentual (%)
Sem transtornos aparentes	70	67,31%
Transtorno depressivo maior, episódio único	1	0,96%
Transtorno depressivo maior recorrente leve	2	1,92%
Transtorno depressivo maior recorrente moderado	3	2,88%
Transtorno depressivo maior recorrente grave	8	7,70%
Distímia	14	13,46%
Distímia com fobia específica	1	0,96%
Transtorno depressivo maior recorrente moderado e TP sem agorafobia	1	0,96%
Transtorno depressivo maior recorrente grave sem aspectos psicóticos e TP sem agorafobia	2	1,92%
Transtorno depressivo maior recorrente grave sem aspectos psicóticos, TOC com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos) e agorafobia sem história de TP	1	0,96%
Transtorno depressivo recorrente grave e fobia específica (claustrofobia)	1	0,96%

Abreviações: n = número de pacientes; TP = transtorno de pânico; TOC = transtorno obsessivo-compulsivo;

A ideação suicida, identificada no item A9 do módulo A-Episódios de humor da SCID-I e/ou no item 9 do BDI, foi observada em 23 (22,15%) pacientes, sendo que destes, 18 (17,31%) se enquadravam no grupo de sujeitos com transtornos psiquiátricos.

Apenas 53% dos pacientes com indicativos de transtornos psiquiátricos possuíam um diagnóstico psiquiátrico e estavam em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

4.4 - Análise estatística

Foram realizadas análises estatísticas considerando o grupo de pacientes que não apresentaram comorbidades psiquiátricas em relação ao grupo de pacientes com algum transtorno psiquiátrico. A constituição desses grupos dependeu dos indicativos diagnósticos obtidos através da SCID-I.

Para essas análises foram considerados os dados demográficos dos pacientes e os dados clínicos da epilepsia.

Considerando-se os dados demográficos, não houve diferença significativa entre os grupos em relação à idade, nível educacional, estado civil e atividade profissional. Houve maior ocorrência de transtornos psiquiátricos nas mulheres ($p=0,052$).

Fizemos uma análise estatística comparando o gênero com os dados demográficos e clínicos dos pacientes. Foi possível observar uma associação significativa apenas em relação à ocorrência de escores maiores do BDI no gênero feminino ($p=0,029$) em comparação ao gênero masculino, ilustrados na figura abaixo.

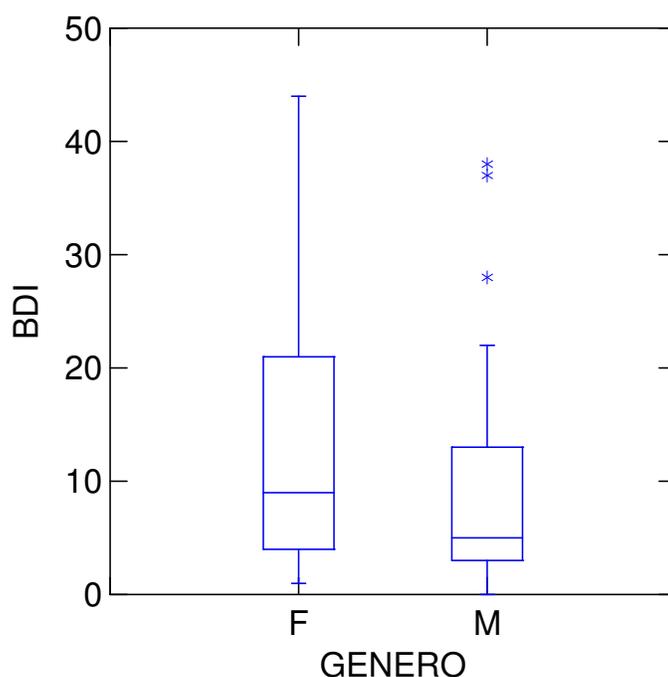


Figura 1 - Comparação entre os escores do BDI em relação ao gênero.

Legenda da figura 1: o gráfico tipo *boxplot* indica a distribuição dos dados, sendo que a caixa representa 50% da distribuição, as linhas *Whiskers* significam 25% para cima e 25% para baixo, a linha no meio da caixa representa a mediana e os asteriscos os *outliers*.

Em relação aos dados clínicos da epilepsia, não houve associação entre os grupos com e sem comorbidades considerando a atrofia hipocampal, EEG, tipo de crise, data de início e duração da epilepsia, lateralidade e a existência de histórico familiar de epilepsia. Também não observamos associação significativa em relação aos grupos considerando o número de DAES (mono ou politerapia) e os seus tipos (moduladores e depressores do humor). Houve associação significativa em relação à presença de refratariedade ao tratamento clínico ($p=0,03$), apontando que em um contexto de refratariedade há uma possível tendência de ocorrência de transtornos psiquiátricos. Outro dado que apresentou uma diferença significativa foi a frequência mensal das crises ($p=0,004$), conforme figura abaixo.

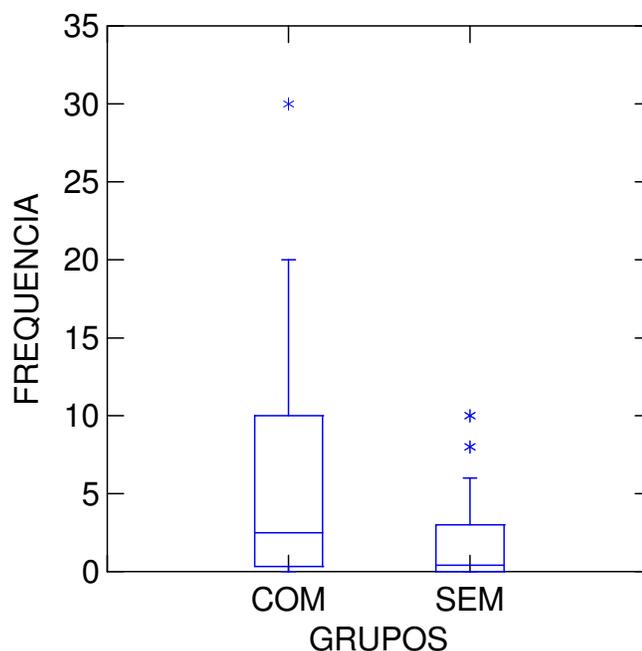
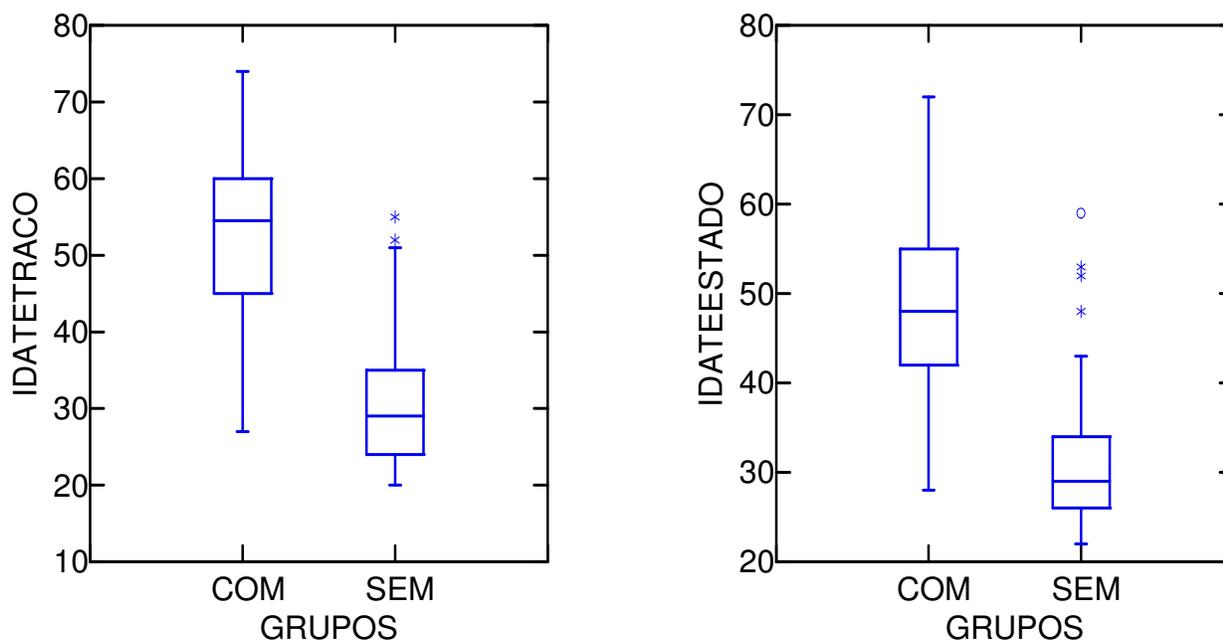


Figura 2 - Comparação entre a frequência mensal de crises epiléticas em relação aos grupos com e sem comorbidades psiquiátricas.

Encontramos dados significativos no grupos de pacientes com comorbidades psiquiátricas em relação à ideação suicida ($p < 0,0001$).

Observamos maiores escores no IDATE-Traço ($p < 0,0001$), IDATE-Estado



($p < 0,0001$) e BDI ($p < 0,0001$) em relação ao grupo com comorbidades psiquiátricas, conforme ilustrados nas figuras abaixo:

Figura 3 - Comparação entre os escores do IDATE-Traço e IDATE-Estado em relação aos grupos com e sem comorbidades psiquiátricas.

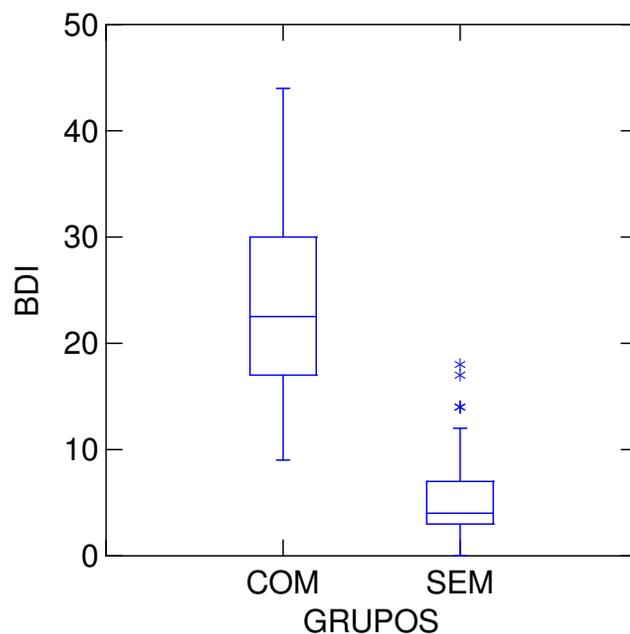


Figura 4 - Comparação entre os escores do BDI em relação aos grupos com e sem comorbidades psiquiátricas.

Considerando os escores do BDI em relação às variáveis clínicas e demográficas dos pacientes, não observamos diferenças significativas considerando o estado civil, idade, início e duração da epilepsia, frequência mensal de crises epiléticas, lateralidade, escolaridade, atrofia hipocampal, tipo de crise, histórico familiar de epilepsia, EEG e DAEs. Encontramos diferenças significativas considerando os escores do BDI e as variáveis refratariedade ($p < 0,0001$), ideação suicida ($p < 0,0001$) e atividade profissional ($p = 0,046$), ilustradas a seguir.

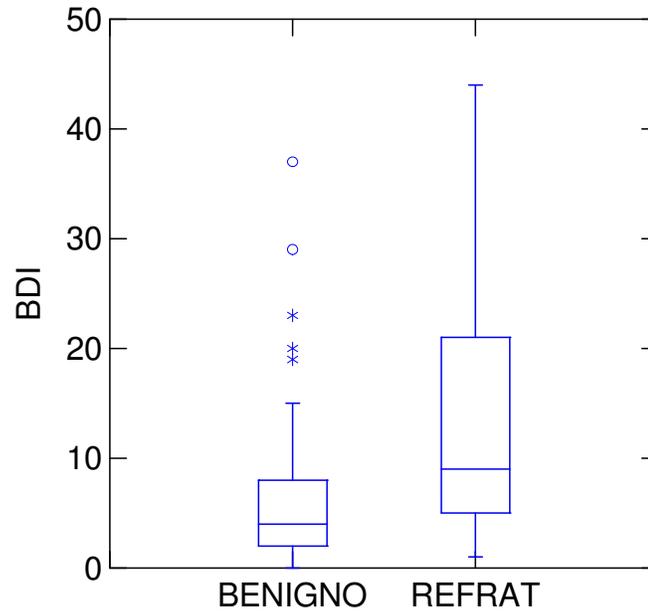


Figura 5 - Comparação entre os escores do BDI em relação aos pacientes refratários e benignos.

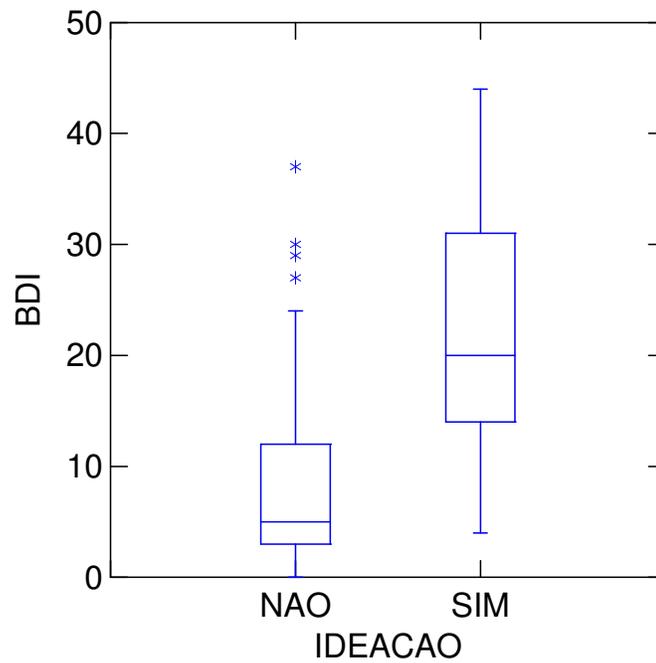


Figura 6 - Comparação entre os escores do BDI em relação à presença de ideação suicida.

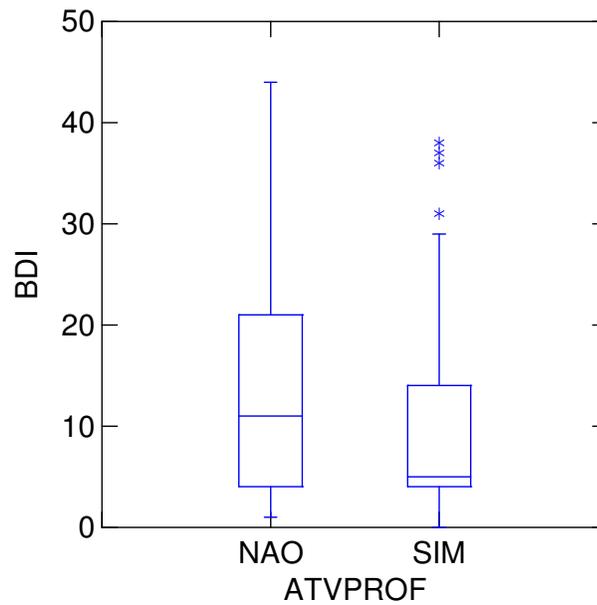


Figura 7 - Comparação entre os escores do BDI em relação à atividade profissional.

Observamos também correlações entre o BDI e o IDATE-Traço ($r_s=0,71$; $p<0,05$) e entre o BDI e o IDATE-Estado ($r_s=0,64$; $p<0,05$), ilustradas nas figuras a seguir.

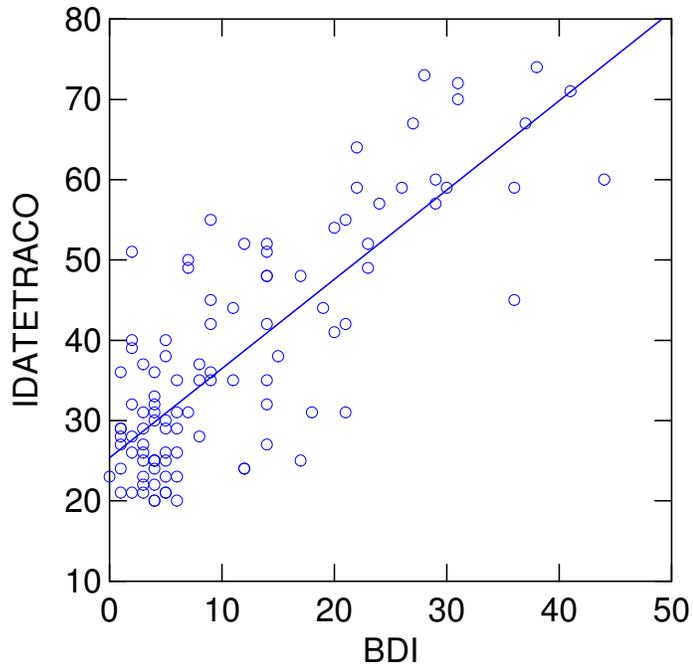


Figura 8 - Correlação entre os escores do IDATE-Traço e os escores do BDI.

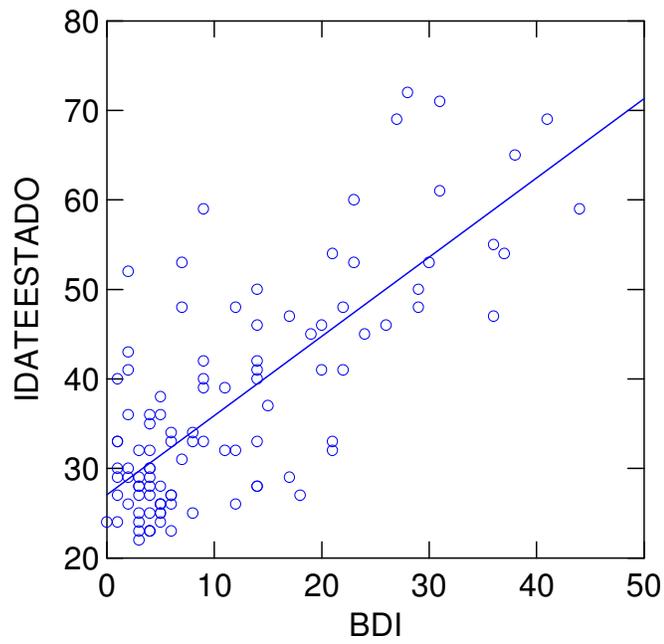


Figura 9 - Correlação entre os escores do IDATE-Estado e os escores do BDI.

Considerando os escores do IDATE-Traço e IDATE-Estado não observamos dados significativos em relação ao estado civil, gênero, idade, início e duração da epilepsia, frequência mensal de crises, lateralidade, escolaridade, atrofia hipocampal, tipo de crise, atividade profissional, histórico familiar de epilepsia, EEG e DAEs. Encontramos diferenças significativas entre os escores do IDATE-Traço e do IDATE-Estado frente a refratariedade ao tratamento clínico ($p=0,002$) e ideação suicida ($p<0,0001$), representadas nas figuras abaixo.

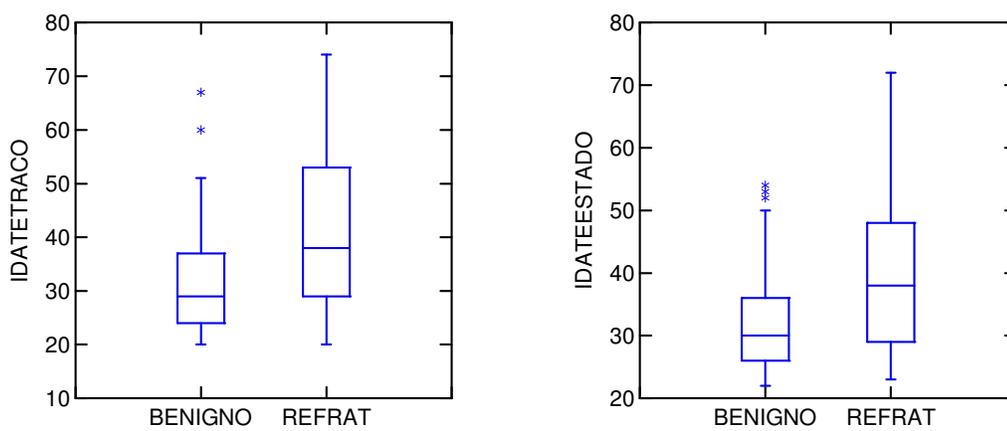


Figura 10 - Comparação entre os escores do IDATE-Traço e IDATE-Estado em relação à refratariedade.

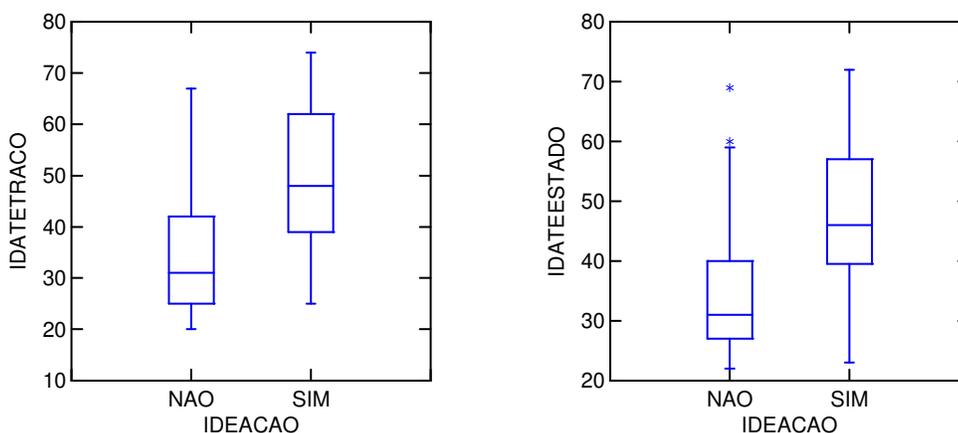


Figura 11 - Comparação entre os escores do IDATE-Traço e IDATE-Estado em relação à ideação suicida.

Para análises, subdividimos os pacientes com transtornos afetivos em dois grupos: um grupo com indicativos apenas de transtornos de humor (GTH) e outro grupo com transtornos de humor e de ansiedade (GTHA). Essa subclassificação visou investigar possíveis agravantes considerando a ocorrência de uma ou mais comorbidades. Dos 34 pacientes com transtornos afetivos, 28 (27%) se enquadraram no GTH e 6 (5,77%) no GTHA.

Realizamos comparações entre os grupos GTH e GTHA e não observamos diferenças ou relações significativas nas variáveis estado civil, gênero, idade, IDATE-Traço e IDATE-Estado, início e duração da epilepsia, escolaridade, BDI, lateralidade, atrofia hipocampal, refratariedade, tipo de crise, ideação suicida, atividade profissional, histórico familiar de epilepsia, EEG e DAEs. Observamos maior frequência mensal de crises epiléticas ($p=0,029$) nos pacientes que faziam parte do GTHA em comparação aos pacientes do GTH. A figura abaixo ilustra esse dado.

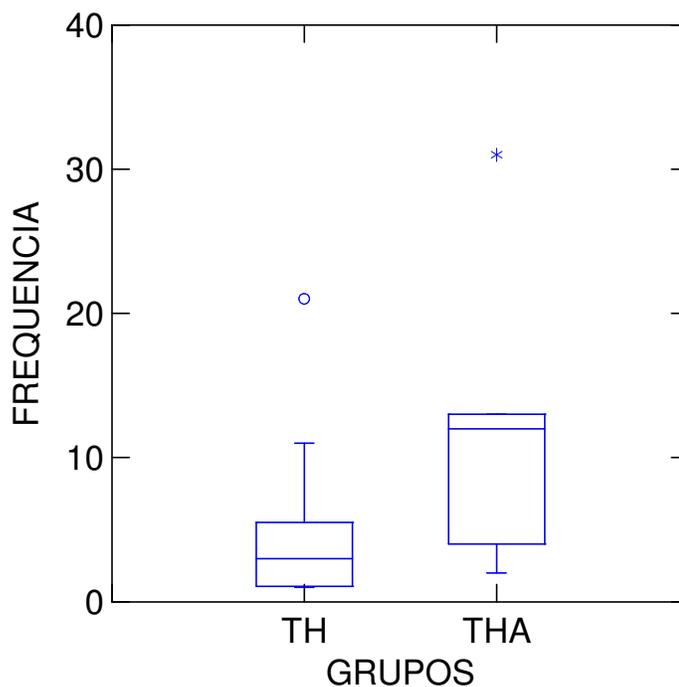
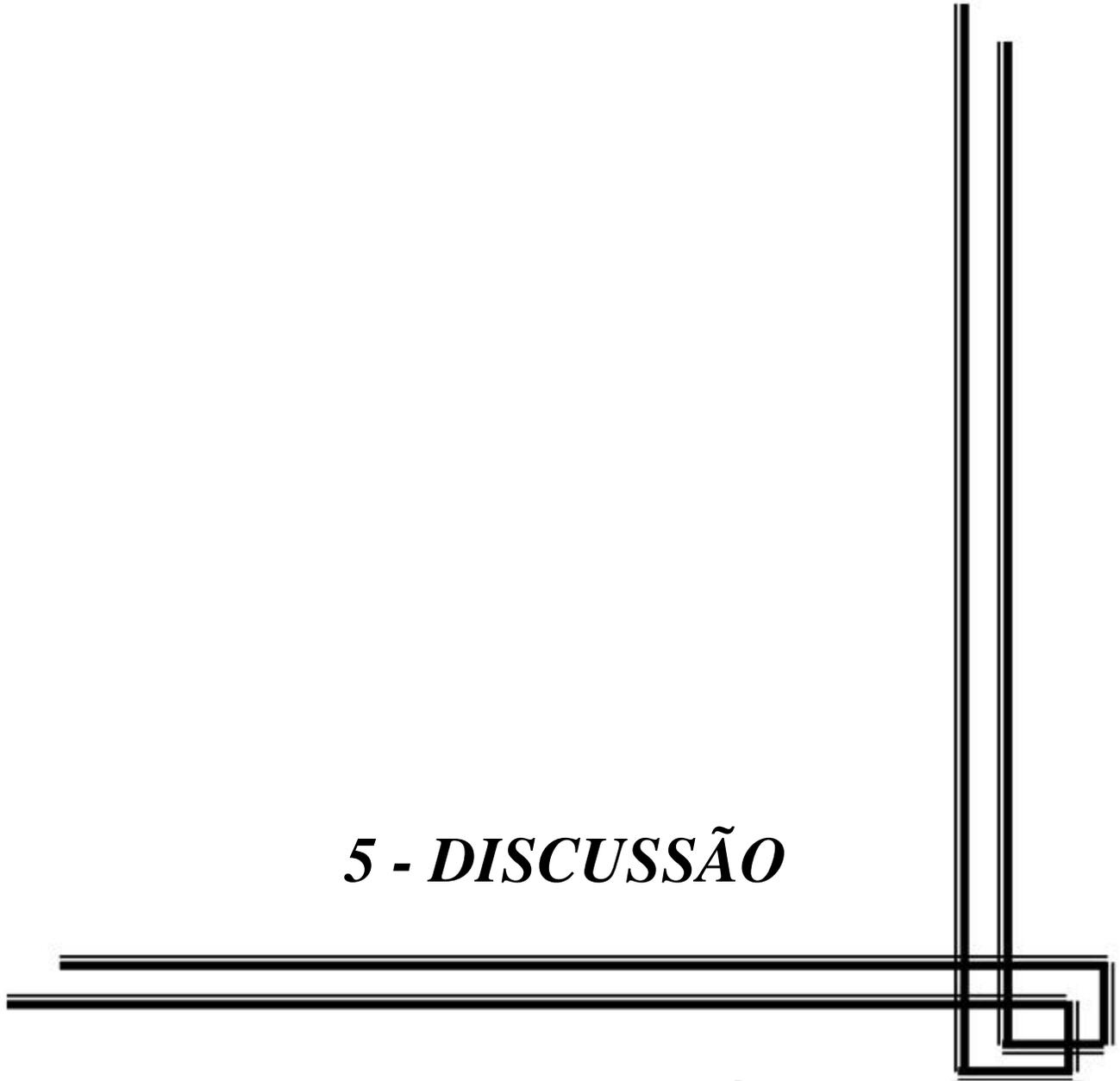


Figura 12 - Comparação entre a frequência mensal de crises epiléticas em relação aos grupos GTH e GTHA.

5 - DISCUSSÃO



O objetivo do presente estudo foi avaliar os transtornos de humor e de ansiedade em pacientes com ELTM. Esses transtornos psiquiátricos são as comorbidades mais frequentes na epilepsia (REISINGER & DILORIO, 2009; STEFANELLO et al., 2011). A incidência dos mesmos é consideravelmente maior nos pacientes com epilepsia em comparação à população geral (TEDRUS et al., 2009), sendo a probabilidade de ocorrência de transtornos de humor, como a depressão, quatro vezes maior em pacientes com epilepsia, quando comparados a indivíduos sem histórico de epilepsia (OLIVEIRA et al., 2007).

Os transtornos psiquiátricos ocorrem também de forma significativa em outras doenças neurológicas crônicas. Na doença de Parkinson, a depressão ocorre em aproximadamente 40% dos casos, antecedendo os sintomas motores em 25% dos pacientes. Como na epilepsia, estudos apontam uma associação significativa entre depressão e o possível risco da doença de Parkinson. É significativa também a relação entre o declínio cognitivo ou demência na presença da depressão (SILBERMAN et al., 2004).

Transtornos de humor também estão presentes na esclerose múltipla, sendo a depressão um dos transtornos psiquiátricos mais frequentemente associado. Pesquisas mostram que a depressão acomete de 27 a 54% dos casos. Um estudo brasileiro identificou uma variância de 13,1% a 17,9% na ocorrência de depressão na esclerose múltipla. Os transtornos de ansiedade são pouco estudados nessa doença e são associados à ideação suicida. A literatura aponta a prevalência de 37,5% nesses pacientes. A ideação suicida está presente em 28,6% dos pacientes com esclerose múltipla e chega ser 7,5 vezes maior do que na população geral (MENDES et al., 2003).

Estudos sugerem que na doença de Alzheimer a presença de depressão ocorra em aproximadamente 32% dos casos. A depressão pode co-ocorrer com a síndrome apática. Apesar dessa sobreposição, ambas são consideradas como síndromes independentes. (TEIXEIRA-JUNIOR & CARAMELLI, 2005).

Esses dados justificam a necessidade de um olhar mais detalhado em relação a ocorrência dos transtornos psiquiátricos nas doenças neurológicas, em especial na ELTM, visto o seu impacto clínico e social (ARAÚJO FILHO et al, 2008).

Na presente casuística de ELTM, observamos transtornos psiquiátricos em 34 (32,7%) pacientes. A prevalência desses transtornos corrobora com as informações encontradas em diversos estudos, que apontam uma variação de 15 a 60% para a ocorrência de comorbidades psiquiátricas na epilepsia (TENG et al., 2005; OLIVEIRA, et al., 2007; TEDRUS et al., 2009). De acordo com a literatura, nas epilepsias refratárias como a ELT a frequência em relação à presença de transtornos psiquiátricos pode variar de 60 a 80% (GAITATZIS et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2009).

Essa prevalência se mostra superior quando comparada a outros tipos de epilepsia. Em um estudo que avaliou as comorbidades psiquiátricas em 88 pacientes com epilepsia, foi observado que 48% desses pacientes possuíam algum tipo de transtorno psiquiátrico. Comparando os diferentes tipos de epilepsia, o grupo de pacientes com ELT não se diferenciou do grupo de pacientes com outras epilepsias focais diferentes da ELT, mas se mostrou bem mais prejudicado pelas comorbidades do que o grupo com epilepsia generalizada idiopática, que possui uma variação de 20 a 30% frente à ocorrência dessas comorbidades (EDEH & TOONE, 1987).

Um outro estudo avaliou a ocorrência dos transtornos psiquiátricos em diferentes grupos, sendo um grupo com ELT, outro com epilepsia mioclônica juvenil, um grupo de pacientes com diabetes e um grupo controle. O grupo de pacientes com ELT apresentou uma maior incidência de comorbidades psiquiátricas (80%) em comparação aos pacientes com epilepsia mioclônica juvenil (22%) e com diabetes (10%). Esses dados sugerem que as comorbidades psiquiátricas na epilepsia não são apenas uma resposta de ajustamento frente a uma doença crônica, mas um reflexo de uma possível disfunção das estruturas límbicas (PERINI et al., 1996).

De acordo com a literatura, essas comorbidades psiquiátricas parecem se correlacionar com a gravidade e cronicidade da epilepsia, se apresentando com maior prevalência em grupos de pacientes refratários ao tratamento clínico e em centros de atendimento terciário, quando comparados a centros de atendimento primário e à comunidade geral (GAITATZIS ET AL., 2004).

Observamos que dos 34 pacientes com indicativos de transtornos psiquiátricos, 27 deles eram refratários ao tratamento clínico, corroborando com os dados da literatura que enfatizam essa associação (GAITATZIS ET AL., 2004).

O presente trabalho foi realizado em um centro terciário e 67 (62,42%) pacientes eram refratários ao tratamento clínico da epilepsia. Como observado, a nossa amostra foi heterogênea em relação à refratariedade, podendo justificar o percentual de 32,7% em relação a presença de indicativos diagnósticos de transtornos psiquiátricos nos pacientes avaliados. Em uma amostra mais homogênea composta apenas por pacientes refratários, possivelmente esse percentual seria mais elevado.

No grupo de pacientes com transtornos psiquiátricos foram observados maiores escores no BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado, confirmando os indicativos diagnósticos obtidos com a SCID-I. Essa associação pode confirmar um diagnóstico mais seguro e intuitivo, visto que em um contexto psiquiátrico como o das comorbidades psiquiátricas na epilepsia, maiores escores no BDI refletem a presença de sintomas depressivos mais intensos, assim como no IDATE-Traço e IDATE-Estado são associados à escores elevados a presença de sintomas ansiosos.

Além disso, esse mesmo grupo de pacientes com epilepsia e comorbidades psiquiátricas apresentou maior frequência mensal de crises e refratariedade em comparação ao grupo sem transtornos psiquiátricos aparentes. Esses achados não foram observados em um trabalho do nosso grupo de estudo (GONÇALVES & CENDES, 2011), devido possivelmente ao tamanho da amostra nesse estudo.

Estudos mostram que os transtornos de humor e de ansiedade podem influenciar a frequência de crises (STEFANELLO et al., 2011). Uma maior frequência de crises está associada a uma maior predisposição para a ocorrência de transtornos psiquiátricos, como encontrado em nossos resultados, mas parece não estar associada à gravidade dos sintomas depressivos, visto que pesquisas apontam a continuidade desses episódios depressivos em pacientes livres de crises por mais de seis meses (KANDRATAVICIUS et al., 2007).

Em nossa pesquisa foram utilizados instrumentos psicométricos para a obtenção de indicativos diagnósticos e da intensidade dos sintomas referentes aos transtornos psiquiátricos nos pacientes com ELTM. Aceitamos a concepção de que esses testes podem ser influenciados pelo viés decorrente das características individuais do avaliador e das pessoas avaliadas. Houve a preocupação de que a avaliação não fosse discriminatória, levando em consideração as faces multifatoriais do comportamento humano em toda a sua diversidade, tendo como objetivo o foco no auxílio do desenvolvimento humano (NORONHA et al., 2002).

A avaliação psicológica pode ser entendida como uma ferramenta na tomada de decisões em relação ao um possível diagnóstico. Está baseada no método científico e compreende, por meio de um compromisso ético e humanitário, os seus benefícios e limitações. Não possui como objetivo a prática de rotular, mas sim descrever, com a utilização de técnicas, a compreensão de aspectos pontuais da vida das pessoas avaliadas (CAPITÃO et al., 2005).

Os instrumentos de rastreamento dos transtornos psiquiátricos têm sido utilizados na epilepsia. Porém, frente a alguns fatores como a grande quantidade de pacientes atendidos nos centros especializados, a limitação da duração da consulta, o foco na frequência das crises epiléticas, entre outras situações, é que possivelmente o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos na epilepsia tem sido frequentemente negligenciado. As queixas somáticas e cognitivas, que podem estar relacionadas a essa condição neurológica, dificultam o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos, como a depressão, na epilepsia (OLIVEIRA et al. 2011).

Dos 34 pacientes com indicativos de transtornos psiquiátricos, 16 (47,06%) não possuíam nenhum diagnóstico psiquiátrico anterior, não recebendo tratamento adequado frente a essas comorbidades.

Em um trabalho recente do nosso grupo que teve como objetivo investigar os tipos e a frequência dos transtornos de humor em pacientes com ELT, dos 17 pacientes que apresentaram indicativos de transtornos de humor, 12 (70,6%) não possuíam um

diagnóstico prévio, sendo que apenas 5 (29,4%) das pessoas com epilepsia avaliadas utilizavam antidepressivos antes da participação nesse estudo (GONÇALVES & CENDES, 2011).

Esses dados confirmam que os transtornos psiquiátricos, apesar de sua prevalência, ainda são subdiagnosticados nas pessoas com epilepsia. Um estudo brasileiro demonstrou que em alguns casos essa lacuna se apresenta também no tratamento da epilepsia, visto os cuidados inadequados que alguns pacientes estavam recebendo e a não familiarização dos médicos com essa condição neurológica (OLIVEIRA et al., 2009).

Não é esperado que os neurologistas gerenciem os transtornos psiquiátricos nos pacientes com epilepsia, mas eles devem ser capazes de identificar esses transtornos, principalmente quando há o risco de suicídio. Diversos instrumentos de avaliação e rastreamento dos transtornos psiquiátricos estão disponíveis e têm se mostrado bastante úteis (KANNER, 2009). O inventário de depressão em transtornos neurológicos para a epilepsia (IDTN-E), instrumento não utilizado no presente estudo, mas que estará presente em nossos trabalhos futuros, tem sido citado na literatura como uma opção interessante no rastreamento da depressão, especificamente na epilepsia (OLIVEIRA et al., 2011). É constituído por seis itens e sua aplicação tem duração estimada de três minutos (KANNER, 2009). O IDTN-E foi traduzido e validado para a população brasileira (OLIVEIRA et al., 2011). Não há até o momento nenhum instrumento de rastreamento para os transtornos de ansiedade que seja específico para a epilepsia (KANNER, 2009).

Todos os pacientes avaliados em nosso estudo e que apresentaram indicativos de transtornos psiquiátricos foram encaminhados para avaliação e acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico em suas respectivas cidades, visando um tratamento adequado dessas comorbidades.

A taxa de suicídio em pacientes com epilepsia é cinco vezes maior em comparação a população geral. Esse fator de risco aumenta em pacientes com ELT chegando a ser 25 vezes maior (KALININ & POLYANSKIY, 2005; OLIVEIRA et al., 2009). O termo ideação suicida engloba também o comportamento suicida e o suicídio consumado. Estudos

mostram que é frequente a tentativa de suicídio nas pessoas com epilepsia (KANNER, 2009).

Em um estudo dinamarquês, o risco de ideação suicida foi 14 vezes maior na presença de comorbidades psiquiátricas, sendo 32 vezes maior para os transtornos de humor e 12 vezes para os transtornos de ansiedade na epilepsia. Esses dados sugerem que os transtornos psiquiátricos que ocorrem em comorbidade com a epilepsia são fatores de risco para a ideação suicida. Esse estudo cita também que o risco de suicídio diminui quanto maior for a duração da epilepsia e apontou um maior risco em relação ao gênero feminino, apesar da literatura vincular essa vulnerabilidade ao gênero masculino (CHRISTENSEN et al., 2007).

Observamos a ideação suicida em 23 (22,15%) pacientes, sendo que destes, 18 (17,31%) se enquadravam no grupo de pacientes com transtornos psiquiátricos constituído por 34 pacientes. Ou seja, 52,94% dos pacientes com transtornos psiquiátricos apresentaram ideação suicida.

De acordo com os dados da literatura em relação a ideação suicida (STEFANELLO et al., 2011), nosso estudo apresentou uma maior concentração de pacientes com ideação suicida no grupo de pacientes com transtornos psiquiátricos em comparação ao grupo de pessoas com epilepsia sem transtornos psiquiátricos.

Maiores escores no BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado foram observados nos pacientes com ideação suicida. O risco de suicídio pode ser elevado pela co-ocorrência dos transtornos de humor e de ansiedade na epilepsia (KANNER, 2008; OLIVEIRA et al., 2009).

Do total de pacientes com epilepsia e transtornos psiquiátricos, observamos que 26 (25%) apresentaram indicativos de transtornos de humor (GTH) e 8 (7,70%) indicativos de transtornos de humor associados a transtornos de ansiedade (GTHA). Vários estudos na literatura corroboram com nossos achados em relação à co-ocorrência dos transtornos de humor e de ansiedade (KANNER et al., 2004; KANNER et al., 2009; KANNER, 2011).

Em um estudo com 199 pacientes de diferentes centros de epilepsia foi observado que 73% dos pacientes com histórico de transtornos de humor, como a depressão, preenchem também os critérios, de acordo com o DSM-IV, para os transtornos de ansiedade (KANNER et al., 2004).

Para uma avaliação psiquiátrica mais completa recomenda-se que a investigação de transtornos de humor contemple os sintomas associados de ansiedade e vice-versa (KANNER, 2009). Os transtornos de humor e de ansiedade são condições psiquiátricas específicas, mas que muitas vezes se apresentam sobrepostas na prática clínica (OLIVEIRA et al., 2009). Essa co-ocorrência também se apresenta frequentemente em pessoas que não apresentam epilepsia (KANNER, 2009). Essa sobreposição de comorbidades foi observada no trabalho de Gonçalves & Cendes (2011), sendo que dois pacientes atendiam aos critérios diagnósticos para os transtornos de humor e de ansiedade.

Em um indivíduo podem ocorrer simultaneamente diferentes transtornos de ansiedade (KANNER, 2011). Observamos essa peculiaridade em um paciente (0,96%) que apresentou TOC e agorafobia sem histórico de TP, além do transtorno de humor.

Em um estudo recente realizado com 188 pacientes em cinco centros de epilepsia nos Estados Unidos, 49 pacientes apresentaram transtornos de ansiedade como agorafobia, TAG e fobia social. Desses 49 pacientes, 27 (55%) apresentaram dois ou mais transtornos de ansiedade e 28 pacientes (57%) sofriam também com um transtorno depressivo (KANNER et al., 2009; KANNER, 2011).

Para a avaliação dos sintomas de ansiedade utilizamos o IDATE-Traço e IDATE-Estado. Observamos uma correlação positiva entre o BDI e o IDATE-Traço e IDATE-Estado. Um trabalho realizado por Endler e colaboradores (1992) que avaliou 605 estudantes universitários através de escalas de ansiedade e depressão, encontrou uma correlação variando de 0,35 a 0,70 entre ansiedade e depressão com a utilização do BDI e do IDATE.

As escalas de avaliação dos transtornos de ansiedade tentam abranger aspectos como os sentimentos de insegurança, sensações de medo, sentimentos de antecipação,

pensamentos catastróficos e de incompetência pessoal, entre outros. Apesar dessa tentativa, a grande maioria das escalas enfatiza apenas um desses aspectos. Essas dificuldades metodológicas de mensuração dos sintomas de ansiedade na presença dos transtornos de humor podem ser influenciadas pelas limitações psicométricas das escalas utilizadas (ANDRADE & GORENSTEIN, 1998).

A superposição dos sintomas de ansiedade com os depressivos é uma das dificuldades encontradas nas avaliações de sintomas ansiosos, sugerindo que ambos os constructos sejam participantes de um processo de estresse psicológico geral. (ANDRADE & GORENSTEIN, 1998)

O “modelo de três partes” proposto por Watson e Clark (1984) procura explicar a sobreposição das escalas que visam quantificar ansiedade e depressão. Eles propõem o conceito de afeto negativo e afeto positivo. O afeto negativo representa o quanto o indivíduo se sente desconfortável, constrangido e insatisfeito ao invés de sentir-se bem e o afeto positivo representa o entusiasmo, prazer pela vida e energia. Esse modelo é utilizado para sugerir a inclusão do diagnóstico de transtorno misto depressivo-ansioso (ANDRADE & GORENSTEIN, 1998).

Há uma comissão no DSM-V visando criar uma nova categoria de diagnóstico que represente de uma forma mais adequada essa co-ocorrência dos sintomas depressivos e de ansiedade (KANNER, 2011).

Para Watson e Clark (1984), a ansiedade se diferencia da depressão pela ocorrência de sintomas de hiperestimulação autonômica. A ausência de afeto positivo ou a presença de anedonia pode diferenciar a depressão da ansiedade. Dessa forma, o afeto negativo, presente na depressão e na ansiedade, poderia explicar a alta correlação entre as escalas de depressão e de ansiedade.

Em relação à utilização do IDATE, tivemos algumas dificuldades em conseguir o manual original, visto que a editora responsável no Brasil não mais publica o mesmo. Outro aspecto relevante, é que o IDATE não possui o parecer do Conselho Regional de Psicologia para a utilização em amostras clínicas, sendo o seu foco apenas voltado para pesquisas no

meio acadêmico. Frente a essas observações e aprendizados, utilizaremos nos trabalhos futuros outros testes para mensurar a ansiedade.

Considerando os subgrupos GTH e GTHA, os pacientes do GTHA apresentaram maior frequência mensal de crises epiléticas. Dados da literatura sugerem que as diferentes manifestações das comorbidades psiquiátricas na epilepsia parecem ser influenciadas por diversos fatores como frequência das crises, idade de início da epilepsia, etiologia, efeitos das DAEs e suporte psicossocial (OLIVEIRA et al., 2009). Em nossos resultados, uma maior frequência mensal de crises foi correlacionada à co-ocorrência dos transtornos de humor e de ansiedade.

Estudos mostram que a remissão dos sintomas de ambos os transtornos é prejudicada quando há essa sobreposição de comorbidades. Dessa forma, podemos entender que os transtornos de humor e de ansiedade compartilham os mesmos mecanismos patogênicos entre si e em relação a epilepsia (KANNER, 2009; BRAGATTI et al., 2011), facilitando o seu desenvolvimento na presença dessa condição neurológica (KANNER, 2008).

A literatura enfatiza que pacientes com ELT estão mais propensos aos transtornos psiquiátricos em comparação a outras epilepsias extra temporais. Essa predisposição também é mais acentuada em comparação a pessoas sem epilepsia (OLIVEIRA, et al., 2007). Essa concepção apesar de controversa, é justificada pelo papel do sistema límbico, responsável pela regulação do comportamento e das emoções (OLIVEIRA et al., 2009) que se apresenta com funções alteradas na epilepsia, sugerindo uma relação bidirecional entre os transtornos psiquiátricos e a epilepsia (KANNER, 2004; KANNER, 2009).

Essa relação bidirecional pode ser encontrada entre os transtornos de humor e de ansiedade e a epilepsia (KANNER, 2009). Dentre os mecanismos patogênicos compartilhados por essas comorbidades podemos citar alterações nos sistemas de neurotransmissão, com anormalidades nos níveis de serotonina, noradrenalina, glutamato, dopamina e ácido gama-amino butírico (KANNER, 2005; KANNER, 2007; KANNER, 2008). Estudos identificaram, através da utilização de técnicas de neuroimagem funcional,

uma densidade menor nos receptores de serotonina na depressão maior e na epilepsia (KANNER, 2007). Pesquisas identificaram déficits na afinidade ou menor densidade dos receptores pós sinápticos 5HT1A nas estruturas cerebrais como amígdala e hipocampo em pacientes com depressão não tratada (CHARNEY et al., 1998).

Essas alterações se somam à presença de atrofia nos lobos frontais e temporais, observadas em pacientes com epilepsia e transtornos psiquiátricos. Outras anormalidades, observadas através de imagens de ressonância magnética de alta resolução e mensuradas com a utilização de técnicas de volumetria, são encontradas em diversas estruturas cerebrais, como no hipocampo, amígdala, córtex entorrinal, neo-córtex temporal lateral e pré-frontal orbito frontal e mesial frontal. São encontradas alterações, mas em menor grau, nos núcleos talâmicos e gânglios basais (KANNER, 2008).

As reduções volumétricas no hipocampo, amígdala, giro para-hipocampal e córtex entorrinal, observadas em pacientes com ELTM e transtornos de humor e de ansiedade, podem ser decorrentes da esclerose mesial temporal, constituída de astrocitose e perda neural. Nas áreas CA1 e CA4, subículo e giro denteado, localizadas no hipocampo, são encontradas as perdas neurais mais significativas. Estudos apontam também uma relação diretamente proporcional em relação ao volume da amígdala, principalmente no hemisfério direito, e o nível de ansiedade, corroborando com a concepção de compartilhamento dos mecanismos patogênicos entre essas comorbidades (KANNER, 2005).

Não observamos associação em nosso trabalho entre a atrofia hipocampal e os transtornos psiquiátricos, relação essa descrita em outros trabalhos científicos. Estudos sugerem uma relação significativa entre a frequência da ocorrência de depressão em pacientes com epilepsia do lobo temporal com atrofia hipocampal esquerda, porém essa observação ainda é motivo de discussão entre os pesquisadores (OLIVERIA et. al., 2007; TEDRUS et. al., 2009).

Em um estudo do nosso grupo de pesquisas com 48 pacientes com ELTM, e que teve como objetivo a caracterização das áreas de redução do volume de massa cinzenta em pacientes com ELTM e depressão, foram observados sintomas mais graves de depressão

nos pacientes com ELTM com atrofia hipocampal esquerda, apontando para uma possível relação entre o volume do hipocampo e a gravidade dos sintomas depressivos (SALGADO et al., 2010).

Altas concentrações de glicocorticóides e a diminuição da quantidade de fatores neurotróficos podem ser dois dos responsáveis pela atrofia hipocampal na depressão. Considerando essas informações, e de acordo com a literatura, a prevenção da atrofia hipocampal em pacientes com sintomas depressivos pode ser alcançado com a utilização de drogas antidepressivas, que reduzem os níveis de glicocorticóides e aumentam a expressão dos fatores neurotróficos, como o BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*) (KANNER, 2005; OLIVEIRA et al., 2009).

De acordo com a literatura, a utilização de DAEs pode interferir no humor, da mesma forma que a utilização de medicações antidepressivas pode alterar o limiar convulsivo. Algumas DAEs também são utilizadas no tratamento de transtornos de humor. Medicamentos como a carbamazepina, o valproato de sódio, a oxcarbamazepina e a lamotrigina estão associadas a esse tratamento, agindo como moduladores nesses transtornos. Entretanto, DAES como o fenobarbital e a vigabatrina estão associadas à piora do humor (OLIVEIRA et al., 2007). Em nosso estudo não encontramos uma relação estatisticamente significativa em relação ao número de DAEs, concordando com o estudo de Tedrus e colaboradores (2009), e a utilização dos diferentes tipos DAES em relação a presença de transtornos psiquiátricos.

Não obtivemos uma relação estatisticamente significativa entre o EEG e o tipo de crise em relação aos transtornos psiquiátricos. Também não observamos associações entre data de início e duração da epilepsia, corroborando com o trabalho de Tedrus e colaboradores (2009).

Não foram observadas associações em relação à lateralidade de destreza manual e ao histórico familiar de epilepsia. Como definição de lateralidade entendemos de acordo com Fonseca (1989) a conscientização simbolicamente interiorizada e integrada dos lados do corpo, sendo o lado esquerdo e o lado direito, possibilitando a noção de linha média do

corpo. Dessa forma, pressupondo a relação de orientação frente a objetos, imagens e símbolos. A lateralidade reflete uma organização funcional do sistema nervoso central, participando no processo de maturação psicomotora dos indivíduos.

Não encontramos relação entre os transtornos psiquiátricos e a idade dos pacientes. Porém, dados da literatura apontam que há um declínio da prevalência de transtornos de humor em mulheres, com e sem epilepsia, com o aumento da idade e que a ocorrência de transtornos psiquiátricos se mantém estável nos homens (GOMES, 2008). Entretanto, outros estudos apontam que homens com epilepsia e de mais idade apresentam menos transtornos psiquiátricos do que as mulheres com epilepsia nessa mesma faixa etária (TEDRUS et al., 2009).

Não encontramos diferenças significativas quando comparamos os grupos com e sem comorbidades considerando a atividade profissional. Porém, ao correlacionarmos os escores do BDI com essa variável, observamos uma associação positiva. Maiores escores do BDI ocorreram nos pacientes que não possuíam uma atividade profissional. Consideramos como atividade profissional, toda e qualquer forma de trabalho remunerado prestado a terceiros. A investigação sobre essa variável foi realizada com a coleta dos dados gerais dos pacientes, presente no campo inicial da SCID-I.

Algumas pesquisas apontam uma relação significativa entre a situação profissional e o aparecimento de transtornos depressivos, focando a falta de uma atividade profissional como fator de desconforto frente a uma condição financeira que não atenda as necessidades básicas dos pacientes. A falta de uma atividade profissional poder estar associada a dificuldade de obtenção da mesma, vivenciada por pacientes com epilepsia, frente a estigmas e preconceitos (REISINGER & DILORIO, 2009).

É imputada uma incapacidade às pessoas com epilepsia, limitando suas aspirações de vida e aumentando sua autodepreciação. Na sociedade moderna o trabalho ocupa um papel central nas relações sociais. Em uma condição como a epilepsia, percebida culturalmente como desfavorável ao ajustamento social, a dificuldade de acesso ao mercado

de trabalho pode desencadear o surgimento de patologias psicossociais (SARMENTO & MINAYO-GOMEZ, 2000).

De acordo com a literatura, essa associação entre a dificuldade financeira e a falta de atividade profissional resulta em uma maior ocorrência de transtornos depressivos em pacientes com epilepsia (REISINGER & DILORIO, 2009).

Não observamos diferenças significativas considerando o nível educacional nos grupos com e sem comorbidades, indo de encontro ao trabalho de Tedrus e colaboradores (2009). Em relação ao nível educacional, alguns autores justificam que um menor nível educacional interfere na forma como os pacientes lidam com os transtornos de humor e de ansiedade. Essas informações sugerem que pacientes com um menor nível educacional estão mais suscetíveis a vivência dos transtornos psiquiátricos do que os pacientes com maior grau de escolaridade (STEFANELLO et al., 2011).

Estudos na literatura sugerem que a depressão ocorra com maior frequência em pacientes viúvos e separados ou divorciados (TEDRUS et al., 2009). Essa associação não foi observada no presente trabalho.

Observamos uma tendência em relação à maior ocorrência de transtornos psiquiátricos no gênero feminino, considerando a observação de maiores escores do BDI nesse gênero em comparação ao gênero masculino. Essa prevalência é observada na população geral (TENG et al., 2005; TEDRUS et al., 2009), porém estudos sugerem que na epilepsia essa maior predisposição ocorra no gênero masculino (OLIVEIRA et. al., 2007, TEDRUS et al., 2009). De acordo com os dados da literatura, a influência dos transtornos psiquiátricos pode se apresentar com maior intensidade na QV dos homens devido aos papéis sociais atribuídos socialmente aos diferentes gêneros. Nessa concepção histórico-social espera-se dos homens, dentre outros aspectos, o suporte emocional e financeiro. Essa responsabilidade, atribuída culturalmente, pode se tornar inalcançável devido às consequências sociais da epilepsia. (YUE et al., 2011).

Essa concepção dos papéis sociais vinculados aos gêneros pode ser questionada, visto as conquistas e novas concepções pertinentes às mulheres. A justificativa da divisão

de responsabilidades, até então com características específicas inerentes aos gêneros, vem passando por transformações, visto o processo de escolarização, e principalmente, profissionalização da mulher, crescente nas últimas décadas (BIASOLI-ALVES, 2000).

Os transtornos de humor e de ansiedade podem influenciar negativamente a QV, sugerindo uma interferência na resposta em relação a utilização das DAEs e no tratamento cirúrgico. A depressão parecer ser o preditor negativo mais significativo na QV. Em alguns estudos citados na literatura a co-ocorrência dos transtornos de humor e de ansiedade na epilepsia foi relacionada a pior pontuação na avaliação da QV nos pacientes participantes em comparação a ocorrência desses transtornos isolados (KANNER, 2009).

As consequências sociais e emocionais da condição de apresentar epilepsia podem alterar o bem-estar do indivíduo e seu ajustamento psicológico. Dessa forma, perceber e conhecer os fatores psicossociais da epilepsia se apresenta com grande relevância para o tratamento clínico, visando à redução da frequência das crises epiléticas e possivelmente uma melhor QV (SALGADO, 2003; SOUZA & SALGADO, 2006; OLIVEIRA et al, 2007; SALGADO, 2007).

Uma justificativa psicológica para a psicopatologia na epilepsia pode ser vislumbrada na teoria do desamparo aprendido, proposta por Seligman (1977). Esse conceito se refere à falta de amparo externo, em uma situação real, e ao desamparo subjetivo, falta de recursos internos, sendo esse estado psicológico o resultado decorrente das situações incontroláveis (SALGADO, 2007).

As crises epiléticas se apresentam como incontroláveis e imprevisíveis. Eventos incontroláveis influenciam a motivação. Essa interferência distorce a percepção do controle das situações, mesmo quando a resposta, comportamento do indivíduo, teve êxito. O fato de o paciente não ter controle sobre as crises epiléticas pontua a aprendizagem de que a resposta não controla a consequência, que pode ser traumática, gerando ansiedade e depressão (SALGADO, 2007). Essa imprevisibilidade limita as atividades do dia a dia, podendo estabelecer um quadro de rejeição social, estigma e baixa auto estima (OLIVEIRA et al. 2009).

Dessa forma aprende-se que a resposta não tem relação com o reforço ou o evento. Surge a crença de que o esforço sobre as diversas situações do cotidiano se torna inútil, propiciando um contexto para o surgimento de transtornos mentais (HUNZIKER, 2003; SALGADO, 2007).

O sentimento de insatisfação decorrente da condição neurológica, que é a epilepsia, e suas consequências, é generalizado para outros aspectos da QV. A vivência do não controle das crises se apropria da percepção do não controle dos diversos campos da vida das pessoas com epilepsia, elevando a ansiedade nesses pacientes (SALGADO, 2007).

Essa percepção distorcida se apresenta na formulação da identidade do paciente, que introjeta o ser "epiléptico", com toda a sua carga de valores, crenças (FERNANDES & LI, 2006) e preconceitos à sua identidade, sendo aquele não tem controle da sua vida, que é anormal e que se encontra marginalizado em um contexto social (SALGADO, 2007). Uma redefinição de identidade é imposta pela condição de apresentar epilepsia, o que afeta a auto estima e influencia a QV (FERNANDES & LI, 2006).

Sendo assim, nos pacientes com epilepsia e depressão, haveria o aprendizado da incapacidade da utilização de ferramentas internas que trariam satisfação, aliviariam o sofrimento e que proveriam sustento. Nos pacientes com epilepsia e ansiedade, haveria a falta de um porto seguro e momentos de descontração, visto a insegurança devido a percepção da ocorrência de uma crise epilética a qualquer momento, gerando um medo crônico frente a um estímulo ameaçador, mas imprevisível (SALGADO, 2007).

As percepções sociais, como o estigma introjetado, passam a fazer parte da vida das pessoas com epilepsia, que não se sentindo capazes de enfrentar essa situação, acabam se isolando, vivenciando a vergonha e a insegurança. Os rótulos sociais, como o "epiléptico", distorcem a real identidade dos pacientes com epilepsia, aumentando o impacto psicossocial e as dificuldades emocionais (FERNANDES & LI, 2006).

Investigar a frequência dos transtornos psiquiátricos na ELTM se apresenta como uma tarefa complexa, visto a influência multifatorial como os efeitos das DAEs, a gravidade das crises e suporte psicossocial. Um melhor controle das comorbidades

psiquiátricas, que influenciam as crises epiléticas e vice versa, pode ser alcançado através de intervenções efetivas e precoces, minimizando possivelmente os impactos negativos da epilepsia na vida desses pacientes, que ainda precisam enfrentar o estigma que envolve a ELT (OLIVEIRA et al., 2009).

Como perspectivas de trabalho, iremos avaliar em trabalhos futuros a ocorrência de transtornos psiquiátricos nos diferentes tipos de epilepsia, investigando também às suas variáveis clínicas, demográficas e psicossociais. Verificaremos uma possível relação entre a ocorrência dessas comorbidades psiquiátricas à presença de uma resposta inflamatória e de alterações morfológicas cerebrais. Utilizaremos outros instrumentos psicométricos de rastreamento como o IDTN-E e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (CUNHA, 2001).

6 - CONCLUSÕES

Os transtornos psiquiátricos encontrados com maior frequência nos pacientes com ELTM, avaliados no presente trabalho, foram os transtornos de humor e de ansiedade.

A ocorrência de transtornos psiquiátricos foi maior em pacientes do gênero feminino, que apresentaram também maiores escores no BDI em comparação ao gênero masculino.

Os pacientes refratários ao tratamento clínico da epilepsia apresentaram maiores escores no BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado.

O grupo de pacientes com comorbidades psiquiátricas se mostrou mais refratário ao tratamento clínico da epilepsia, apresentando maior frequência mensal de crises epiléticas e maiores escores no BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado.

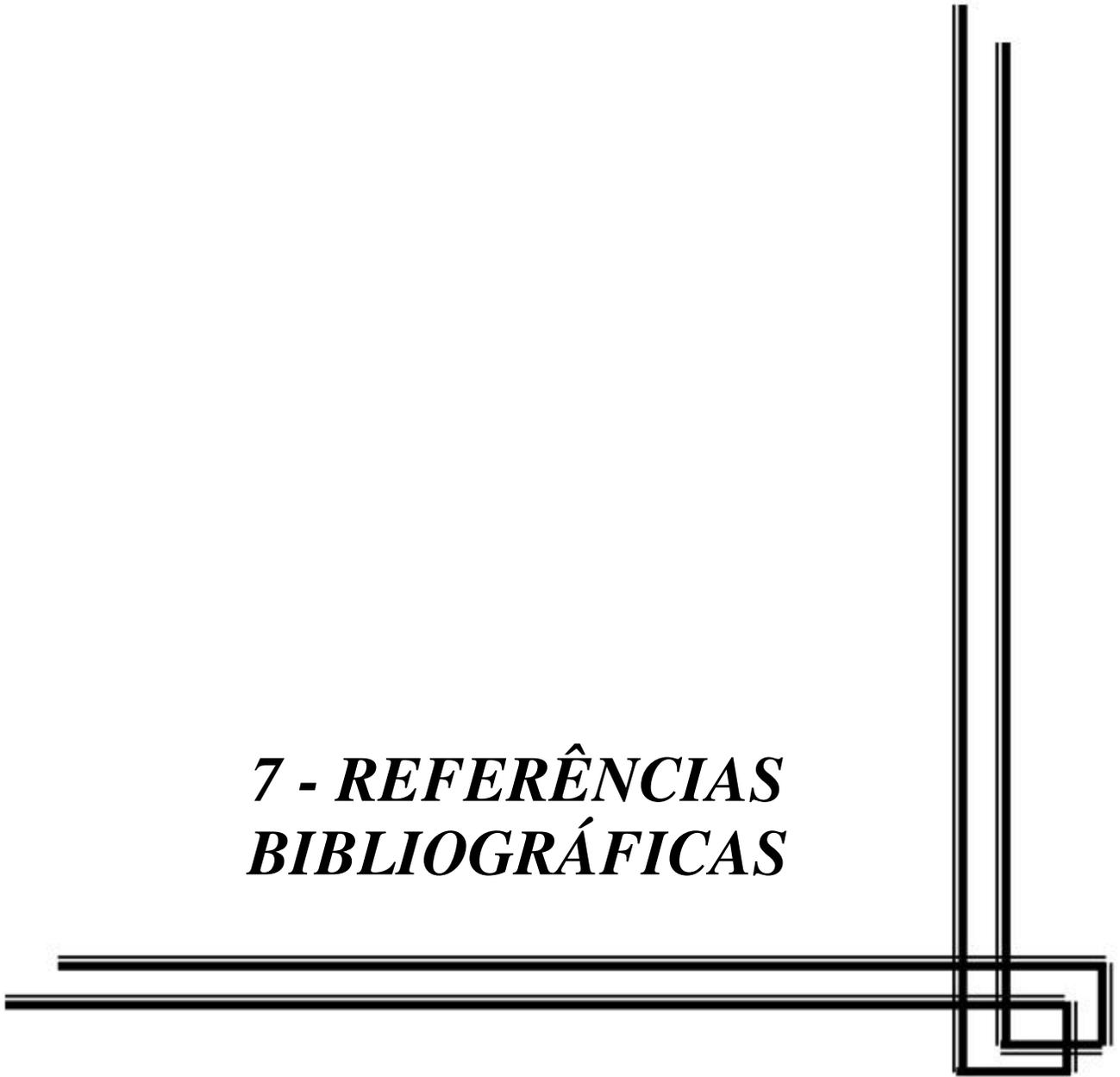
Uma maior frequência mensal de crises epiléticas foi observada no GTHA.

A presença de ideação suicida foi significativa no grupo de pacientes com transtornos psiquiátricos e correlacionada a maiores escores no BDI, IDATE-Traço e IDATE-Estado.

Maiores escores no BDI foram correlacionados aos pacientes que não possuíam uma atividade profissional.

Os transtornos de humor e de ansiedade ainda são frequentemente subdiagnosticados na ELTM.

***7 - REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***



- ANDRADE LHS, GORENSTEIN C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev de Psiq Clin** 1998.
- ANDRADE-VALENÇA LPA, VALENÇA MM, VELASCO TR, LEITE JP. Epilepsia do lobo temporal mesial associada à esclerose hipocampal. **J Epilepsy Clin Neurophysiol** 2006; 12(1): 31-36.
- ARAÚJO FILHO GG, ROSA VP, YACUBIAN EM. Transtornos Psiquiátricos na Epilepsia: uma proposta de classificação elaborada pela comissão de neuropsiquiatria da ILAE. **J Epilepsy Clin Neurophysiol** 2008; 14(3):119-123.
- BARRY JJ, ETTINGER AB, FRIEL P, GILLIAM FG, HARDEN CL, HERMANN B, KANNER AM, CAPLAN R, PLIOPLYS S, SALPEKAR J, DUNN D, AUSTIN J, JONES J. Consensus statement: the evaluation and treatment of people with epilepsy and affective disorders. **Epilepsy Behav** 2008; 13s 1:S1-29, 2008.
- BIAGGIO AMB. Ansiedade, raiva e depressão na concepção de CD Spielberger. **Revista de Psiquiatria Clínica** 1999; v. 25. nº 6.
- BIAGGIO AMB, NATALICIO L. **Manual para o inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro, Centro de Psicologia Aplicada, 1979.
- BIAGGIO AMB, NATALICIO L, SPIELBERGER CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço e Estado. **Arq Bras Psicol** 1977; 29: 31-44.
- BIASOLI-ALVES ZMM. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. **Psic Teor e Pesq** 2000; v.16 n.3.
- BORGES MA, MIN LL, GUERREIRO CAM, YACUBIAN EMT, CORDEIRO JA, TOGNOLA WA, BORGES APP, ZANETTA DMT. Urban prevalence of epilepsy: Populational study in São José do Rio Preto, a mediyum-sized city in Brazil. **Arq Neuropsiquiatr** 2004; 62(2-A): 199-205.

BRAGATTI JA, TORRES CM, LONDERO RG, MARTIN KC, SOUZA ACS, HIDALGO MPL, CHAVES MLF, BIANCHIN MM. Prevalence of psychiatric comorbidities in temporal lobe epilepsy in a Southern Brazilian population. **Arq Neuro-Psiquiatr** 2011; v.69 n°.2, São Paulo.

CALVANO LA, ARAÚJO DCL, MENDONÇA RLB, XAVIER RC, SILVA FO, FILHO EMT. Epidemiology of Epilepsies in the City of Maceió - Alagoas. **Neurobiologia** 2010; 73(1): 55-60.

CAPITÃO GG, SCORTEGAGNA SA, BAPTISTA MN. A importância da avaliação psicológica na saúde. **Aval Psicol** 2005; v.4 n.1.

CENDES F, BASTOS AC. Neuroimagem. In: GUERREIRO AM, GUERREIRO MM, CENDES F, LOPES-CENDES I. **Epilepsia**. São Paulo: Lemos Editorial; 1-10, 2000.

CHARNEY DS, BERMAN RM, MILLER HL. Treatment of depression. In: SchatzbergAF, NemeroffCB, eds. Textbook of Psychopharmacology, Second Edition. **American Psychiatric Association Press** 1998; 705–732.

CHRISTENSEN J, VESTERGAARD M, MORTENSEN P, SIDENIUS P, AGERBO E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. **Lancet Neurol** 2007; 6:693-698.

CONZ L, MORITA ME, COAN AC, KOBAYASHI E, YASUDA CL, PEREIRA AR, LOPES-CENDES I, CENDES F. Longitudinal MRI volumetric evaluation in patients with familial mesial temporal lobe epilepsy. **Frontiers in Neurology** 2011; 14; 2:5.

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. **Epilepsia** 1989; 30: 389-99.

CRAMER JA, BRANDENBURG N, XU X. Differentiating anxiety and depression symptoms in patients with partial epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 2005; 6: 563-569.

CUKIERT A. **Tratamento clínico e cirúrgico das epilepsias de difícil controle**. Lemos Editorial, São Paulo, 2002.

CUNHA JA. **Manual da versão em português das escalas de Beck**. Casa do Psicólogo; São Paulo, 2011.

DEL-BEN CM, VILELA JAA, CRIPPA JAS, HALLAK JEC, LABATE CM, ZUARDI AW. Confiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica traduzida para o português. **Rev Bras Psiquiatr** 2001; v.23 n°3, São Paulo.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

EDEH J, TOONE B. Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. Results of a survey in general practice. **Br J Psychiatry** 1987; 151:95-101.

ENDLER NS, COX BJ, PARKER JDA, BAGBY RM. Self-reports of depression and stait-Trait Anxiety: evidence for differential assessment. **Journal of Personality and Social Psychology** 1992; 63:832-838

ENGEL JJR. ILAE Commission Report. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: Report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. **Epilepsia** 2001; 42 (6): 796-803.

ESPIRIDIANO-ANTONIO V, MAJESKI-COLOMBO M, TOLEDO-MONTEVERDE D, MORAES-MARTINS G, FERNANDES JJ, ASSIS MD, SIQUEIRA-BATISTA R. Neurobiology of the emotions. **Rev psiquiatr clín** 2008; v.35 n°2. São Paulo.

FERNANDES PT. **Estigma na epilepsia** [Tese -Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

FERNANDES PT, LI LM. Percepção de estigma na epilepsia. **J Epilepsy Clin Neurophysiol** 2006; 12(4): 207-218.

FERREIRA MC. **Inventário de depressão Beck (BDI): Adaptação brasileira.** Bol CEPA; 25-32, 1995.

FONSECA V. **Psicomotricidade.** São Paulo: Martins Fontes: 69, 1988.

FREITAS-MAGALHÃES A, BATISTA J. Escala de percepção do medo: primeiro estudo de construção e validação na população brasileira. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde** 2009; 6: 428-438.

GAITATZIS A, TRIMBLE MR, SANDER JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. **Acta Neurol Scand** 2004; 110: 207-220.

GALUCCI NETO JG, MARCHETTI RL. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. **Rev Bras Psiquiatr** 2005; 27(4): 323-328.

GOMES MM. Aspectos epidemiológicos das comorbidades psiquiátricas em epilepsia. **J Epilepsy Clin Neurophysiol** 2008; 14(4): 162-170.

GONÇALVES EB, CENDES F. Depression in patients with refractory temporal lobe epilepsy. **Arq Neuropsiquiatr** 2011; 69(5): 775-777.

GORENSTEIN C, ANDRADE L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** 1996; 29:453-457.

GORENSTEIN C, ANDRADE L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev de Psiquiatria Clínica** 1998; 25: 245-250.

GUERREIRO CAM, GUERREIRO MM, CENDES F, LOPES-CENDES I. Considerações Gerais. In: GUERREIRO AM, GUERREIRO MM, CENDES F, LOPES-CENDES I. **Epilepsia.** São Paulo: Lemos Editorial; 1-10, 2000.

GUERREIRO CAM, GUERREIRO MM. O que é epilepsia. In: GUERREIRO CAM, GUERREIRO MM. **Epilepsia.** São Paulo: Editora de projetos médicos Ltda, 2004.

HIRTZ D, THURMAN DJ, GWINN-HARDY K, MOHAMED M, CHAUDHURI AR, ZALUTSKY R. How common are the “common” neurologic disorders? **Neurology** 2007; 68(5): 326-337.

HUNZIKER MHL. **Desamparo Aprendido**. [Tese –Livre docência]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

KAIPPER MB, CHACHAMOVICH E, HIDALGO MPL, TORRES ILS, CAUMO W. Evaluation of the structure of Brazilian State-Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. **Journal of Psychosomatic Research** 2010; 68: 223-233.

KAIRALLA ICJ, BRESSAN RA, MARI JJ. Epilepsia, depressão e transtornos de humor. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology** 2004; 10(4 suppl 2): 59-63.

KALININ VV, POLYANSKIY DA. Gender differences in risk factors of suicidal behavior in epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 2005; v.6, i.3:424-429.

KANDRATAVICIUS L, HALLAK JEC, LEITE JP. Psychosis and depression in temporal lobe epilepsy. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology** 2007; vol.13 n°4.

KANNER AM. Anxiety disorders in epilepsy: the forgotten psychiatric comorbidity. **Epilepsy Curr** 2011; 11(3):90-1.

KANNER AM, BYRNE R, CHICHARRO A, WUU J, FREY M. A lifetime psychiatric history predicts a worse seizure outcome following temporal lobectomy. **Neurology** 2009; 72(9):793-799.

KANNER AM. Current review in clinical science: depression in epilepsy: a neurobiologic perspective. **Epilepsy Curr** 2005; 5:21–27.

KANNER AM. Depression in epilepsy: a complex relation with unexpected consequences. **Curr Opin Neurol** 2008; 21(2):190-194.

KANNER AM. Depression in epilepsy: a neurobiologic perspective. **Epilepsy Curr** 2005; 5(1): 21-27.

KANNER AM. Depression in Epilepsy: Prevalence, Clinical Semiology, Pathogenic Mechanisms, and Treatment. **Biol Psychiatry** 2003; 54: 388-398.

KANNER AM. Do epilepsy and psychiatric disorders share common pathogenic mechanisms? A look at depression and epilepsy. **Clinical Neuroscience Research** 2004; 4, 31-37.

KANNER AM. Epilepsy and mood disorders. **Epilepsia** 2007; 48:20-22.

KANNER AM, WUU J, BARRY J, HERMANN B, MEADOR KJ, GILLIAM F. Atypical depressive episodes in epilepsy: a study of their clinical characteristics and impact on quality of life. **Neurology** 2004; 62:249

KANNER AM. Psychiatric issues in epilepsy: The complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 2009; 15, 83-87.

MACMASTER FP, KUSUMAKAR V. Hippocampal volume in early onset depression. **BMC Medicine** 2004; 2: 2.

MENDES MF, TILBERY CP, BALSIMELLI S, MOREIRA MA, BARÃO-CRUZ AM. Depressão na esclerose múltipla forma remitente-recorrente. **Arq Neuropsiquiatr** 2003, 61(3-A):591-595.

MOREIRA SRG. Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento. **Mental** 2004; 107-122.

NGUGI AK, KARIUKI SM, BOTTOMLEY C, KLEINSCHMIDT I, SANDER JW, NEWTON CR. Incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis. **Neurology** 2011; vol. 77 no. 10: 1005-1012.

NORONHA ALA, BORGES MA, MARQUES LHN, ZANETTA DMT, FERNANDES PT, BOER H, ESPÍNDOLA J, MIRANDA C, PRILIPKO L, SANDER JW, LI LM. Prevalence and pattern of epilepsy treatment in different social economic classes in Brazil. **Epilepsia** 2007; 48(5): 880-5.

NORONHA APP, ZIVIANI C, HUTZ CZ, BANDEIRA D, CUSTÓDIO EM, ALVES IB, ALCHIERI JC, BORGES LO, PASQUALI L, PRIMI R, DOMINGUES S. Em defesa da avaliação psicológica. **Aval. Psicol** 2002, v.1 n.2.

OLIVEIRA BLMB, PARREIRAS MS, DORETTO MC. Epilepsia e depressão: falta de diálogo entre a neurologia e a psiquiatria? **J Epilepsy Clin Neurophysiol** 2007; 13(3): 109-113.

OLIVEIRA GNM, ARAÚJO-FILHO GM, KUMMER A, SALGADO JV, PORTELA EJ, SOUSA-PEREIRA SR, TEIXEIRA AL. Inventário de depressão em transtornos neurológicos para a epilepsia (IDTN-E): Versão brasileira de um instrumento de rastreamento. **J Epilepsy Clin Neurophysiol** 2011; 17(2):49-53.

OLIVEIRA GNM, KUMMER A, SALGADO JV, MARCHETTI RL, TEIXEIRA AL. Transtornos neuropsiquiátricos da epilepsia do lobo temporal. **Rev Bras Neurol** 2009, 45(1):15-23.

OLIVEIRA GNM, KUMMER A, SALGADO JV, PORTELA EJ, SOUSA-PEREIRA SR, DAVID AS, TEIXEIRA AL. Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: an overview from a tertiary service in Brazil. **Seizure** 2010, 19, 479-484.

PAGLIOLI NETO E, CENDES F. Tratamento cirúrgico. In GUERREIRO CAM, GUERREIRO MM, CENDES F, LOPES-CENDES I. **Epilepsia**; pp. 379-393; São Paulo: Lemos, 2000.

PERINI GI, TOSIN C, CARRARO C, BERNASCONI G, CANEVINI MP, CANGER R, PELLEGRINI A, TESTA G. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. **J Neurol Neurosurg Psychiatric** 1996; 61(6):601-605.

REISINGER EL, DILORIO C. Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months. **Epilepsy & Behavior** 2009,15, 196-201.

REYNOLDS EH, KINNIER WILSON JV. Psychoses of epilepsy in Babylon: The oldest account of the disorder. **Epilepsia** 2008.

SALGADO PCB. **A relação entre a percepção de controle de crises e a qualidade de vida de adultos com epilepsia** [Dissertação - Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

SALGADO PCB. **Identificação e caracterização das variáveis bio-psico-sociais na epilepsia de lobo temporal** [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

SALGADO PCB, YASUDA CL, CENDES F. Neuroimaging changes in mesial temporal lobe epilepsy are magnified in the presence of depression. **Epilepsy & Behavior** 2010; 19, 422-427.

SARMENTO MRS, MINAYO-GOMEZ C. Epilepsy, epileptics and work: conflicting relations. **Cad Saúde Pública** 2000, v.16 n.1.

SCHEEPERS M, KERR M. Epilepsy and behaviour. **Curr Opin Neurol** 2003; 16(2), 183-187.

SELIGMAN MEP. **Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1977.

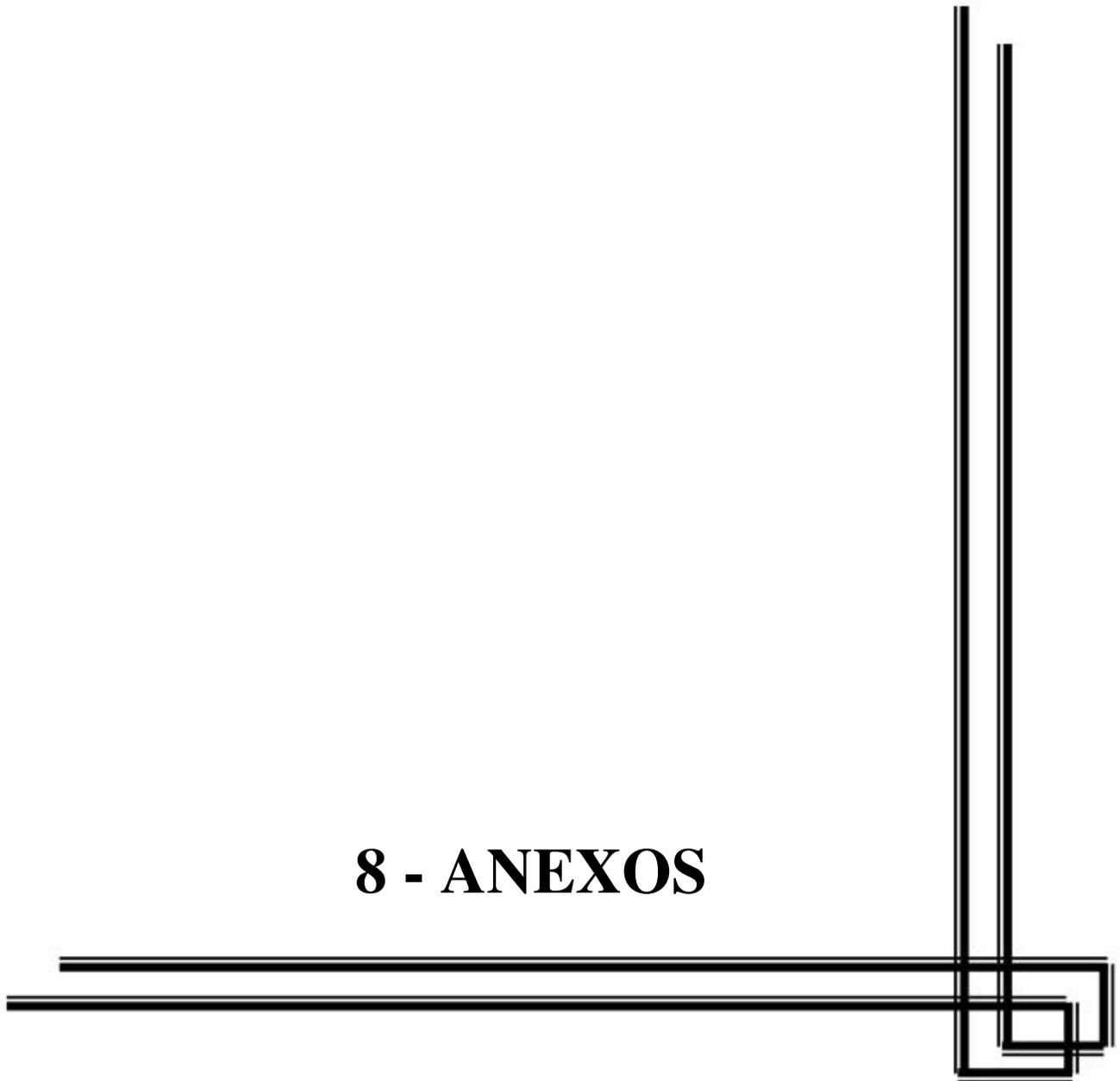
SILBERMAN CD, LAKS J, RODRIGUES CS, ENGELHARDT E. Uma revisão sobre depressão como fator de risco na doença de Parkinson e seu impacto na cognição. **Rev Psiquiatr** 2004, 26(1):52-60.

SILVA ABB. **Mentes com medo: da compreensão à superação**. São Paulo; Integrare Editora, 2006.

SOUZA EAP, SALGADO PCB. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. **Epilepsy Behav** 2006; 8(1): 232:238.

- SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. **Manual for state-trait anxiety inventory**. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA: 1970.
- SPITZER RL, WILLIAMS JBW, GIBBON M, FIRST MB. **Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)**. Biometric Research Department. New York State Psychiatric Institute, 1989.
- STEFANELLO S, MARÍN-LÉON L, FERNANDES PT, LI LM, BOTEGA NJ. Depression and anxiety in a community sample with epilepsy in Brasil. **Arq Neuro-Psiquiatr** 2011, vol.69 no.2b. São Paulo.
- TEDRUS GMAS, FONSECA LC, FONSECA ALA, CARVALHO RM, OLIVEIRA EM. Sociodemographic and clinical factors associated with depression in epilepsy. **Rev Cienc Med** 2009; 18(5/6):243-250.
- TEIXEIRA-JUNIOR AL, CARAMELLI P. Apatia na doença de Alzheimer. **Rev. Bras Psiquiatr** 2005;28(3):238-41.
- TENG CT, HUMES ED, DEMETRIO FN. Depression and medical comorbidity. **Revista de Psiquiatria Clínica** 2005; 32(3); 149-159.
- WATSON DD, CLARK LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. **Psychology Bulletin** 1984; 96: 465-490.
- YUE L, YU P, ZHAO D, WU D, ZHU G, WU X, HONG Z. Determinants of quality of life in people with epilepsy and their gender differences. **Epilepsy & Behavior** 2011.

8 - ANEXOS



ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Data: __/__/__

Eu, _____, HC _____, de livre vontade, declaro meu consentimento em participar da pesquisa “**DISTÚRBIOS AFETIVOS E DE ANSIEDADE NA EPILEPSIA DE LOBO TEMPORAL**”, que tem como objetivo avaliar os distúrbios afetivos e de ansiedade na epilepsia de lobo temporal medial.

Concordo em colaborar com esta pesquisa através da participação em entrevistas individuais e aplicação dos testes psicológicos.

Se desejar maiores esclarecimentos, poderei ligar para o pesquisador no telefone 3251-7754, do Ambulatório de Neurologia, e, em caso de reclamações ou denúncias, poderei ligar pra o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP no telefone 3251-8936.

Terei direito a esclarecimento de qualquer dúvida com relação à pesquisa, assim como da desistência da mesma, sem nenhum prejuízo ao meu atendimento, cuidado ou tratamento no Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Sei que é responsabilidade do pesquisador o sigilo das informações obtidas, garantindo minha privacidade nas conclusões e publicações da pesquisa.

Assinatura do entrevistado

Mateus Henrique Nogueira – Pesquisador

CRP – 06/98440

ANEXO 2

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR

Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR

NOTA: Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

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

- | | | | |
|--|---|-------|-----------|
| <p>A1 No mês passado...
...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)</p> <p>SE SIM: Quanto tempo isso durou? (Pelo menos 2 semanas?)</p> | <p>(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.</p> | ? - + | A1 |
| <p>A2 ...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?</p> <p>SE SIM: Isso era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)</p> | <p>(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)</p> | ? - + | A2 |

Se nem A1 ou A2 for codificado como "+" durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com "Você já teve..."
SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual desses períodos foi o pior?
 Se nem A1 ou A2 já foi codificado como "+", vá para A16, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

PARA AS SEGUINTES QUESTÕES,
FOCALIZE NO PIOR PERÍODO DE 2
SEMANAS:

Durante [PERÍODO DE 2 SEMANAS]...

- | | | | |
|--|---|-------|-----------|
| <p>A3 ...você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando emagrecer?)</p> <p>SE NÃO: Como estava o seu apetite? (E em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comia (mais/menos) que o seu normal? Isso ocorria quase todos os dias?)</p> | <p>(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.</p> | ? - + | A3 |
| <p>A4 ...como estava o seu sono? (Dificuldade em pegar no sono, despertar frequente,</p> | <p>(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias</p> | ? - + | A4 |

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais, OU dormir demais? Quantas horas por noite, comparado com o seu habitual? Isso ocorria quase todos os dias?)

- | | | | | |
|------------|--|--|-------|-----------|
| A5 | <p>...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)</p> | (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento) | ? - + | A5 |
| A6 | <p>...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)</p> | (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias | ? - + | A6 |
| A7 | <p>...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)</p> | (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente) | ? - + | A7 |
| A8 | <p>...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferiria? Quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?</p> | (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros) | ? - + | A8 |
| A9 | <p>...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?</p> <p>SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?</p> | (9) pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideiação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio | ? - + | A9 |
| A10 | PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO CODIFICADOS COMO "+" E PELO MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU A(2). | | ? - + | |

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

A10

Se A10 for codificado como "-" (isto é, menos que cinco são codificados como "+") pergunte o seguinte se não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se "sim", volte para A1, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se "não", vá para A16, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A11

SE NÃO ESTIVER CLARO: A depressão atrapalhou o seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com as outras pessoas?

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A11

Se A11 for codificado como "-" (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua vida?

Se "sim", volte para A1, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se "não", vá para A16, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A12

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

? - +

A12

Se houver alguma indicação de que a depressão possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como "-" ou "+".

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

Se A12 for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para A1, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para A16, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

- | | | | | |
|------------|---|--|-------|------------|
| A13 | SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo ter morrido? | E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor. | ? - + | A13 |
|------------|---|--|-------|------------|

Se A13 for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para A1, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para A16, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

- | | | | | |
|------------|--|---|-------|------------|
| A14 | SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês? | CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR) | ? - + | A14 |
| A15 | Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]? | Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou se desconhecido) | _____ | A15 |

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

EPISÓDIO MANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO
MANÍACO

NOTA: Critério C (isto é, não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A16 Já houve um período em que você estava se sentindo tão bem ou alegre, que as outras pessoas acharam que você não estava no seu normal, ou você estava tão alegre que teve problemas por isso? (Alguém disse que você estava acelerado? Era mais do que apenas se sentir bem?)

Como era isso?

SE NÃO: E quanto a um período em que você estava tão irritado, que você gritava com as pessoas, ou começava brigas ou discussões? (Você se percebia gritando com pessoas as quais você nem conhecia?)

Se A16 for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer episódio de humor elevado ou irritável), vá para A45, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. ? - + **A16**

A17 Quanto tempo durou? (Pelo menos 1 semana? Você teve que ser internado?)

...durando pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização é necessária). ? - + **A17**

Se A17 for codificado como “-” (isto é, duração menor que uma semana), vá para A30, pág. 12 (*Episódio Hipomaniaco*).

Você esteve mais de uma vez assim? Em qual vez você esteve mais [eufórico / irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]?

PARA OS ITENS A18-A27 NAS PÁG. 09-11 FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

SE NÃO SOUBER: Durante este período, quando você esteve mais [PALAVRAS DO PACIENTE para euforia ou irritabilidade]?

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

Durante [PERÍODO DE PIORES SINTOMAS MANÍACOS]...

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

A18	...como você se sentia a respeito de si mesmo? (Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?)	(1) auto-estima inflada ou grandiosidade	? - +	A18
A19	...você precisava de menos sono do que o habitual? SE SIM: Ainda assim se sentia descansado?	(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono)	? - +	A19
A20	...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?)	(3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar	? - +	A20
A21	...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça?	(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados	? - +	A21
A22	...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar?	(5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)	? - +	A22
A23	...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficaram preocupados com você?) SE NÃO HOUVER AUMENTO DE ATIVIDADE: Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?)	(6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora	? - +	A23
A24	...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Qualquer comportamento sexual que não era normal para você? Dirigir de maneira imprudente?)	(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontrolados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos)	? - +	A24
A25		PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO "+" (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)	? - +	A25

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

Se A25 for codificado como "-" (isto é, menos que 3 são codificados como "+"), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve algum destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se "sim", volte para A16, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.

Se "não", vá para A45, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A26

SE NÃO SOUBER: Naquele período, você teve problemas graves na sua casa ou no trabalho (escola), por que você estava [SINTOMAS], ou precisou ser internado?

D. A perturbação do humor é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos costumeiros com outros, ou para exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a outros, ou existem aspectos psicóticos.

? - +

A26

Se A26 for codificado como "-" (isto é, não suficientemente grave), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve problemas com as pessoas ou foi hospitalizado?

Se "sim", volte para A16, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.

Se "não", vá para A39, pág. 13 (*Critério C para Episódio Hipomaniaco*).

A27

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes de isso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a mania possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como "-" ou "+".

E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

Nota: Episódios maniatiformes que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (por ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar I, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Condições médicas gerais etiolologicamente relacionadas com episódios maníacos incluem doença neurológica degenerativa (por ex., doença de Huntington, esclerose múltipla), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂, doença de Wilson), condições endócrinas (por ex., hipertireoidismo), infecções virais ou outras, e certos tipos de câncer (por ex., neoplasias cerebrais).

Substâncias etiolologicamente relacionadas com episódios maníacos incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem medicações psicotrópicas (por ex., antidepressivos), corticosteróides, esteróides anabólicos, isoniazida, medicação antiparkinsoniana (por ex., levodopa), e descongestionantes simpaticomiméticos.

? - +

A27

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

Se A27 for codificado como “-” (isto é, a mania é devido a uma substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para A16, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para A45, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

- | | | | | |
|------------|--|---|-------|------------|
| A28 | SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês? | CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO) | ? - + | A28 |
| A29 | Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS] por pelo menos 1 semana (ou foi internado)? | Número total de Episódios Maníacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido) | _____ | A29 |

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS), B1 (PÁG. 23)

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO
HIPOMANÍACO

<p>A30 SE NÃO SOUBER: Quando você esteve [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE], isto durou pelo menos 4 dias?</p> <p>Você já esteve por mais de uma vez assim? (Em qual vez você esteve mais [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE])?</p> <p>PARA OS ITENS A31-A37 NAS PÁG.12-13, FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.</p>	<p>A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não-deprimido.</p>	<p>? - + A30</p>
<p>Se A30 for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer período de humor elevado ou irritável durando pelo menos 4 dias), vá para A45, pág. 15 (<i>Transtorno Distímico</i>)</p>		
<p>Durante [PERÍODO MAIS EXTREMO DE SINTOMAS HIPOMANÍACOS]...</p>	<p>B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:</p>	
<p>A31 ...como você se sentia a respeito de si mesmo?</p> <p>(Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?)</p>	<p>(1) auto-estima inflada ou grandiosidade</p>	<p>? - + A31</p>
<p>A32 ...você precisava de menos sono do que o habitual?</p> <p>SE SIM: Ainda assim se sentia descansado?</p>	<p>(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono)</p>	<p>? - + A32</p>
<p>A33 ...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?)</p>	<p>(3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar</p>	<p>? - + A33</p>
<p>A34 ...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça?</p>	<p>(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados</p>	<p>? - + A34</p>
<p>A35 ...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar?</p>	<p>(5) distraibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)</p>	<p>? - + A35</p>
<p>A36 ...como você passava o seu tempo? (trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficavam preocupados com</p>	<p>(6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora</p>	<p>? - +</p>

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

você?)

A36

SE NÃO HOUVER AUMENTO DE ATIVIDADE: Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?)

A37

...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Algum comportamento sexual que não era habitual para você? Dirigir de maneira imprudente?)

(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos)

? - +

A37**A38**

PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO "+" (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)

? - +

A38

Se A38 for codificado como "-" (isto é, menos que 3 são codificados como "+"), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se "sim", volte para A30, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se "não", vá para A45, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A39

SE NÃO SOUBER: Isto é muito diferente do jeito que você costuma ser? (Diferente como? No trabalho? Com os amigos?)

C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica da pessoa quando assintomática.

? - +

A39

Se A39 for codificado como "-" (isto é, caracteristicamente "hipomaniaco"), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e estava realmente diferente do jeito que você costuma ser?

Se "sim", volte para A30, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se "não", vá para A45, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A40

SE NÃO SOUBER: As outras pessoas notaram esta mudança em você? (O que elas disseram?)

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

? - +

A40

Se A40 for codificado como "-" (isto é, não observável pelos outros), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e as outras pessoas notavam a mudança no jeito que você estava agindo?

Se "sim", volte para A30, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se "não", vá para A45, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

A41 SE NÃO SOUBER: Naquela vez, você teve sérios problemas em casa ou no trabalho (escola) por que você estava [SINTOMAS] ou teve que ser internado?

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

? - + **A41**

Se A41 for codificado como "-" (isto é, suficientemente severo para causar prejuízo acentuado), volte para A26, pág. 10, codifique como "+" para aquele item, e continue com A27, pág. 11.

A42 Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

? - + **A42**

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a hipomania possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como "-" ou "+".

Nota: Episódios com características hipomaniacas que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (p.ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar II, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Consulte a lista de condições médicas gerais e substâncias possivelmente etiológicas incluída no item A27 (pág. 11).

Se A42 for codificado como "-" (isto é, a hipomania é devido a uma substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se "sim", volte para A30, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se "não", vá para A45, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A43 SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO "+" (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO)

? - + **A43**

A44 Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS HIPOMANIACOS RECONHECIDOS] por um determinado período?

Número total de Episódios Hipomaniacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido)

A44

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS), B1 (PÁG. 23).

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

TRANSTORNO DISTÍMICO

CRITÉRIOS PARA
TRANSTORNO DISTÍMICO

NOTA: Para apresentações nas quais haja uma história de múltiplos Episódios Depressivos Maiores recorrentes, o clínico pode preferir pular a avaliação de Transtorno Distímico (isto é, vá para B1, pág. 23).

A45 Nos últimos dois anos, você se sentiu incomodado por humor deprimido, a maior parte dos dias, mais dias presentes do que ausentes? (Mais que a metade do tempo?)

SE SIM: Como era isso?

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros, por pelo menos 2 anos. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, e a duração deve ser de no mínimo 1 ano. ? - + **A45**

Se A45 for codificado como "-" (isto é, sem humor depressivo crônico...), vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

Durante estes períodos de [PALAVRAS DO PACIENTE PARA DEPRESSÃO CRÔNICA], você acha que na maior parte do tempo, você ...

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

A46 perde o apetite? (E quanto a comer demais?)

(1) apetite diminuído ou hiperfagia ? - + **A46**

A47 ...tem dificuldades em pegar no sono, ou dorme demais?

(2) insônia ou hipersonia ? - + **A47**

A48 ...tem pouca disposição para fazer as coisas ou se sente muito cansado?

(3) baixa energia ou fadiga ? - + **A48**

A49 ...se sente desapontado consigo mesmo? (Sente-se inútil ou um fracasso?)

(4) baixa auto-estima ? - + **A49**

A50 ...tem dificuldades em se concentrar ou em tomar decisões?

(5) dificuldade de concentração ou dificuldade em tomar decisões ? - + **A50**

A51 ...sente-se sem esperança?

(6) sentimentos de desesperança ? - + **A51**

A52

PELO MENOS DOIS SINTOMAS "B" SÃO CODIFICADOS COMO "+" ? - + **A52**

Se A52 for codificado como "-" (isto é, menos que dois sintomas são "+"), vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

- | | | | | |
|------------|--|--|-------|------------|
| A53 | Durante este período de depressão de longa duração, qual o período mais longo em que você se sentiu bem? (SEM SINTOMAS DISTÍMICOS) | C. Durante o período de 2 anos (1 ano, para crianças ou adolescentes) da perturbação, jamais a pessoa esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por um período maior que 2 meses. | ? - + | A53 |
|------------|--|--|-------|------------|

Se A53 for codificado como "-" (isto é, mais que dois meses sem sintomas), vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

- | | | | | |
|------------|--|--|-------|------------|
| A54 | Há quanto tempo você vem se sentindo assim? (Quando isso começou?) | Idade em que se iniciou o Transtorno Distímico atual (CODIFIQUE 99 SE DESCONHECIDA) | | A54 |
| A55 | SE NÃO SOUBER: Isto começou gradualmente ou com um período significativo de depressão? | D. Ausência de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior crônico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial. | ? - + | A55 |

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

Se A55 for codificado como "-" (isto é, houve Episódio Depressivo Maior durante os 2 primeiros anos), vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

- | | | | | |
|------------|--|--|-------|------------|
| A56 | | E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaniaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico. | ? - + | A56 |
|------------|--|--|-------|------------|

Se A56 for codificado como "-" (isto é, houve Episódios Maníaco, Misto ou Hipomaniaco passados ou preenchem-se critérios para Transtorno Ciclotímico), vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

- | | | | | |
|------------|---|--|-------|------------|
| A57 | A CODIFICAÇÃO DESTES CRITÉRIOS PODE NECESSITAR SER ADIADA ATÉ QUE TRANSTORNOS PSICÓTICOS TENHAM SIDO EXCLUÍDOS. | F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante. | ? - + | A57 |
|------------|---|--|-------|------------|

Se A57 for codificado como "-" (isto é, ocorre durante um Transtorno Psicótico), vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

- A58** Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente? ? - + **A58**
- Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

Condições médicas gerais etiolologicamente relacionadas com distímia incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiolologicamente relacionadas com distímia incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se houver alguma indicação de que a distímia possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como "+" ou "-".

Se A58 for codificado como "-" (isto é, devido a uma condição médica geral crônica ou uso crônico de substância), vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

- A59** SE NÃO ESTIVER CLARO: Quanto [SINTOMAS EM A e B] interferem em sua vida? ? - + **A59**
- H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Se A59 for codificado como "-" (isto é, clinicamente não significativo), vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

- A60** ? - + **A60**
- CRITÉRIOS A, B, C, D, E, F, G e H SÃO CODIFICADOS COMO "+" (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DISTÍMICO)

Vá para B1, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CONSIDERE O PAPEL ETIOLÓGICO
DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA
GERAL OU USO DE SUBSTÂNCIA

Se os sintomas de humor não são associados cronologicamente com uma condição médica geral, vá para A65, pág. 20 (*Transtorno de Humor Induzido por Substância*).

TRANSTORNO DE HUMOR
DEVIDO A UMA CONDIÇÃO
MÉDICA GERAL

CRITÉRIOS PARA
TRANSTORNO DE HUMOR
DEVIDO A UMA CONDIÇÃO
MÉDICA GERAL

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delirium) foi omitido da SCID.

A61 CODIFIQUE BASEADO EM
INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes quesitos (ou ambos): ? - + **A61**

- (1) humor deprimido, ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades
(2) humor elevado, expansivo ou irritável

A62 Você acha que seus [SINTOMAS DE HUMOR] estavam de alguma forma relacionadas a sua [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA]?

B/C. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, e a perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido em resposta ao estresse de ter uma condição médica geral). ? - + **A62**

SE SIM: Conte-me como.

Os [SINTOMAS DE HUMOR] começaram ou pioraram imediatamente após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter começado?

SE SIM E A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL FOI RESOLVIDA: Os [SINTOMAS DE HUMOR] melhoraram após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter melhorado?

Se A62 for codificado como “-” (isto é, não há condição médica geral etiológica), vá para A65, pág.20 (*Transtorno de Humor Induzido por substância*).

A63 SE NÃO ESTIVER CLARO: Quanto [SINTOMAS DE HUMOR] interferem em sua vida?

E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. ? - + **A63**

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

A64	SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês?	CRITÉRIOS A, B/C e E SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL)	? - +	A64
------------	---	--	-------	------------

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:

- A12 para Episódio Depressivo maior (pág.06)
- A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)
- A42 para Episódio Hipomaniaco (pág. 14)
- A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)
- D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)
- D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delírium) foi omitido da SCID.

A65	CODIFIQUE BASEADO EM INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS	A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes sintomas (ou ambos): (1) humor depressivo ou diminuição acentuada do interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades (2) humor elevado, expansivo ou irritável	? - +	A65
A66	SE NÃO SOUBER: Quando os [SINTOMAS DE HUMOR] começaram? Você já estava usando [SUBSTÂNCIA] ou tinha acabado de parar ou diminuído o seu uso?	B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2): (1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou dentro de 1 mês após Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância (2) o uso de um medicamento está etiológicamente relacionado com a perturbação	? - +	A66

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:

- A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)
- A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)
- A42 para Episódio Hipomaniaco (pág. 14)
- A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)
- D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)
- D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

A67

Você acha que [SINTOMAS DE HUMOR] estão de alguma forma relacionados ao uso de [SUBSTÂNCIA]?

SE SIM: Conte-me como.

PERGUNTE QUALQUER DAS SEGUINTEs QUESTÕES SE NECESSÁRIO PARA DESCARTAR UMA ETIOLOGIA NÃO RELACIONADA À SUBSTÂNCIA.

SE NÃO SOUBER: O que veio primeiro, o uso [SUBSTÂNCIA] ou os [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE NÃO SOUBER: Houve um período de tempo em que você parou de usar [SUBSTÂNCIA]?

SE SIM: Após ter parado de usar [SUBSTÂNCIA], os [SINTOMAS DE HUMOR] melhoraram?

SE NÃO SOUBER: Qual a quantidade de [SUBSTÂNCIA] você estava usando, quando começou a ter [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE NÃO SOUBER: Você teve outros episódios de [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE SIM: Quantas vezes? Você estava usando [SUBSTÂNCIA] nestes episódios?

C. A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno de Humor não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno de Humor não induzido por substância podem incluir as seguintes características:

? - +

A67

(1) os sintomas precedem o início do uso da substância (ou do medicamento)

(2) os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência ou intoxicação aguda

(3) os sintomas psicóticos excedem substancialmente o que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso

(4) existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno de Humor independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias)

Se A67 for codificado como "-" (isto é, a perturbação é melhor explicada por um Transtorno de Humor não induzido por substância), retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaniaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

A68

SE NÃO ESTIVER CLARO: Quanto [SINTOMAS DE HUMOR] interferem em sua vida?

E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A68**A69**

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, B, C e E SÃO CODIFICADOS COMO "+" (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA).

? - +

A69

Retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaniaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

B. SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS

PARA CADA SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA NA FOLHA DE RESPOSTA O CONTEÚDO ATUAL E INDIQUE A ÉPOCA DURANTE A QUAL O SINTOMA ESTEVE PRESENTE.

Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre experiências pouco comuns que às vezes as pessoas podem ter.

DELÍRIOS

Falsas crenças pessoais baseadas em uma inferência incorreta da realidade externa, sustentadas firmemente, apesar daquilo que a maioria das pessoas acredita, e apesar daquilo que constitui prova ou evidência irrefutável e óbvia do contrário. A crença não é habitualmente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa. Não considere como delírios, crenças irracionais e mantidas, que são sustentadas com intensidade menor que a delirante (idéias supervalorizadas).

- | | | |
|--|--|------------------------|
| <p>B1 Já lhe pareceu que as pessoas estavam falando a seu respeito, ou que o observavam de maneira especial?</p> <p>SE SIM: Você estava convencido de que elas estavam falando a seu respeito, ou você achou que poderia ter sido sua imaginação?</p> | <p><u>Delírios de referência</u>, isto é, eventos, objetos ou outras pessoas no ambiente do indivíduo, tem um significado particular ou incomum que é claramente injustificado.</p> | <p>? - + B1</p> |
| <p>B2 E quanto a existir alguém se esforçando para lhe causar problemas, ou tentando prejudicar você?</p> | <p><u>Delírios persecutórios</u>, isto é, o indivíduo (ou o seu grupo) está sendo atacado, incomodado, prejudicado, perseguido ou sendo objeto de uma conspiração.</p> | <p>? - + B2</p> |
| <p>B3 Você já achou que era especialmente importante de alguma maneira, ou que teria poderes de fazer coisas que as outras pessoas não poderiam fazer?</p> | <p><u>Delírios de grandiosidade</u>, isto é, o conteúdo envolve poder, conhecimento ou importância exagerados, ou um relacionamento especial com uma divindade ou uma pessoa famosa.</p> | <p>? - + B3</p> |
| <p>B4 Você já sentiu que algo estava muito errado com sua saúde física, mesmo após seu médico ter dito que não havia nada de errado... como ter câncer ou outra doença grave?</p> <p>Você já esteve convencido de que algo estava muito errado com a aparência de uma parte ou de várias partes do seu corpo?</p> <p>(Você já sentiu que algo estranho estava acontecendo com partes do seu corpo?)</p> | <p><u>Delírios somáticos</u>, isto é, o conteúdo envolve uma mudança ou um distúrbio na aparência ou funcionamento corporal.</p> | <p>? - + B4</p> |

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

B5 (Você já teve alguma experiência religiosa incomum?) ? - + **B5**

(Você já achou que tinha cometido um crime ou feito alguma coisa terrível pela qual deveria ser punido?)

(Você já achou que alguém ou alguma coisa fora de você estava controlando seus pensamentos ou suas ações, contra a sua vontade?)

(Você já acreditou que alguém poderia ler sua mente?)

(Você já achou que certos pensamentos que não eram seus foram colocados em sua cabeça? E quanto a serem tirados da sua cabeça?)

Outros delírios, isto é, religiosos, de ciúmes, de culpa, de controle, irradiação do pensamento, inserção e roubo do pensamento.

ALUCINAÇÕES

Percepções sensoriais que apresentam a sensação de realidade de uma percepção verdadeira, mas que ocorrem sem estimulação externa do órgão sensorial relevante.

B6 Você já escutou coisas que as outras pessoas não podiam ouvir, como barulhos, ou vozes de pessoas cochichando ou conversando? ? - + **B6**

SE SIM: O que você ouvia? Com que frequência você escutava isso?

B7 Você já teve visões ou viu coisas que as outras pessoas não podiam ver? (Você estava acordado neste momento?) ? - + **B7**

B8 E quanto a sensações estranhas no seu corpo ou na sua pele? ? - + **B8**

B9 E quanto a sentir o cheiro ou o gosto de coisas que outras pessoas não poderiam sentir? ? - + **B9**

Alucinações auditivas quando totalmente acordado e escutadas dentro ou fora da cabeça.

Alucinações visuais.

Alucinações táteis, por exemplo, eletricidade.

Outras alucinações, por exemplo, gustativa, olfativa.

O RESTANTE DOS ITENS NESTA SEÇÃO SÃO BASEADOS NA OBSERVAÇÃO OU NA HISTÓRIA.

Agora eu preciso parar um pouco para fazer algumas anotações.

B10 ? - + **B10**

Comportamento catatônico, por exemplo, catalepsia, estupor, agitação catatônica, negativismo, mutismo, rigidez, movimentos estereotipados, ecolalia, ecopraxia.

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

B11	<u>Comportamento grosseiramente desorganizado</u> , por exemplo, aparência marcadamente desmazelada, comportamento sexual grosseiramente inapropriado, agitação imprevisível e imotivada.	? - +	B11
B12	<u>Afeto grosseiramente inapropriado</u> , por exemplo, sorri enquanto discute ser perseguido.	? - +	B12
B13	<u>Fala desorganizada</u> , por exemplo, descarrilhamento frequente (afrouxamento das associações) ou incoerência.	? - +	B13
B14	<u>Sintomas negativos</u> , por exemplo, afeto embotado, alogia, avolição.	? - +	B14
B15	SE DELÍRIOS OU ALUCINAÇÕES ESTIVERAM PRESENTES EM ALGUM MOMENTO, PREENCHA A SESSÃO DE CRONOLOGIA.	? - +	B15

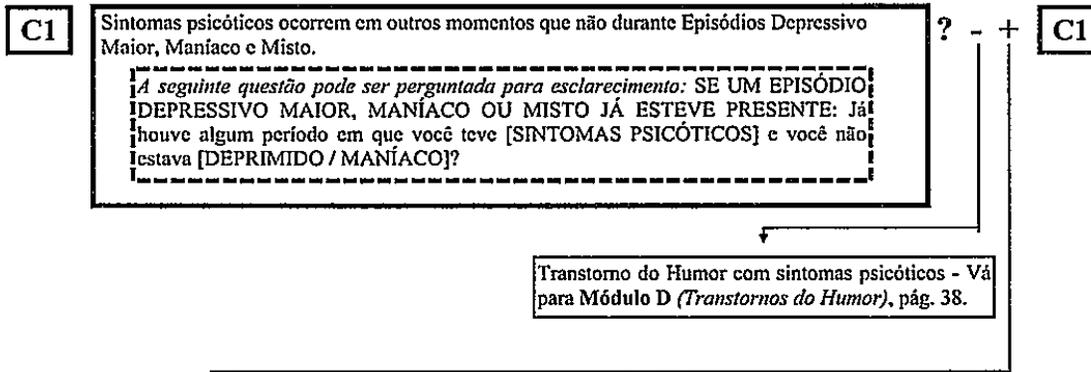
(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

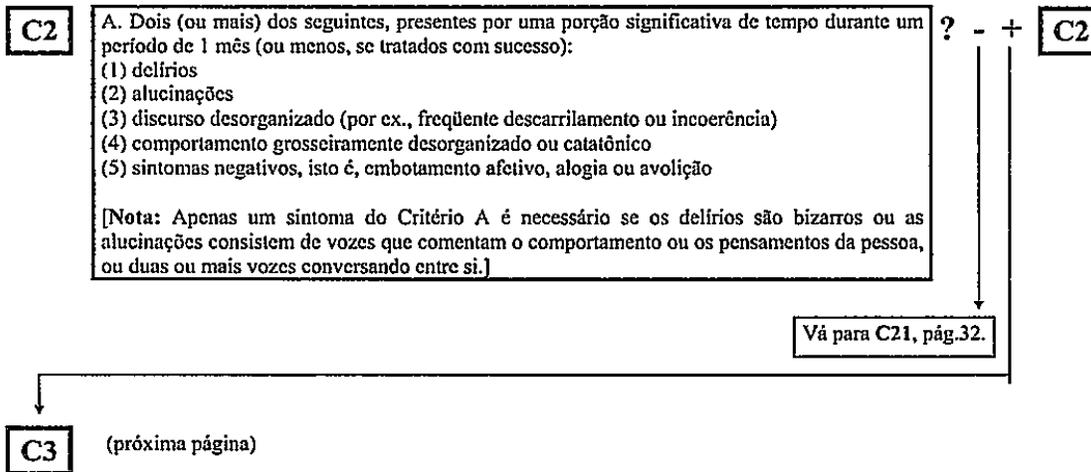
C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Se nenhum sintoma psicótico do Módulo B jamais esteve presente, vá para o Módulo D, pág. 38.

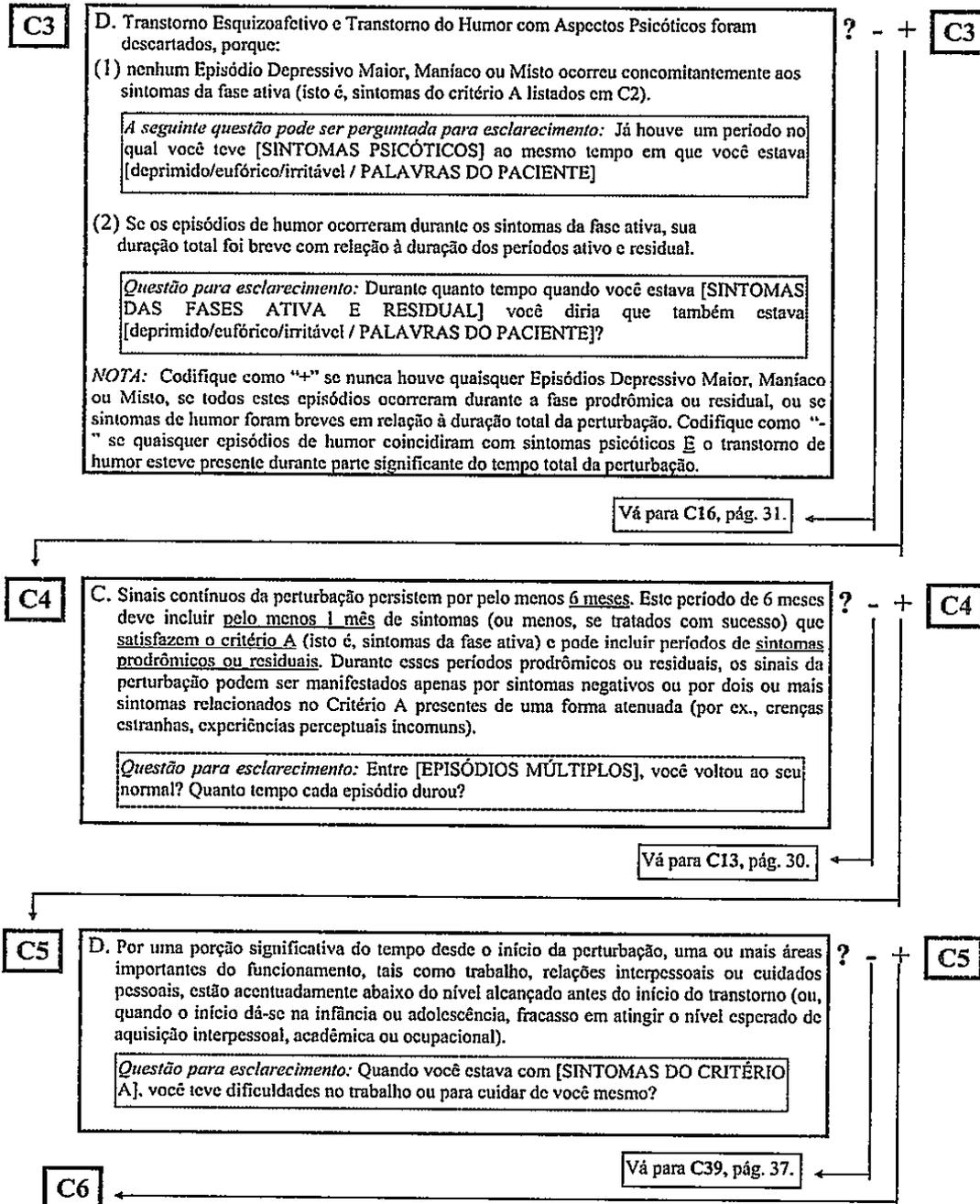


CRITÉRIOS PARA ESQUIZOFRENIA

NOTA: Os critérios para Esquizofrenia estão apresentados em uma ordem diferente daquela no DSM-IV.



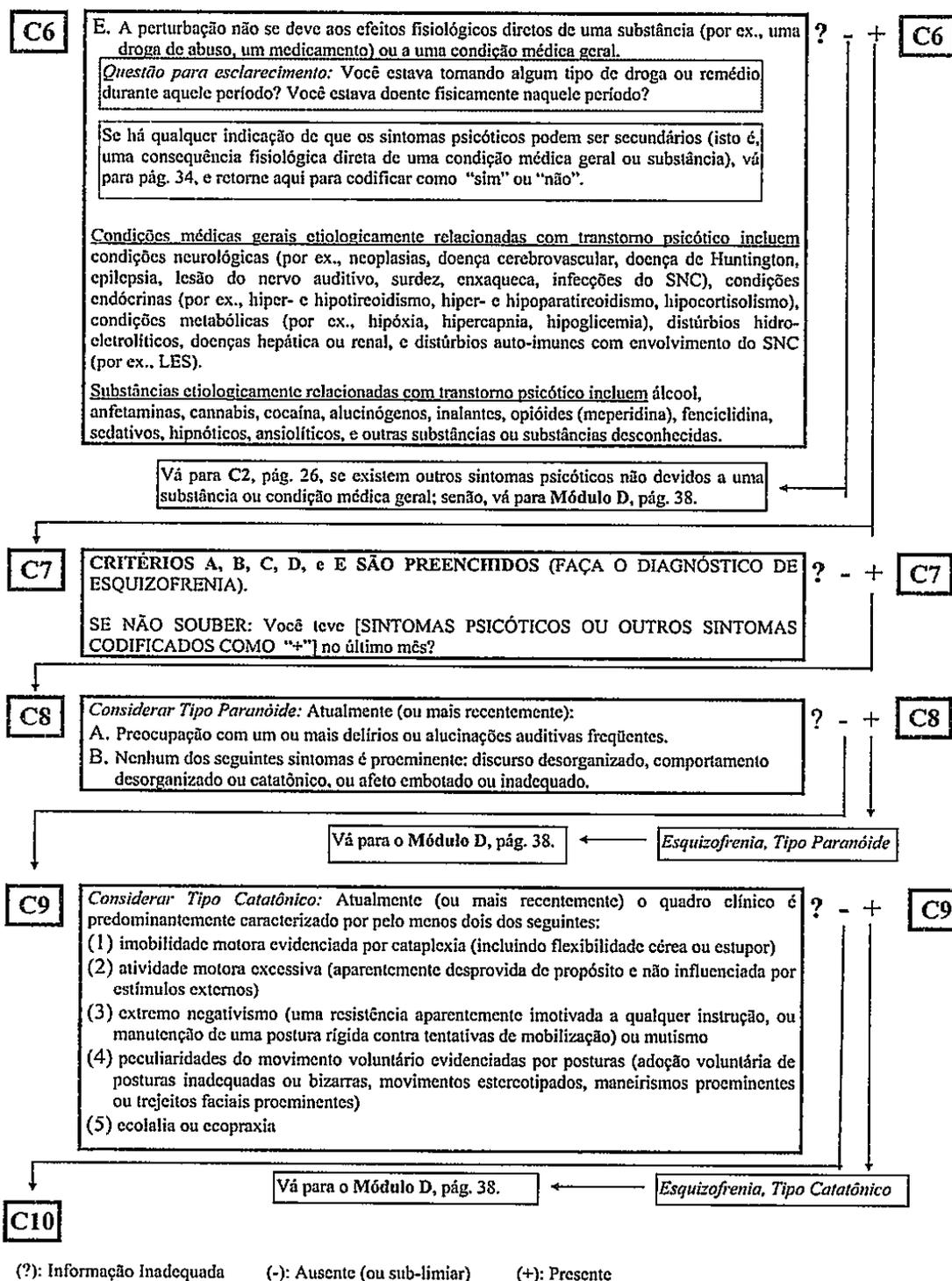
(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

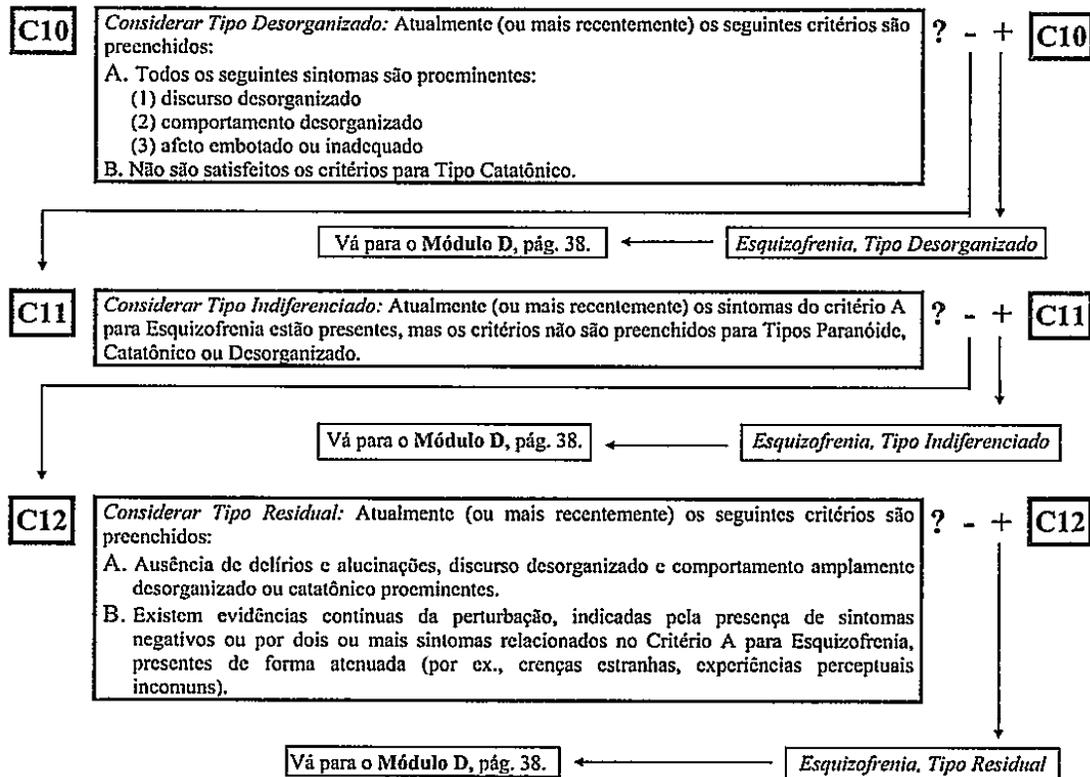


(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

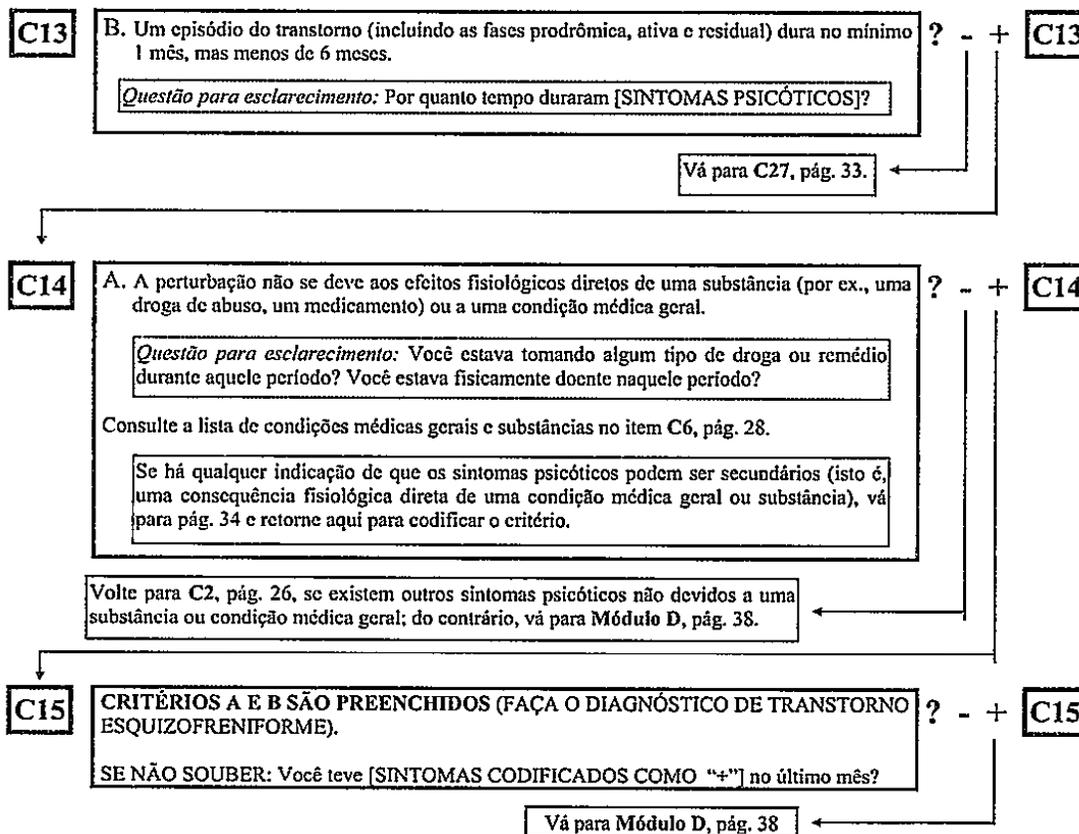
(+): Presente





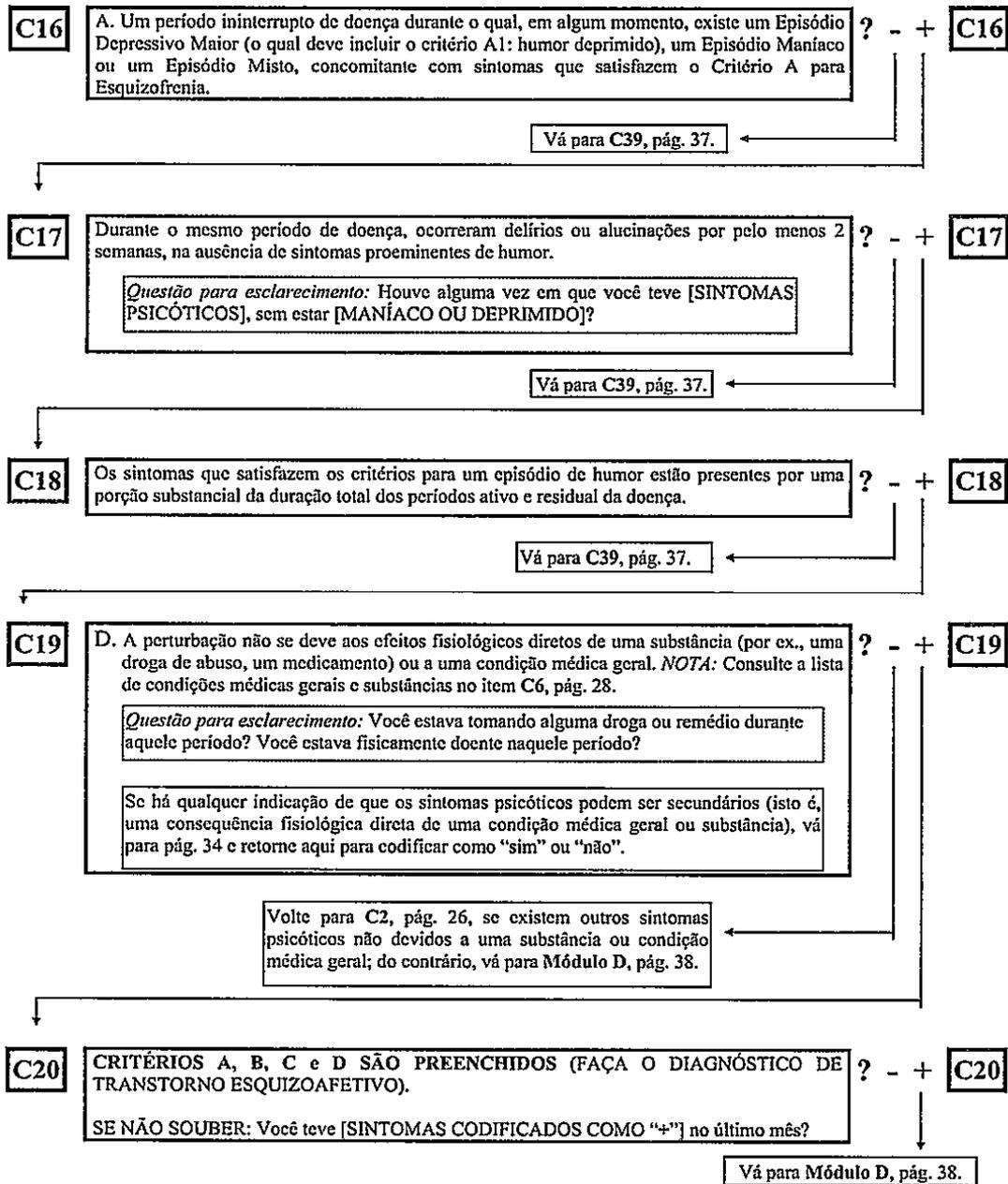
(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME



(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO



(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DELIRANTE

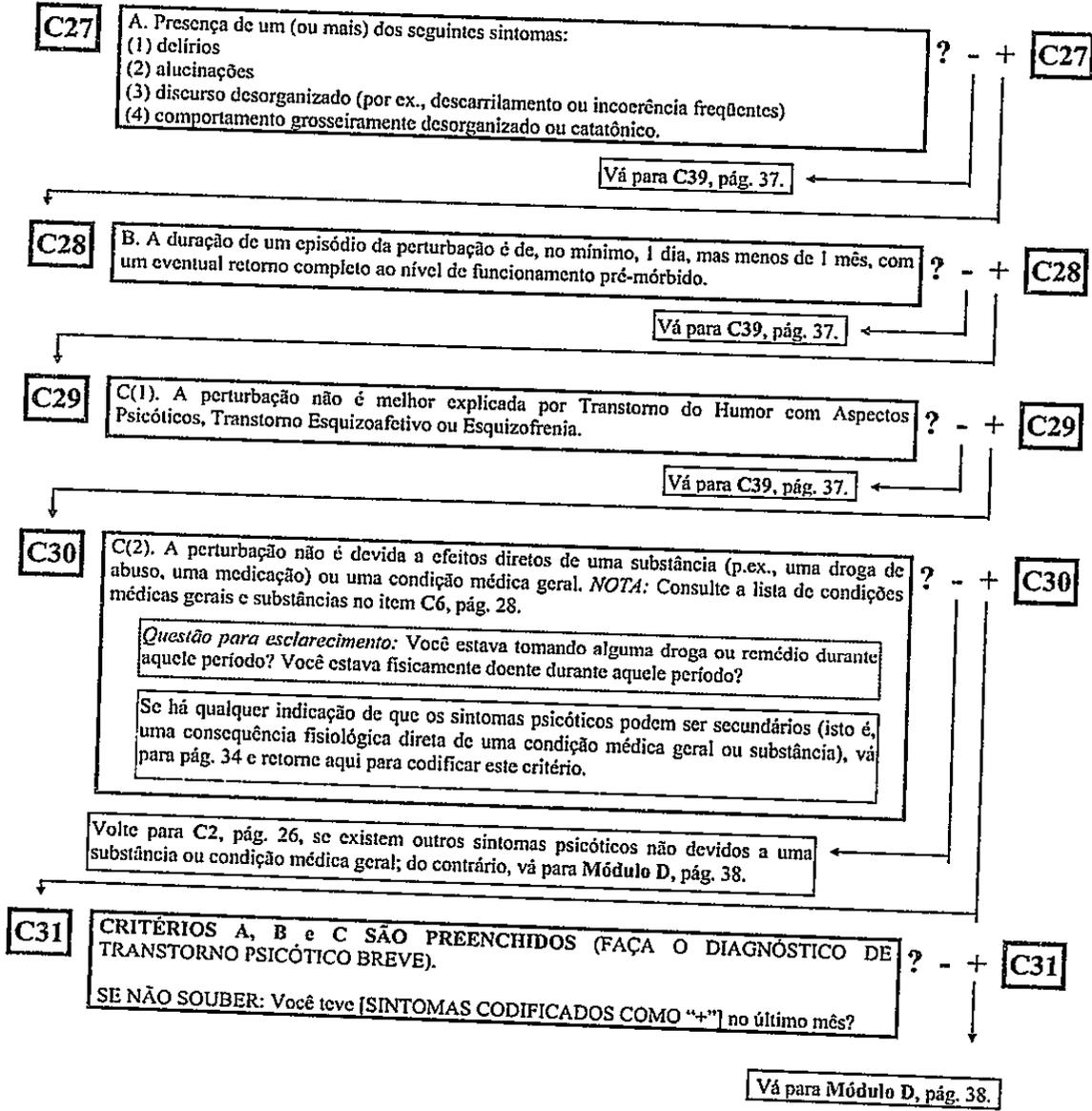
C21	A. Delírios não-bizarros (isto é, envolvendo situações que ocorrem na vida real, tais como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distância, traído por cônjuge ou parceiro romântico ou ter uma doença) com duração mínima de 1 mês.	?	-	+	C21
		Vá para C27, pág. 33.			
C22	B. O critério A para Esquizofrenia jamais foi satisfeito. Nota: alucinações táteis e olfativas podem estar presentes no Transtorno Delirante, se relacionadas ao tema dos delírios.	?	-	+	C22
		Vá para C39, pág. 37.			
C23	C. Exceto pelo impacto do(s) delírio(s) ou de suas ramificações, o funcionamento não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é visivelmente esquisito ou bizarro.	?	-	+	C23
		Vá para C39, pág. 37.			
C24	D. Se episódios de humor ocorreram durante os delírios, sua duração total foi breve em relação à duração dos períodos delirantes. <i>Questão para esclarecimento:</i> Já houve um período no qual você acreditava [DELÍRIOS], ao mesmo tempo em que você estava [deprimido/exaltado/irritável / PALAVRAS DO PACIENTE]? Durante quanto tempo em que você acreditava [DELÍRIOS], você diria que, ao mesmo tempo, estava [deprimido/exaltado/irritável / PALAVRAS DO PACIENTE]? <i>NOTA:</i> Codifique como "+" se 1) nunca houve qualquer episódio de humor, 2) episódios de humor ocorreram outras vezes que não durante o período delirante, ou 3) episódios de humor foram breves em relação à duração total do período delirante. Codifique como "-" se os sintomas que preenchem os critérios para episódios de humor estiveram presentes por uma porção substancial da duração total da perturbação.	?	-	+	C24
		Vá para C39, pág. 37.			
C25	E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou de uma condição médica geral. <i>NOTA:</i> Consulte a lista de condições médicas gerais e substâncias no item C6, pág. 28. <i>Questão para esclarecimento:</i> Você estava tomando alguma droga ou remédio durante aquele período? Você estava fisicamente doente durante aquele período? Se há qualquer indicação de que os sintomas psicóticos podem ser secundários (isto é, uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 34 e retorne aqui codificar este critério.	?	-	+	C25
		Volte para C2, pág. 26, se existem outros sintomas psicóticos não devidos a uma substância ou condição médica geral; do contrário, vá para Módulo D, pág. 38.			
C26	CRITÉRIOS A, B, C, D e E SÃO PREENCHIDOS (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DELIRANTE). SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+"] no último mês?	?	-	+	C26
		Vá para Módulo D, pág. 38.			

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(>): Presente

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE



(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CONSIDERAR O PAPEL ETIOLÓGICO DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL OU USO DE SUBSTÂNCIA

Se sintomas psicóticos não estão temporalmente associados com uma condição médica geral, vá para C35, pág. 35 (*Transtorno Psicótico Induzido por Substância*).

TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

CRITÉRIOS P/ TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delírium) foi omitido na SCID.

C32 CODIFIQUE BASEADO EM INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS

A. Alucinações ou delírios proeminentes. ? - + **C32**

C33 Você acha que seus [DELÍRIOS / ALUCINAÇÕES] estavam de alguma forma relacionadas a sua [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA]?

B/C. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, e a perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental. ? - + **C33**

SE SIM: Conte-me como.

Os [DELÍRIOS/ALUCINAÇÕES] começaram ou pioraram imediatamente após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter começado?

SE SIM E A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL FOI RESOLVIDA: Os [DELÍRIOS /ALUCINAÇÕES] melhoraram após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter melhorado?

Se C33 for codificado como "-" (condição médica geral não é etiolologicamente relacionada ao transtorno psicótico), vá para C35, pág. 35 (*Transtorno Psicótico Induzido por Substância*).

C34 SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+"] no último mês?

CRITÉRIOS A e B/C SÃO PREENCHIDOS (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL). ? - + **C34**

Se os sintomas psicóticos não estão temporalmente associados com o uso de substância, retorne a transtorno sendo avaliado:
 C6 para Esquizofrenia (pág. 28)
 C14 para Transtorno Esquizofreniforme (pág. 30)
 C19 para Transtorno Esquizoafetivo (pág. 31)
 C25 para Transtorno Delirante (pág. 32)
 C30 para Transtorno Psicótico Breve (pág. 33)

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

TRANSTORNO PSICÓTICO
INDUZIDO POR SUBSTÂNCIACRITÉRIOS P/ TRANSTORNO
PSICÓTICO INDUZIDO POR
SUBSTÂNCIA

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delirium) foi omitido na SCID.

C35	CODIFIQUE BASEADO EM INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS	A. Alucinações ou delírios proeminentes. <i>Nota:</i> Não inclua alucinações se a pessoa possui insight (enquanto as está experienciando) de que elas são induzidas por uma substância.	? - +	C35
C36	SE NÃO SOUBER: Quando os [DELÍRIOS/ALUCINAÇÕES] começaram? Você já estava usando [SUBSTÂNCIA] ou tinha parado ou diminuído o seu uso, recentemente?	B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2): (1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou dentro de 1 mês após Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância (2) o uso de um medicamento está etiológicamente relacionado com a perturbação	? - +	C36

Se C36 for codificado como “-” (isto é, não etiológicamente relacionado a uma substância), retorne ao transtorno, sendo avaliado:
 C6 para Esquizofrenia (pág. 28)
 C14 para Transtorno Esquizofreniforme (pág. 30)
 C19 para Transtorno Esquizoafetivo (pág. 31)
 C25 para Transtorno Delirante (pág. 32)
 C30 para Transtorno Psicótico Breve (pág. 33)

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

<p>C37 Você acha que [DELÍRIOS / ALUCINAÇÕES] estão de alguma forma relacionados ao uso de [SUBSTÂNCIA]?</p> <p>SE SIM: Conte-me como.</p> <p>PERGUNTE QUALQUER UMA DAS SEGUINTE QUESTÕES SE NECESSÁRIO PARA DESCARTAR UMA ETIOLOGIA NÃO RELACIONADA À SUBSTÂNCIA.</p> <p>SE NÃO SOUBER: O que veio primeiro, o uso [SUBSTÂNCIA] ou os [DELÍRIOS / ALUCINAÇÕES]?</p> <p>SE NÃO SOUBER: Houve um período de tempo em que você parou de usar [SUBSTÂNCIA]?</p> <p>SE SIM: Após ter parado de usar [SUBSTÂNCIA], os [DELÍRIOS / ALUCINAÇÕES] melhoraram?</p> <p>SE NÃO SOUBER: Qual a quantidade de [SUBSTÂNCIA] você estava usando, quando começou a ter [DELÍRIOS / ALUCINAÇÕES]?</p> <p>SE NÃO SOUBER: Você teve outros episódios de [DELÍRIOS / ALUCINAÇÕES]?</p> <p>SE SIM: Quantas vezes? Você estava usando [SUBSTÂNCIA] nestes episódios?</p>	<p>C. A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Psicótico não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno Psicótico não induzido por substância podem incluir as seguintes características:</p> <p>(1) os sintomas precedem o início do uso da substância (ou do medicamento)</p> <p>(2) os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência ou intoxicação aguda</p> <p>(3) os sintomas psicóticos excedem substancialmente o que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso</p> <p>(4) existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno Psicótico independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias)</p>	<p>? - + C37</p>
---	---	-------------------------

Se C37 for codificado como "-" (isto é, a perturbação é melhor explicada por um transtorno psicótico não induzido por substância), retorne ao transtorno que está sendo avaliado:

C6 para Esquizofrenia (pág. 28)

C14 para Transtorno Esquizofreniforme (pág. 30)

C19 para Transtorno Esquizoafetivo (pág. 31)

C25 para Transtorno Delirante (pág. 32)

C30 para Transtorno Psicótico Breve (pág. 33)

<p>C38 SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+"] no último mês?</p>	<p>CRITÉRIOS A, B e C SÃO PREENCHIDOS (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA)</p>	<p>? - + C38</p>
--	--	-------------------------

Retorne ao transtorno que está sendo avaliado:

C6 para Esquizofrenia (pág. 28)

C14 para Transtorno Esquizofreniforme (pág. 30)

C19 para Transtorno Esquizoafetivo (pág. 31)

C25 para Transtorno Delirante (pág. 32)

C30 para Transtorno Psicótico Breve (pág. 33)

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

TRANSTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

C39	<p>Esta categoria deve ser usada para diagnosticar sintomatologia psicótica (isto é, delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico) acerca da qual há informações inadequadas para fazer um diagnóstico específico ou sobre a qual existem informações contraditórias, ou transtornos com sintomas psicóticos que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Psicótico específico, definidos acima.</p> <p>SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS PSICÓTICOS] no último mês?</p>	? - +	C39
<p>↓</p> <p>Vá para Módulo D, pág. 38.</p>			

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

D. TRANSTORNOS DE HUMOR

Se nunca houve quaisquer sintomas de humor clinicamente significativos, vá para **Módulo E**, pág. 44.

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR I

D1	História de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos (veja A28 , pág. 11). <i>NOTA:</i> Em um episódio misto, preenchem-se os critérios tanto para Episódio Maníaco quanto para Episódio Depressivo Maior (exceto pela duração), quase todos os dias, durante um período mínimo de uma semana.	? - +	D1
	Vá para D5 , pág. 40.		
D2	Pelo menos um Episódio Maníaco ou Misto não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância. <i>NOTA:</i> Os episódios maniatiformes nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (por ex., medicamentos, ECT e fototerapia) não devem ser incluídos em um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.	? - +	D2
	Vá para D5 , pág. 40.		
D3	Pelo menos um Episódio Maníaco ou Misto não é melhor explicado por Transtorno Esquizoafetivo e nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico SOE.	? - +	D3
	Vá para D5 , pág. 40.		
TRANSTORNO BIPOLAR I			
D4	<p>Selecione o código diagnóstico baseado no episódio atual (ou mais recente) (quinto dígito baseado na gravidade).</p> <p>SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS MANÍACOS OU DEPRESSIVOS] no último mês?</p> <p>296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Hipomaníaco 296.0x Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único 296.4x Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Maníaco</p> <p>1-Leve: Satisfaz os critérios sintomatológicos mínimos para um Episódio Maníaco. 2-Moderado: Extremo aumento da atividade ou prejuízo no julgamento. 3-Severo Sem Aspectos Psicóticos: Supervisão quase contínua é necessária para evitar danos físicos ao próprio indivíduo e a outras pessoas. 4-Severo Com Aspectos Psicóticos: Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor: Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos típicos de aumento do valor, poder, conhecimentos ou identidade, ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa. Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor: delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas maníacos típicos de aumento do valor, poder, conhecimentos ou identidade, ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa. São incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados com idéias ou temas grandiosos), inserção de pensamentos e delírios de ser controlado. 5-Em Remissão Parcial: Presença de sintomas de um Episódio Maníaco, mas não são satisfeitos todos os critérios, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Maníaco que dura menos de 2 meses após o término do Episódio Maníaco. 6-Em Remissão Completa: Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação. 0-Inespecificado.</p> <p>296.6x Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Misto</p>	?	D4

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

D4

D4

- 1-Leve:** Satisfaz não mais que os critérios sintomatológicos mínimos para um Episódio Maníaco e um Episódio Depressivo.
- 2-Moderado:** Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "severo".
- 3-Severo Sem Aspectos Psicóticos:** Supervisão quase contínua é necessária para evitar danos físicos ao próprio indivíduo e a outras pessoas.
- 4-Severo com Aspectos Psicóticos:** Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor:
Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos ou depressivos típicos.
Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas maníacos ou depressivos típicos. São incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas grandiosos ou depressivos), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de ser controlado.
- 5-Em Remissão Parcial:** Presença de sintomas de um Episódio Misto, mas não são satisfeitos todos os critérios, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de um Episódio Misto que dura menos de 2 meses após o término do Episódio Misto.
- 7-Em Remissão Completa:** Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.
- 8-Inespecificado.**

296.5x Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Depressivo

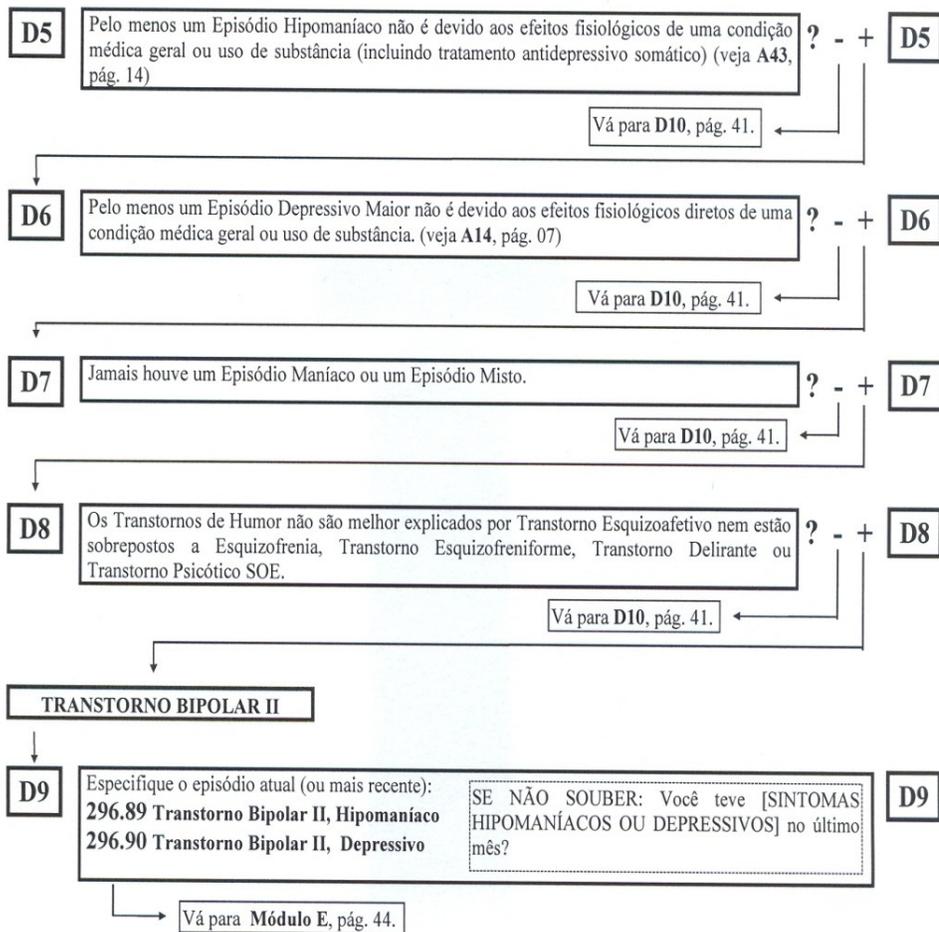
- 1-Leve:** Poucos sintomas (se existem) excedendo aqueles exigidos para o diagnóstico, e os sintomas resultam apenas em pequeno prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais habituais ou relacionamentos com outros.
- 2-Moderado:** Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "severo".
- 3-Severo Sem Aspectos Psicóticos:** Diversos sintomas excedendo aqueles necessários para fazer o diagnóstico e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional, em atividades habituais ou relacionamentos com outros.
- 4-Severo com Aspectos Psicóticos:** Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor.
Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.
Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. Estão incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas depressivos), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de controle.
- 5-Em Remissão Parcial:** Presença de sintomas de um Episódio Depressivo Maior, porém não são satisfeitos todos os critérios ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Depressivo Maior que dura menos um Episódio Depressivo Maior. (Se o Episódio Depressivo Maior esteve sobreposto a um Transtorno Distímico, o diagnóstico isolado de Transtorno Distímico é dado apenas quando não mais são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.)
- 7-Em Remissão Completa:** Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.
- 8-Inespecificado.**

296.7 Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Não Especificado (os critérios, exceto pela duração, são atualmente [ou foram mais recentemente] satisfeitos para um Episódio Maníaco, Episódio Hipomaniaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior.

Vá para Módulo E, pág. 44.

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR II



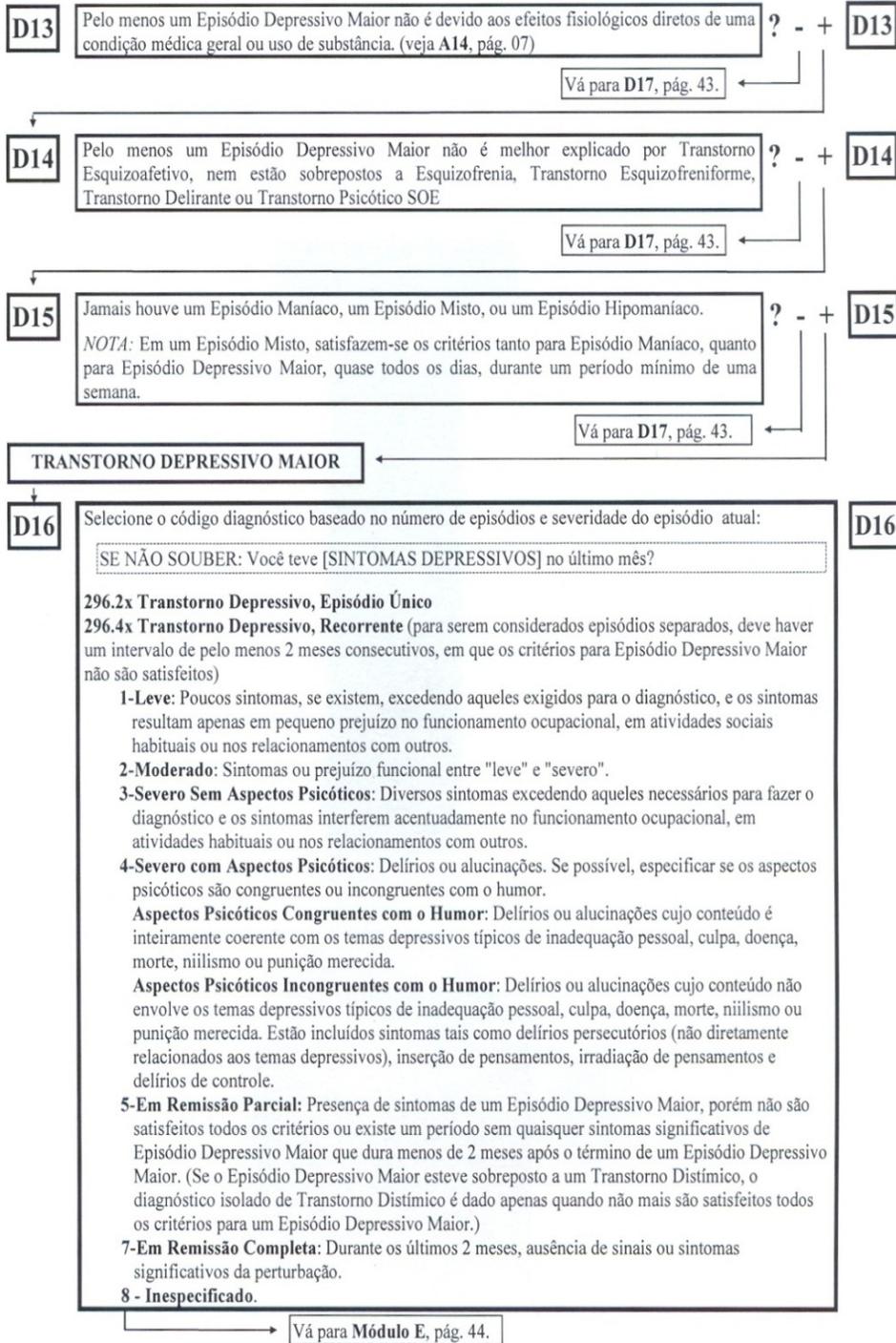
(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CRITÉRIOS PARA OUTROS TRANSTORNOS BIPOLARES

D10	Sintomas Maníacos ou Hipomaniacos clinicamente significativos.	? - +	D10
	Vá para D13 , pág. 42.		
D11	Não devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância. Se houver alguma indicação de que os sintomas de humor sejam secundários (isto é, uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar este critério.	? - +	D11
	Vá para D13 , pág. 42.		
D12	SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS MANÍACOS OU DEPRESSIVOS] no último mês? Indicar o tipo: 1 - 301.13 Transtorno Ciclotímico (deve preencher todos os critérios seguintes): A. Por 2 anos, pelo menos, presença de numerosos períodos com sintomas hipomaniacos e numerosos períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Nota: Em crianças e adolescentes, a duração deve ser de pelo menos 1 ano. B. Durante o período de 2 anos estipulado acima (1 ano para crianças e adolescentes), a pessoa não ficou sem os sintomas do Critério A por mais de 2 meses consecutivos. C. Nenhum Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto esteve presente durante os 2 primeiros anos da perturbação. 2 - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (para transtornos com características bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno bipolar específico.	? - +	D12
	Vá para Módulo E , pág. 44.		

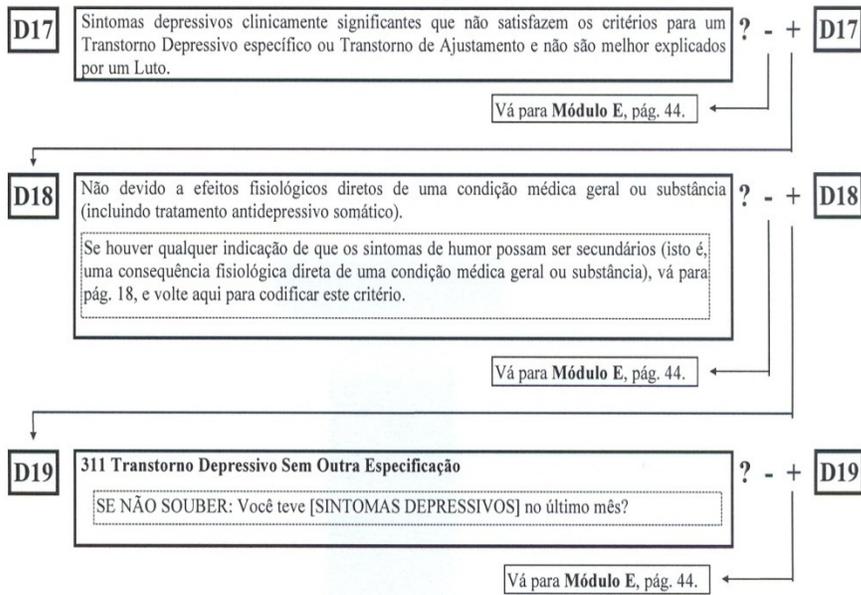
(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR



(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR SOE



(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

E. TRANSTORNOS DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Como são seus hábitos de beber? (Quanto você bebe?) (Com que frequência?) (O que você bebe?)

SE ATUALMENTE NÃO BEBE PESADAMENTE: Já houve um período na sua vida em que você bebia muito? (Com que frequência você bebia?) (O que você bebia? Quanto? Quanto tempo aquele período durou?)

(Atualmente / Durante aquele período...)

...o álcool causa (causou) problemas para você?

...alguém faz (fez) objeção ao seu jeito de beber?

Se *Dependência ao Álcool* é sugestiva, vá para E7 (pág. 46).

E1

já houve um período em que bebeu excessivamente OU já teve qualquer evidência de problemas relacionados ao álcool.

? - +

E1

Se E1 for codificado como “-” (isto é, nunca bebeu excessivamente ou nunca teve problemas relacionados ao álcool), vá para E17, Transtornos de Uso de Substâncias Não-Álcool, pág. 48.

ABUSO DE ÁLCOOL

Deixe-me perguntar mais algumas questões sobre [PERÍODO EM QUE BEBEU MAIS / PERÍODO COM MAIS PROBLEMAS]. Durante aquele período...

E2

Você já faltou ao trabalho ou à escola por que estava intoxicado, “bêbado” ou “de ressaca”? (Com que frequência?) E quanto a fazer mal-feito seu trabalho ou ir mal na escola, devido ao seu hábito de beber?

SE NÃO: E quanto a não manter sua casa limpa ou não tomar conta direito de seus filhos devido ao hábito de beber? (Com que frequência?)

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ABUSO DE ÁLCOOL

Um período mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

(1) Uso recorrente de álcool resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (p.ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso do álcool; ausências, suspensões ou expulsões da escola, relacionadas ao álcool; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)

? - +

E2**E3**

Você já bebeu numa situação na qual poderia ser perigoso beber? (Você já dirigiu enquanto estava muito bêbado para fazê-lo?)

SE SIM: Quantas vezes? (Quando?)

(2) Uso recorrente de álcool em situações nas quais isto representa perigo físico (p.ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso do álcool)

? - +

E3**E4**

O seu hábito de beber trouxe-lhe problemas com a justiça? (Fale-me sobre isto.)

SE SIM: Quantas vezes? (Quando?)

(3) Problemas legais recorrentes relacionados ao álcool (p.ex., detenções por conduta desordeira relacionada ao álcool)

? - +

E4

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(>): Presente

E5	SE AINDA NÃO SOUBER: O seu hábito de beber lhe causou problemas com outras pessoas, como parentes, amigos ou pessoas no trabalho? (Você já brigou fisicamente após ter bebido? E quanto a ter discussões por causa do seu hábito de beber?)	(4) Uso contínuo de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool (p.ex., discussões com o cônjuge em consequência da intoxicação, lutas corporais)	? - +	E5
	SE SIM: Mesmo assim, você continuou a beber?			

E6	PELO MENOS UM ITEM DE ABUSO É CODIFICADO COMO “+”	? - +	E6
-----------	---	-------	-----------

Se E6 for codificado como “-” (isto é, nenhum item de abuso é codificado como “+”), vá para E17, pág. 48 (*Transtornos do Uso de Substância Não-Álcool*).

Se E6 for codificado como “+” (isto é, pelo menos um item de abuso é codificado como “+”) E já foi checada Dependência (isto é, avaliados E7-E13 nas págs. 46-47), vá para E16, pág. 47, e faça o diagnóstico de *Abuso de Álcool*.

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL**CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS
PARA DEPENDÊNCIA AO
ÁLCOOL**

Agora eu gostaria de perguntar-lhe mais algumas questões sobre seu hábito de beber (durante aquele período).

Um padrão mal-adaptativo de uso de álcool, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

NOTA: Critérios para dependência estão apresentados em ordem diferente daquela no DSM-IV.

E7	Frequentemente você notava que quando começava a beber, acabava bebendo muito mais do que havia planejado? SE NÃO: E quanto a beber por um período muito maior do que você havia planejado?	(3) Frequentemente o álcool é consumido em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido	? - +	E7
E8	Você já tentou diminuir ou parar de beber?	(4) Desejo persistente ou esforços fracassados em reduzir ou controlar o uso do álcool	? - +	E8
E9	Você passava muito tempo bebendo, embriagado ou "de ressaca"?	(5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter, utilizar o álcool, ou na recuperação de seus efeitos	? - +	E9
E10	Houve épocas em que você bebia com tanta frequência que passou a beber ao invés de trabalhar, ficar com sua família ou amigos, ou ocupar-se com outras atividades de lazer?	(6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso do álcool	? - +	E10
E11	SE AINDA NÃO SOUBER: O seu hábito de beber já lhe causou problemas psicológicos, como ficar deprimido ou ansioso, dificultar seu sono ou causar "brancos"? SE AINDA NÃO SOUBER: O seu hábito de beber já lhe causou problemas físicos significativos, ou piorou um problema físico já existente? SE SIM PARA QUALQUER UMA DAS QUESTÕES ACIMA: Mesmo assim você continuou bebendo?	(7) Uso do álcool, apesar do reconhecimento de estar tendo problemas físicos ou psicológicos persistentes ou recorrentes que são causados ou exacerbados pelo álcool (p.ex., consumo mantido de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo de álcool)	? - +	E11
E12	Você notou que precisava beber muito mais para conseguir a sensação desejada,	(1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:	? - +	E12

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

do que quando começou a beber?

SE SIM: Quanto mais?

SE NÃO: E quanto a perceber que quando você bebia a mesma quantidade, ela fazia menos efeito do que antes?

E13

Você já teve sintomas de abstinência, quando diminuiu a quantidade de bebida ou parou de beber, tais como...

...sudorese ou coração acelerado?

...tremores nas mãos?

...dificuldades para dormir?

...sentir náuseas ou vômitar?

...sentir-se agitado?

...ou sentir-se ansioso?

(E quanto a ter uma convulsão, ou ver, sentir ou ouvir coisas que não existiam realmente?)

SE NÃO: Você já começou seu dia bebendo, ou frequentemente bebe ou toma outras drogas ou remédios para evitar ter tremores ou sentir-se mal?

a) necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado

b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de álcool

(2) Abstinência, manifestada por um dos seguintes:

a) pelo menos dois dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se dentro de várias horas a alguns dias após cessação (ou redução) do uso prolongado de álcool:

- hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou taquicardia)

- tremor grosseiro

- insônia

- náuseas ou vômitos

- agitação psicomotora

- ansiedade

- convulsões de grande mal

- alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias

b) álcool (ou uma substância da classe ansiolítica/hipnótica/sedativa) é consumido para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

? - +

E13**E14**

SE NÃO SOUBER: Quando os sintomas [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] ocorreram? (Eles todos ocorreram mais ou menos ao mesmo tempo?)

PELO MENOS 3 ITENS DE DEPENDÊNCIA (E7-E13) SÃO CODIFICADOS COMO “+” E OCORRERAM DENTRO DO MESMO PERÍODO DE 12 MESES.

? - +

E14

Se E14 for codificado como “-” (menos que 3 itens de dependência são codificados como “+”) E você previamente pulou E2-E5 (por que dependência parecia provável), retorne a E2, pág. 44, e cheque *Abuso de Álcool*.

Se E14 for codificado como “-” (menos que 3 itens de dependência são codificados como “+”) E E6 for codificado como “+” (preenche critérios para *Abuso de Álcool*) vá para E16 (abaixo).

E15

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês?

FAÇA DIAGNÓSTICO DE DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL

? - +

E15

Vá para E17, pág. 48 (*Transtornos do Uso de Substância Não-Álcool*).

E16

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês?

FAÇA DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE ÁLCOOL

? - +

E16

Vá para E17, pág. 48 (*Transtornos do Uso de Substância Não-Álcool*).

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(>): Presente

TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Agora eu vou ler uma lista de drogas e medicamentos e você vai me dizer se já tomou alguma dessas substâncias para "dar barato", dormir melhor, perder peso, ou mudar o seu humor.

LISTA DE DROGAS

Sedativos-Hipnóticos-Ansiolíticos ("depressores"): Valium, Diazepam, Frontal, Lorax, Dalmadorm, Dormonid, Lexotan, Olcadil, Soncbom, Librium, Psicosedin, Rohypnol, Gardenal, Hidantal.

Cannabis: maconha (baseado), marijuana, erva, haxixe, THC.

Estimulantes: anfetamina, pílulas de emagrecimento, bolinha.

Opióides: heroína, morfina, ópio, Metadone, codeína (xarope para tosse), Demerol, Dolantina.

Cocaína: inalante (pó), EV (na veia), base livre, crack.

Alucinógenos ("psicodélicos"): LSD ("ácido"), mescalina, chá de cogumelo, Extasy.

PCP (fenciclidina)

Outras: esteróides, cola, tinta, inalantes/solventes (benzina, gasolina, éter, lança-perfume), óxido nítrico, solventes

E17

Qual delas lhe causou maiores problemas?

SE NEGAR PROBLEMAS: Qual delas você usou mais?

INDICAR NA FOLHA DE RESPOSTA A CLASSE DE DROGA DE USO MAIS PESADO OU QUE CAUSOU MAIORES PROBLEMAS, OU "NENHUMA" SE NÃO HÁ USO PESADO DE DROGAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A DROGAS.

E17

Se Dependência a Substância Não-Álcool parece provável, vá para E23, pág. 46.

Se "NENHUMA" foi codificada para E17, vá para Módulo F, pág. 54 (*Ansiedade e Outros Transtornos*).

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

ABUSO DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Agora eu gostaria de perguntar-lhe mais algumas questões sobre seu hábito de usar [DROGA MAIS USADA OU QUE CAUSOU MAIORES PROBLEMAS]

CRITÉRIOS PARA ABUSO DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- | | | | |
|------------|--|---|--------------------------------------|
| E18 | <p>Você já faltou ao trabalho ou à escola por que estava intoxicado (sob o efeito da droga), ou "de ressaca"? (Com que frequência?) E quanto a fazer mal-feito seu trabalho ou ir mal na escola, por que estava usando [DROGA].</p> <p>SE NÃO: E quanto a não manter sua casa limpa ou não tomar conta direito de seus filhos por que estava usando [DROGA]? (Com que frequência?)</p> | <p>Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <p>(1) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)</p> | <p>? - +</p> <p>? - + E18</p> |
| E19 | <p>Você já usou [DROGA] numa situação na qual isso poderia ser perigoso? (Você já dirigiu enquanto estava muito alterado pela droga para fazê-lo?)</p> <p>SE SIM: Quantas vezes? (Quando?)</p> | <p>(2) Uso recorrente de substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)</p> | <p>? - +</p> <p>? - + E19</p> |
| E20 | <p>O uso de [DROGA] trouxe-lhe problemas com a justiça? (Fale-me sobre isto.)</p> <p>SE SIM: Quantas vezes? Quando?</p> | <p>(3) Problemas legais recorrentes relacionados à substância (p.ex., detenções por conduta desordeira relacionado à substância)</p> | <p>? - +</p> <p>? - + E20</p> |
| E21 | <p>SE AINDA NÃO SOUBER: O uso de [DROGA] lhe causou problemas com outras pessoas, como parentes, amigos ou pessoas no trabalho? (Você já brigou fisicamente após ter usado [DROGA]? E quanto a ter discussões por causa do uso de [DROGA]?)</p> <p>SE SIM: Mesmo assim, você continuou usando [DROGA]?</p> | <p>(4) Uso contínuo de substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais)</p> | <p>? - +</p> <p>? - + E21</p> |
| E22 | | <p>PELO MENOS UM ITEM DE ABUSO É CODIFICADO COMO "+"</p> | <p>? - +</p> <p>? - + E22</p> |

Se E22 for codificado como "-" (isto é, nenhum item de abuso é codificado como "+"), volte para E17, pág. 48, se o uso de qualquer outra classe de droga pode também ter sido problemático ou excessivo, ou então vá para Módulo F, pág. 54 (*Ansiedade e Outros Transtornos*).

Se E22 for codificado como "+" (isto é, pelo menos um item de abuso é codificado como "+") E já foi checada Dependência (isto é, avaliada E23-E29 nas págs. 50-51), e considerou-se que menos que 3 foram codificados como "+", vá para E32, pág. 52, e faça o diagnóstico de *Abuso de Substância Não-Álcool*.

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

DEPENDÊNCIA A SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Agora eu gostaria de perguntar-lhe mais algumas questões sobre seu hábito de usar [DROGA].

E23 Frequentemente você notava que quando começava a usar [DROGA], acabava usando muito mais do que havia planejado?

SE NÃO: E quanto a usá-la por um período muito maior do que você havia planejado?

E24 Você já tentou diminuir ou parar de usar [DROGA]?

SE SIM: Você já realmente parou completamente de usar [DROGA]? (Quantas vezes você tentou diminuir ou parar totalmente?)

SE NÃO: Você queria parar ou diminuir? (Você ficava preocupado com isso?)

E25 Você gastava muito tempo usando [DROGA] ou fazendo qualquer coisa para consegui-la? Levava muito tempo para você voltar ao normal?

E26 Houve épocas em que você usava [DROGA] com tanta frequência que passou a usar [DROGA] ao invés de trabalhar, de ficar com sua família ou amigos, ou de ocupar-se com outras atividades de lazer?

CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA A SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

NOTA: Critérios para dependência estão apresentados em ordem diferente daquela no DSM-IV.

(3) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido

? - + **E23**

(4) Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de substância

? - + **E24**

(5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter a substância (por ex., procurar vários médicos ou dirigir por grandes distâncias), utilizar a substância, ou na recuperação de seus efeitos

? - + **E25**

(6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

? - + **E26**

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

- E27** SE AINDA NÃO SOUBER: O uso de [DROGA] já lhe causou problemas psicológicos, como ficar deprimido ou ansioso, dificultar seu sono ou causar “brancos”?
- SE AINDA NÃO SOUBER: O uso de [DROGA] já lhe causou problemas físicos significativos, ou piorou um problema físico já existente?
- SE SIM PARA QUALQUER UMA DAS QUESTÕES ACIMA: Mesmo assim você continuou a usar?
- E27** (7) O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela) ? - + **E27**
- E28** Você notou que precisava usar muito mais [DROGA] para conseguir a sensação desejada, do que quando começou a usá-la?
- SE SIM: Quanto mais?
- SE NÃO: E quanto a perceber que quando você usava a mesma quantidade, ela fazia menos efeito do que antes?
- E28** (1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado
b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância ? - + **E28**
- E29** OS ITENS SEGUINTE PODEM NÃO SE APLICAR PARA CANNABIS, ALUCINÓGENOS E FENCICLIDINA.
- Você já teve sintomas de abstinência, ou seja, sentiu-se mal quando diminuiu ou parou de usar [DROGA]?
- SE SIM: Que sintomas você teve? [REFIRA-SE À LISTA DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA NA PÁG. 53]
- SE TEVE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA: Depois de algumas horas ou mais sem usar [DROGA], frequentemente você usava a droga para evitar se sentir mal com [SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA]?
E quanto a usar [DROGA DO MESMO GRUPO] quando você se sentia mal, para tentar melhorar?
- E29** (2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
a) síndrome de abstinência característica para a substância (veja pág. 53)
b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência ? - + **E29**
- E30** SE NÃO SOUBER: Quando os [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] ocorreram? (Eles todos ocorreram mais ou menos ao mesmo tempo?)
- PELO MENOS 3 ITENS DE DEPENDÊNCIA (E23-E29) SÃO CODIFICADOS COMO “+” E OCORRERAM DENTRO DO MESMO PERÍODO DE 12 MESES.
- E30** ? - + **E30**

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

Se E30 for codificado como "-" (menos que 3 itens de dependência são codificados como "+") E você previamente pulou E18-E21, pág. 49 (por que dependência parecia provável), retorne a E18, pág. 49, e cheque *Abuso de Substância Não-Álcool*.

Se E30 for codificado como "-" (menos que 3 itens de dependência são codificados como "+") E E22, pág. 49, é codificado como "+" (preenche critérios para *Abuso de Substância Não-Álcool*) vá para E32 (abaixo).

E31	SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA) no último mês?	FAÇA DIAGNÓSTICO DE DEPENDÊNCIA A SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL	? - +	E31
------------	---	---	-------	------------

Vá para MÓDULO F, pág. 54 (*Ansiedade e Outros Transtornos*).

E32	SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA) no último mês?	FAÇA DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL	? - +	E32
------------	---	---	-------	------------

Vá para MÓDULO F, pág. 54 (*Ansiedade e Outros Transtornos*).

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

LISTA DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA (DOS CRITÉRIOS DO DSM-IV)

Estão listados abaixo os sintomas característicos de abstinência para aquelas classes de substância para quais uma síndrome de abstinência pode ser identificada. (*NOTA:* Uma síndrome de abstinência específica não foi identificada para CANNABIS e ALUCINÓGENOS). Sintomas de abstinência podem ocorrer, seguindo à cessação de uso prolongado, moderado ou pesado, de uma substância, ou à redução na quantidade usada.

SEDATIVOS, HIPNÓTICOS E ANSIOLÍTICOS: Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos:

- (1) hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou frequência cardíaca acima de 100 bpm)
- (2) tremor das mãos
- (3) insônia
- (4) náusea ou vômitos
- (5) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
- (6) agitação psicomotora
- (7) ansiedade
- (8) convulsões de grande mal

ESTIMULANTES/COCAÍNA: Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se de algumas horas a alguns dias após cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de cocaína ou estimulante:

- (1) fadiga
- (2) sonhos vívidos e desagradáveis
- (3) insônia ou hipersonia
- (4) aumento do apetite
- (5) retardo ou agitação psicomotora

OPIÓIDES: Três (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se dentro de alguns minutos a alguns dias após cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opióides (algumas semanas ou mais) ou administração de um antagonista de opióides após um período de uso de opióides:

- (1) humor disfórico
- (2) náusea ou vômito
- (3) dores musculares
- (4) lacrimejamento ou rinorréia
- (5) dilatação das pupilas, piloereção ou sudorese
- (6) diarreia
- (7) bocejos
- (8) febre
- (9) insônia

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-límiar) (+): Presente

F. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

TRANSTORNO DE PÂNICO

CRITÉRIOS PARA
TRANSTORNO DE PÂNICO**F1**

Você já teve um ataque de pânico, no qual você repentinamente ficou assustado ou ansioso ou desenvolveu vários sintomas físicos?

SE SIM: Esses ataques sempre vêm completamente de forma inesperada - em situações nas quais você não esperava ficar nervoso ou desconfortável?

SE NÃO ESTIVER CLARO: Quantos desses ataques você já teve? (Pelo menos dois?)

A. (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados

? - +

F1

Se **F1** for codificado como "-" (isto é, não há ataques recorrentes e inesperados), vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

F2

Após alguns desses ataques...

Você ficou preocupado achando que havia algo terrível com você, como se estivesse tendo um ataque cardíaco ou estivesse ficando louco? (Por quanto tempo você se preocupou? Pelo menos por um mês?)

SE NÃO: Você ficou muito preocupado se teria outro ataque? (Por quanto tempo você se preocupou? Pelo menos por um mês?)

SE NÃO: Você fez algo diferente por causa desses ataques, como evitar certos lugares ou não sair sozinho? (E quanto a evitar certas atividades, como exercitar-se? E quanto a procurar estar sempre próximo a um banheiro ou a uma saída?)

(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:

(b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")

(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais

(c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

? - +

F2

Se **F2** for codificado como "-" (isto é, não há preocupação persistente acerca dos ataques ou de suas implicações e não há mudança no estilo de vida), vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

Quando foi o último ataque significativo?
Qual foi a primeira coisa que você notou?
E depois?

F3	SE NÃO SOUBER: Todos os sintomas vieram de repente?	Os sintomas do ataque de pânico desenvolvem-se abruptamente e atingem um pico dentro de 10 minutos.	? - +	F3
	SE SIM: Quanto tempo passou entre o início do ataque e os sintomas tornarem-se realmente ruins? (Menos que 10 minutos?)			

Se **F3** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não se desenvolveram abruptamente ou não alcançaram um pico dentro de 10 minutos), vá para **F25**, pág.59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

Durante esse ataque...

F4	...o seu coração acelerou, bateu forte ou fêlhou em algumas batidas?	(1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado	? - +	F4
F5	...você suava?	(2) sudorese	? - +	F5
F6	...você teve tremores ou estremeçimentos?	(3) tremores ou abalos	? - +	F6
F7	...você teve falta de ar? (Teve dificuldades de respirar?)	(4) sensações de falta de ar ou sufocamento	? - +	F7
F8	...parecia que você estava asfixiado?	(5) sensações de asfixia	? - +	F8
F9	...você sentiu dor ou pressão no peito?	(6) dor ou desconforto torácico	? - +	F9
F10	...você teve náuseas ou mal-estar no estômago ou sensação de que teria uma diarreia?	(7) náusea ou desconforto abdominal	? - +	F10
F11	...você se sentiu tonto, sem equilíbrio, ou que iria desmaiar?	(8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio	? - +	F11
F12	...as coisas ao seu redor pareciam estranhas ou você se sentia longe delas ou como se estivesse separado de uma parte do seu corpo?	(9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despessoalização (estar distanciado de si mesmo)	? - +	F12
F13	...você teve medo de ficar louco ou de perder o controle?	(10) medo de perder o controle ou enlouquecer	? - +	F13
F14	...você teve medo de morrer?	(11) medo de morrer	? - +	F14
F15	...você teve formigamentos ou dormências em alguma parte do seu corpo?	(12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento)	? - +	F15
F16	...você teve ondas de calor ou de frio?	(13) calafrios ou ondas de calor	? - +	F16

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

F17PELO MENOS QUATRO DE F4-F16
SÃO CODIFICADOS COMO “+”

? - +

F17

Se F17 for codificado como “-” (isto é, três ou menos sintomas de ataque de pânico estão presentes), vá para F25, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

F18

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que os ataques de pânico possam ser secundários (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 72 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

Condições médicas gerais etiológicamente relacionadas com ataques de pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, convulsões e condições cardíacas (por ex., arritmias, taquicardia supraventricular).

Substâncias etiológicamente relacionadas com ataques de pânico incluem intoxicação com estimulantes do SNC (p.ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou cannabis ou abstinência de depressores do SNC (p.ex., álcool, barbitúricos) ou de cocaína.

? - +

F18

Se F18 acima for codificado como “-” (isto é, os ataques de pânico são devido a uma condição médica geral), pergunte o seguinte:

Houve alguma outra vez em que você tenha tido ataques de pânico e eles não foram por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para F1, pág. 54, e pergunte sobre esses ataques.

Se “não”, vá para F25, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

F19

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (por ex., quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

? - +

F19

Se F19 for codificado como “-” (isto é, os ataques de pânico são melhor explicados por outro transtorno mental), vá para F25, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

**CRITÉRIOS PARA
TRANSTORNO DE PÂNICO
COM AGORAFOBIA**

- F20** SE NÃO FOR ÓBVIO NA REVISÃO GERAL.: Existem situações que deixam você nervoso por temer que poderia ter um ataque?
- SE SIM: Fale-me sobre isso...
- SE NÃO PUDEER ESPECIFICAR:
E quanto a...
- ...ficar desconfortável se você está há uma certa distância de casa?
...estar num lugar com muitas pessoas como numa loja cheia, cinema ou restaurante?
...permanecer em uma fila?
...estar em uma ponte?
...usar transporte público - como ônibus, trem ou metrô - ou dirigir um carro?
- B. Presença de agorafobia: ? - + **F20**
- (1) Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico. Os temores agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que incluem: estar fora de casa desacompanhado; estar em meio a uma multidão ou permanecer em uma fila; estar em uma ponte; viajar de ônibus, trem ou automóvel

Se F20 for codificado como "-" (isto é, não há ansiedade acerca de estar em locais associados com ataque de pânico), vá para F24, pág. 58.

- F21**
- (2) As situações agorafóbicas são evitadas (por ex., viagens são restringidas) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia ? - + **F21**

Se F21 for codificado como "-" (isto é, as situações agorafóbicas não são evitadas e não há sofrimento), vá para F24, pág. 58.

- F22** Você esvita essas situações?
- SE NÃO: Quando você está em uma destas situações, você se sente muito desconfortável ou como se poderia ter um ataque de pânico?
- (Você pode ir a uma dessas situações somente se você está com alguém conhecido?)
- (3) A ansiedade ou esquia agorafóbica não é melhor explicada por um outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., a esquia se limita a situações sociais pelo medo do embaraço), Fobia Específica (por ex., a esquia se limita a uma única situação, como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., esquia à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., esquia de estímulos associados com um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., esquia a afastar-se do lar ou de parentes). ? - + **F22**

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

Se F22 for codificado como “-” (isto é, esQUIVA é melhor explicada por um outro transtorno mental), vá para F24, pág. 58.

F23	SE NÃO SOUBER: Você teve [ATAQUES DE PÂNICO OU SINTOMAS DE AGORAFOBIA] no último mês?	AGORAFOBIA ESTÁ PRESENTE COM TRANSTORNO DE PÂNICO. (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA)	? - +	F23
------------	---	--	-------	------------

Vá para F25, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

F24	SE NÃO SOUBER: Você teve algum ataque de pânico no último mês?	AGORAFOBIA <u>NÃO</u> ESTÁ PRESENTE COM TRANSTORNO DE PÂNICO (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO PÂNICO SEM AGORAFOBIA).	? - +	F24
------------	--	---	-------	------------

Vá para F25, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

**TRANSTORNO OBSESSIVO-
COMPULSIVO****CRITÉRIOS PARA
TRANSTORNO OBSESSIVO-
COMPULSIVO**

F25	<p>Agora eu gostaria de lhe perguntar se você já foi incomodado por pensamentos que não faziam sentido e que voltavam à sua cabeça, mesmo se você tentasse evitá-los.</p> <p>(Como eram eles?)</p> <p>SE O PACIENTE NÃO ESTIVER CERTO DO SIGNIFICADO: ...Pensamentos ruins como machucar realmente alguém, mesmo não querendo fazê-lo, ou ser contaminado por germes ou sujeiras?</p>	<p>Obsessões, definidas por (1), (2), (3) e (4): ? - + F25</p> <p>(1) pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento</p>
Se F25 for codificado como "-" (isto é, não há pensamentos recorrentes que são intrusivos e inadequados), vá para F30, pág. 60.		
F26		<p>(2) os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real ? - + F26</p>
Se F26 for codificado como "-" (isto é, os pensamentos são meras preocupações com problemas da vida real), vá para F30, pág. 60.		
F27	<p>Quando você tinha esses pensamentos, você tentava de todas as maneiras tirá-los de sua cabeça? (O que você tentava fazer?)</p>	<p>(3) a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação ? - + F27</p>
Se F27 for codificado como "-" (isto é, não tenta ignorar ou suprimir os pensamentos), vá para F30, pág. 60.		
F28	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: De onde você achava que esses pensamentos vinham?</p>	<p>(4) a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente (não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamento) ? - + F28</p>
Se F28 for codificado como "-" (isto é, a pessoa sente que os pensamentos são impostos a partir de fora), vá para F30, pág. 60.		
F29		<p>OBSESSÕES: (1), (2), (3) E (4) SÃO CODIFICADOS COMO "+" ? - + F29</p>

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

- F30** Já houve alguma coisa que você tinha que fazer repetidamente e não podia deixar de fazer, como lavar as mãos várias vezes, contar até um certo número, ou checar algo várias vezes até ter certeza de que tinha feito certo?
(O que você tinha que fazer?)
- Compulsões, definidas por (1) e (2): ? - + **F30**
- (1) comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.

Se **F30** for codificado como “-” (isto é, não há comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta a obsessão ou de acordo com regras), vá para **F33**, abaixo.

- F31** SE NÃO ESTIVER CLARO: Por que você tinha que fazer [ATO COMPULSIVO]? O que aconteceria se você não fizesse isso?
SE NÃO ESTIVER CLARO: Quantas vezes você tinha que fazer [ATO COMPULSIVO]? Quanto tempo do dia você gastava fazendo isso?
- (2) os comportamentos ou atos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos. ? - + **F31**

Se **F31** for codificado como “-” (isto é, comportamentos ou atos não visam prevenir sofrimento ou algum evento temido e não são excessivos), vá para **F33**, abaixo.

- F32** **COMPULSÕES (1) e (2) SÃO “+”** **F32**
- F33** OU **F29** OU **F32** É CODIFICADO COMO “+” A. Obsessões ou compulsões. ? - + **F33**

Se **F33** for codificado como “-” (isto é, nem obsessões nem compulsões estão presentes), vá para **F39**, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

- F34** Você (pensava em [PENSAMENTOS OBSESSIVOS] / fazia [ATOS COMPULSIVOS] mais do que deveria (ou faria sentido)?
SE NÃO: E quanto à época em que esse problema começou?
- B. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. **Nota:** Isso não se aplica a crianças. ? - + **F34**

Se **F34** for codificado como “-” (isto é, nunca reconheceu que obsessões ou compulsões são irracionais), vá para **F39**, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

- F35** Quais efeitos que essa [OBSESSÃO OU COMPULSÃO] teve na sua vida? (Você se incomodava muito com [OBSESSÃO OU COMPULSÃO]? Quanto tempo você gastava com [OBSESSÃO OU COMPULSÃO]?)
- C. As obsessões ou compulsões causam ? - + **F35**
acentuado sofrimento, consomem tempo (tomam mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

Se F35 for codificado como “-” (isto é, obsessões e compulsões não são clinicamente significativas), vá para F39, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

- F36**
- D. Se um outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (por ex., preocupação com alimentos na presença de um Transtorno Alimentar; puxar os cabelos na presença de Tricotilomania; preocupação com a aparência na presença de Transtorno Dismórfico Corporal; preocupação com drogas na presença de um Transtorno por Uso de Substância; preocupação com ter uma doença grave na presença de Hipocondria; preocupação com anseios ou fantasias sexuais na presença de uma Parafilia; ruminações de culpa na presença de um Transtorno Depressivo Maior). ? - + **F36**

Se F36 for codificado como “-” (isto é, o conteúdo das obsessões e compulsões é restrito a outro transtorno do Eixo I), vá para F39, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

- F37** Um pouco antes do começo das [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] você estava usando drogas ou remédios?
- Um pouco antes das [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] iniciarem-se, você estava doente fisicamente?
- Se houver alguma indicação de que as obsessões ou compulsões possam ser secundárias (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 72 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.
- E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral. ? - + **F37**
- Condições médicas gerais etiológicamente relacionadas com transtorno de pânico incluem certas neoplasias do sistema nervoso central.
- Substâncias etiológicamente relacionadas com transtorno de pânico incluem intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (p.ex., cocaína, anfetaminas).

Se F37 for codificado como “-” (isto é, as obsessões e compulsões são devidas a uma condição médica geral ou substância), vá para F39, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

- F38** SE NÃO SOUBER: Você teve [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] no mês passado?
- CRITÉRIOS A, B, C, D e E SÃO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO) ? - + **F38**

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

F39

Algumas coisas que acontecem com as pessoas são extremamente perturbadoras - coisas como estar em uma situação ameaçadora à vida, como um desastre grave, acidente muito sério ou incêndio; ser fisicamente agredido ou violentado sexualmente, ver outra pessoa ser assassinada ou morrer, ser gravemente ferido, ou receber a notícia sobre algo terrível que aconteceu a alguém que é próximo a você. Alguma vez durante a sua vida, algo deste tipo aconteceu com você?

SE ALGUM EVENTO É CITADO:
Às vezes essas coisas ficam voltando à cabeça em pesadelos, lampejos ou pensamentos que a pessoa não consegue se livrar. Isso já aconteceu com você?

SE NÃO: E quanto a ficar muito transtornado em uma situação que lhe lembrava uma dessas coisas terríveis?

ANOTE EVENTOS TRAUMÁTICOS NA
FOLHA DE RESPOSTA

F39

Se não há eventos citados ou a resposta para ambas as perguntas acima é não, vá para **F65**, pág. 66.

PARA AS PERGUNTAS SEGUINTE,
FOCALIZE NO(S) EVENTO(S)
TRAUMÁTICO(S) MENCIONADO NA
QUESTÃO ACIMA.

CRITÉRIOS PARA TEPT

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

F40

**SE MAIS DE UM TRAUMA É
RELATADO:** Quais dessas situações você
acha que mais lhe afetou?

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros

? - + F40

Se **F40** for codificado como "-" (isto é, nenhum estressor qualificante), vá para **F65**, pág. 66.

F41

SE NÃO ESTIVER CLARO: Como você reagiu quando [TRAUMA] aconteceu? (Você ficou com muito medo ou se sentiu aterrorizado ou impotente?)

(2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror

? - + F41

Nota: Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado.

Se **F41** for codificado como "-" (isto é, a pessoa não reagiu com medo, impotência ou horror), vá para **F65**, pág. 66.

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

Agora eu gostaria de perguntar sobre formas específicas de como isso possa ter afetado você.

Por exemplo...

- | | | | | |
|------------|---|---|-------|------------|
| F42 | ...você pensava sobre [TRAUMA] quando você não queria ou pensamentos sobre [TRAUMA] vinham subitamente quando você não queria? | (1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções | ? - + | F42 |
| | | <i>Nota:</i> Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma. | | |
| F43 | ...e quanto a ter sonhos sobre [TRAUMA]? | (2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento | ? - + | F43 |
| | | <i>Nota:</i> Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável. | | |
| F44 | ...e quanto a agir ou sentir como se estivesse de volta na situação? | (3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado) | ? - + | F44 |
| F45 | ...e quanto a ficar muito transtornado quando alguma coisa lembra [TRAUMA]? | (4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático | ? - + | F45 |
| | | <i>Nota:</i> Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma. | | |
| F46 | ...e quanto a ter sintomas físicos - como ficar molhado de suor, respirar com dificuldade ou sentir o coração bater forte ou acelerado? | (5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático | ? - + | F46 |
| F47 | PELO MENOS UM SINTOMA "B" É CODIFICADO COMO "+" | | ? - + | F47 |

Se F47 for codificado como "-" (isto é, nenhum sintoma "B" é "+"), vá para F65, pág. 66.

Desde [TRAUMA]...

F48	...você fez um esforço especial para evitar pensar ou falar sobre o que aconteceu?	(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma	? - +	F48
F49	...você se afastou das coisas ou pessoas que lembravam do [TRAUMA]?	(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma	? - +	F49
F50	...você consegue recordar alguma parte importante do que aconteceu?	(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma	? - +	F50
F51	...você ficou muito menos interessado em fazer coisas que costumam ser importantes para você, como ver amigos, ler livros, ou assistir televisão?	(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas	? - +	F51
F52	...você se sentiu afastado ou distante dos outros?	(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas	? - +	F52
F53	...você se sentiu "entorpecido" ou como se fosse incapaz de ter sentimentos sobre qualquer coisa ou sentimentos de carinho por alguém?	(6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho)	? - +	F53
F54	...você observou uma mudança no jeito que você pensa ou nos planos para o futuro?	(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida)	? - +	F54
F55	PELO MENOS TRÊS SINTOMAS "C" SÃO CODIFICADOS COMO "+"		? - +	F55

Se F55 for codificado como "-" (isto é, menos que três sintomas "C" são codificados como "+"), vá para F65, pág. 66.

Desde [TRAUMA]...

F56	...você teve problemas de sono? (Que tipo de problema?)	(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono	? - +	F56
F57	...você tem estado incomumente irritável? E quanto a crises de raiva?	(2) irritabilidade ou surtos de raiva	? - +	F57

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

F58	...você teve dificuldades de concentração?	(3) dificuldade em concentrar-se	? - +	F58
F59	...você fica alerta ou de guarda mesmo quando não há razão?	(4) hipervigilância	? - +	F59
F60	...você tem sobressaltados ou se assusta facilmente, com barulhos inesperados, por exemplo?	(5) resposta de sobressalto exagerada	? - +	F60
F61	PELO MENOS DOIS SINTOMAS "D" SÃO CODIFICADOS COMO "+"		? - +	F61
Se F61 for codificado como "-" (isto é, menos que dois sintomas "D" são codificados como "+"), vá para F65 , pág. 66.				
F62	Por quanto tempo esses problemas, como [SINTOMAS DE TEPT] duraram?	E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.	? - +	F62
Se F62 for codificado como "-" (isto é, a duração é de 1 mês ou menos), vá para F65 , pág. 66.				
F63	F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.		? - +	F63
Se F63 for codificado como "-" (isto é, a perturbação não é clinicamente significativo), vá para F65 , pág. 66.				
F64	SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+"] no mês passado?	CRITÉRIOS A, B, C, D, E e F SÃO CODIFICADOS COMO "+" (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO)	? - +	F64

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

OUTROS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

F65	SE TRANSTORNO DO PÂNICO AINDA NÃO FOI DIAGNOSTICADO: Você já teve medo de sair de casa sozinho, ficar sozinho no meio de muitas pessoas, ficar em uma fila ou viajar de ônibus ou de trem?	SE SIM, <i>Considerar: Agorafobia Sem História de Transtorno do Pânico.</i> Agorafobia relacionada ao medo de desenvolver sintomas tipo pânico (p.ex., tontura ou diarreia) sem uma história de Transtorno do Pânico.	? - +	F65
F66	Há alguma coisa que você já teve medo de fazer ou se sentiu desconfortável em fazer na frente de outras pessoas, como falar, comer ou escrever?	SE SIM, <i>Considerar: Fobia Social.</i> Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais (ou de desempenho), que interfere significativamente na rotina normal da pessoa, no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou nos relacionamentos (ou há sofrimento acentuado por ter a fobia).	? - +	F66
F67	Há alguma coisa em particular de que você tem medo, como voar, ver sangue, levar um tiro, alturas, lugares fechados, ou certos tipos de animais ou insetos?	SE SIM, <i>Considerar: Fobia Específica.</i> Medo acentuado e persistente que é excessivo e irracional, e que interfere significativamente na rotina normal da pessoa, no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou nos relacionamentos (ou há sofrimento acentuado por ter a fobia).	? - +	F67
F68	Nos últimos 6 meses, você esteve particularmente nervoso ou ansioso?	SE SIM, <i>Considerar: Transtorno de Ansiedade Generalizada.</i> Ansiedade e preocupação excessivas ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, não devido a uma condição médica geral ou substância, causando sofrimento ou prejuízo significativos. <i>NOTA:</i> Um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada requer que a ansiedade ocorra em períodos outros que exclusivamente durante um Transtorno Psicótico ou de Humor.	? - +	F68

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

F69

Ansiedade ou esquia fóbica clinicamente significativas que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno de Ansiedade específico, Transtorno de Ajustamento Com Ansiedade ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão.

? - + **F69**

Se F69 for codificado como “-” (isto é, ausência de sintomas de ansiedade clinicamente significativos não preenchendo critérios para um Transtorno de Ansiedade específico), vá para F72, pág. 68. (*Transtornos Somatoformes*)

F70

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Não é devido a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicação) ou a uma condição médica geral.

? - + **F70**

Um pouco antes disso começar, você estava tomando remédios?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Condições médicas gerais etiológicamente relacionadas com transtorno de ansiedade incluem hiper- e hipotireoidismo, hipoglicemia, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, ICC, arritmias, embolismo pulmonar, DPOC, pneumonia, hiperventilação, deficiência de vitamina B₁₂, porfiria, neoplasias do SNC, disfunção vestibular e encefalite.

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando drogas?

Substâncias etiológicamente relacionadas com transtorno de ansiedade incluem intoxicação com estimulantes do SNC (p.ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou cannabis, alucinógenos, PCP, ou álcool, ou abstinência de depressores do SNC (por ex., álcool, sedativos, hipnóticos).

Se houver alguma indicação de que os sintomas de ansiedade possam ser secundários (isto é, uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 72, e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

Se F70 for codificado como “-” (isto é, devido a substância ou condição médica geral), vá para F72, pág. 68.

F71

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS DE ANSIEDADE] no mês passado?

FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

? - + **F71**

(?): Informação Inadequada (-): Ausente (ou sub-limiar) (+): Presente

TRANSTORNOS SOMATOFORMES

- F72** Durante os últimos anos, como esteve a sua saúde física? *Se houver queixas físicas inexplicadas, considerar:* ? - + **F72**
- Com que frequência você precisou procurar um médico por que não estava se sentindo bem? (Por que motivo?)
- SE FREQUENTE:** O médico sempre foi capaz de descobrir o que estava errado? (Fale-me sobre isto.) Houve vezes em que o médico disse não haver nada de errado com você, mas mesmo assim, você continuava convencido de que alguma coisa estava errada?
- Transtorno de Somatização.** Pelo menos oito queixas físicas inexplicadas ocorrendo por um período de vários anos, começando antes dos 30 anos **OU**
- Transtorno Somatoforme Indiferenciado.** Queixas físicas inexplicadas que não preenchem critérios para Transtorno de Somatização.
- F73** Você se preocupa muito com a sua saúde física? O seu médico acha que você se preocupa muito? *SE SIM, Considerar: Hipocondria.* Preocupação com temores de ter uma doença grave, que persiste apesar de avaliação e garantias médicas apropriadas. ? - + **F73**
- F74** Algumas pessoas são muito incomodadas com o modo como aparentam. Isto é um problema para você? *SE SIM, Considerar: Transtorno Dismórfico Corporal.* Preocupação com um defeito imaginado na aparência. ? - + **F74**

TRANSTORNOS ALIMENTARES

- F75** Já houve uma época em que as outras pessoas achavam que você pesava muito menos do que deveria? *SE SIM, Considerar: Anorexia Nervosa.* Recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do peso mínimo normal, acompanhado por um medo intenso de tornar-se gordo. ? - + **F75**
- F76** Você muitas vezes teve episódios em que sua maneira de comer estava fora de controle? *SE SIM, Considerar: Bulimia Nervosa.* Episódios recorrentes de compulsão periódica com comportamento compensatório inadequado. ? - + **F76**
- Fale-me sobre esses episódios.

CONTINUE COM O RESTANTE DA SCID SOMENTE SE HOUVER UM TRANSTORNO ATUAL QUE NÃO SATISFAZ OS CRITÉRIOS PARA UM TRANSTORNO ESPECÍFICO DO EIXO I DO DSM-IV. DO CONTRÁRIO, FIM DA SCID.

ANEXO 3

Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE-E

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

avaliação

Muitíssimo4 Um pouco2
Bastante3 Absolutamente não1

Item	Descrição				
1	Sinto-me calmo(a)	4	3	2	1
2	Sinto-me seguro(a)	4	3	2	1
3	Estou tenso(a)	1	2	3	4
4	Estou arrependido(a)	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	4	3	2	1
6	Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado(a)	4	3	2	1
9	Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10	Sinto-me "em casa"	4	3	2	1
11	Sinto-me confiante	4	3	2	1
12	Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13	Estou agitado(a)	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído(a)	4	3	2	1
16	Sinto-me satisfeito(a)	4	3	2	1
17	Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18	Sinto-me superexcitado(a)e confuso(a)	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	4	3	2	1
20	Sinto-me bem	4	3	2	1

Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE-T

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

avaliação

Quase sempre.....4 Às vezes.....2
Freqüentemente.....3 Quase nunca....1

Item	Descrição				
1	Sinto-me bem	4	3	2	1
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rápidas	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado	4	3	2	1
7	Sinto-me calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	4	3	2	1
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	4	3	2	1
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro	4	3	2	1
14	Evito ter que enfrentar crises e problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16	Estou satisfeito	4	3	2	1
17	Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	4	3	2	1
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO 4

BDI – Questionário de Auto avaliação

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções:

Selecionar a afirmativa que melhor descreva como você se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje. Se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Acho que não tenho mais nada por esperar.
 3 Acho que o futuro é sem esperanças e tenho impressão que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que vejo é uma porção de fracassos
 3 Acho que sou um fracasso completo quanto pessoa

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como sempre tive.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo .
 3 Eu me sinto culpado o tempo todo.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 1 Acho que posso ser punido.
 2 Creio que serei punido.

 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 2 Estou enojado de mim.
 3 Eu me odeio.

8.
 - 0 Não acho que sou pior que os outros.
 - 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9.
 - 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 As vezes penso em me matar, mas não levo isso a diante.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.
 - 0 Não choro mais do que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Atualmente, choro o tempo todo.
 - 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, mesmo querendo.

11.
 - 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente, sinto-me irritado o tempo todo.
 - 3 Já não me irrito mais com as coisas como antes.

12.
 - 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 - 1 Interesse-me menos do que antes pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo meu interesse nas outras pessoas.

13.
 - 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
 - 1 Adio minhas decisões mais do que antes.
 - 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisão alguma.

14.
 - 0 Não acho que minha aparência seja pior do que antes.
 - 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Acho que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio.

15.
 - 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 - 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo mais fazer nenhum trabalho.

16.
 - 0 Durmo tão bem quanto de costume.
 - 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que de costume e tenho dificuldade de voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado como ficava.
1 Fico cansado com mais facilidade do que antes.
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite continua como de costume.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Emagreci mais de 2,5 Kg.
2 Emagreci mais de 5 Kg.
3 Emagreci mais de 7 Kg.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim()Não()
20. 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Problemas físicos (dores de cabeça, estômago, prisão de ventre, etc...) me preocupam.
2 Estou preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.
3 Estou preocupado com os meus problemas físicos e isso me impede de pensar em outras coisas.
21. 0 Ultimamente não tenho observado mudanças em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado em sexo do que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse sexual.

