

2

Transtornos de ansiedade e de humor

2.1.

Conceituação de Ansiedade e Transtornos de Humor

A origem da palavra ansiedade é derivada do alemão, cuja raiz angh, significa estreitamento ou constrição, aperto. O radical Grego Anshein, significa: estrangular, sufocar, oprimir. No latim, seu sinônimo seria angustus, que expressa desconforto ou angor que significa falta de ar, opressão ou ainda angere significando constrição, sufocação, pânico (Nardi, 2006).

Para os gregos o termo depressão recebia o nome de melancolia, cunhado por Hipócrates (400 a.C.), sendo utilizado para descrever uma síndrome ou variações negativas de humor. Hipócrates, que deu início à busca de bases naturais para os transtornos mentais, ligou a melancolia ao acúmulo da denominada “bile negra” no organismo dos pacientes (de melános negro + cholé, bile). A depressão, desde essa época, caracterizava-se por tristeza profunda, o afastamento da realidade externa, sentimentos de culpa e tendência ao suicídio. Pensava-se que era preciso expulsar do organismo o humor daninho, e para isto utilizavam-se purgativos (Nardi, 2006).

No século XIX, o estabelecimento do humor como uma função mental, a valorização dos sentimentos e emoções reforçadas pelo romantismo, o fracasso do modelo anátomo-clínico, que é a busca de correspondência entre lesões cerebrais e sinais e sintomas mentais e o nascimento da Psicopatologia, deram origem ao ímpeto classificatório dos transtornos mentais (Nardi, 2006).

A segunda metade do século XX destacou-se quanto à prática psiquiátrica no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento dos transtornos mentais. Este último recebeu uma ajuda fundamental, pois na década de 1950, houve a descoberta de duas classes de medicamentos antidepressivos (Nardi, 2005)

A ansiedade é uma emoção cujos componentes são psicológicos e fisiológicos, fazendo parte do espectro normal das experiências humanas. É um sinal de alerta, permitindo ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente e utilizar

recursos necessários para lidar com esta ameaça. Ela permite ao indivíduo reunir os comportamentos eficientes para lidar da melhor maneira com uma determinada situação. Em outras palavras é um sentimento útil, nem sempre é a vilã da história. Foi ela que preservou nossa espécie até os dias atuais (Nardi, 1998). Segundo Nardi, “sem ansiedade estaríamos vulneráveis aos perigos e ao desconhecido, sendo algo que está presente no desenvolvimento normal, nas mudanças e nas experiências inéditas.”

Certos graus de ansiedade podem ser considerados benéficos, preparando o indivíduo adequadamente para tarefas cotidianas. No início do século XX, esse princípio foi proposto através da Lei de Yerkes-Dodson (1908), que diz o seguinte: existe um ponto ótimo de ansiedade necessário para a melhor execução de uma determinada atividade. A figura 2.1 ilustra graficamente que a relação entre ansiedade e desempenho toma a forma de uma curva em “U” invertido; ou seja, até um determinado ponto, o aumento da ansiedade tem a capacidade de aumentar o desempenho. Em contrapartida, aumentar ansiedade além de um determinado grau provoca a redução de desempenho. A Lei de Yerkes-Dodson sugere ainda que o ponto ótimo para a execução de uma determinada tarefa depende do seu grau de dificuldade. Assim, tarefas mais fáceis necessitam níveis maiores de ansiedade em relação a tarefas mais difíceis. Todavia, níveis exageradamente elevados de ansiedade sempre prejudicam a execução de uma tarefa, seja ela fácil ou difícil, caracterizando-se assim o seu aspecto patológico (Cristian, 2007; Yerkes e Dodson, 1908).

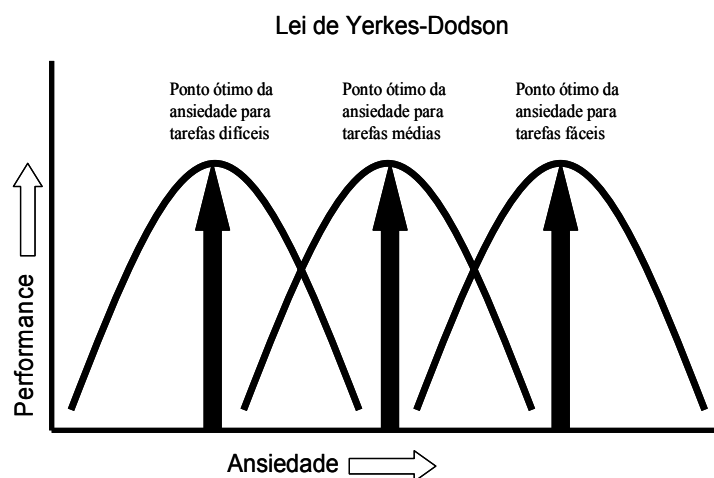


Figura 1. Lei de Yerkes-Dodson (Cristian, 2007).

Segundo Nardi (1998) a ansiedade permite a um estudante que terá seus conhecimentos testados, estudar o suficiente para ter maior segurança e, conseqüentemente, menor ansiedade; ou, então, que um jovem se prepare demoradamente e com vários detalhes irrelevantes para um encontro amoroso. Após algum tempo, a preparação para o encontro com uma antiga namorada torna-se quase desnecessária, já que não há mais ansiedade (Nardi, 1998).

Dessa maneira, a ansiedade parece ser, em determinados níveis, um fenômeno adaptativo, uma vez que ela tem a capacidade de aperfeiçoar ou potencializar recursos do indivíduo frente a exigências do meio. Nessa mesma linha de pensamento, Levenson (1999) define a ansiedade como uma emoção capaz de organizar comportamentos eficientes para atender às exigências dinâmicas do ambiente.

A ansiedade é uma sensação difusa, desagradável, de apreensão, acompanhada por várias sensações físicas: mal-estar gástrico, dor precordial, palpitações, sudorese excessiva, cefaléia, etc. Os padrões individuais físicos de ansiedade variam amplamente. Alguns indivíduos apresentam como sintomas cardiovasculares, outros apenas sintomas gastrintestinais, e há aqueles que apresentam apenas um sintoma, como sudorese excessiva (Nardi, 1998). A ansiedade é considerada patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (Andrade e Gorestein, 1998).

Entre os diversos transtornos emocionais conhecidos, o da ansiedade vem afetando e incapacitando inúmeros indivíduos em diferentes níveis. “Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida e 7,6% no ano” (Andrade e Gorestein, 1998). Uma característica importante desse transtorno é a distorção da percepção da realidade, acarretando interpretações alteradas em situações diárias. Essas interpretações alteradas ocorrem tanto nos níveis cognitivos (se expressando por meio de preocupações excessivas, sensação de fracasso iminente, confusão mental), como alterações comportamentais (agitação psicomotora, tremores musculares) e também sintomas fisiológicos (náusea, sudorese, palpitação) (Landeira, 1998). Tanto as escalas de Beck como as de Hamilton (estudadas no presente trabalho), utilizadas para quantificação dos

sintomas apresentados por pacientes portadores de transtornos de humor e ansiedade, possuem questões que avaliam alterações cognitivas, comportamentais e fisiológicas.

Assim como a ansiedade, o humor também tem uma função adaptativa para a sobrevivência humana. Quando o humor é normal, a capacidade de interpretar os estímulos externos e internos de maneira adequada está preservada, ou seja, o indivíduo é capaz de compreender de forma adequada se o ambiente lhe é favorável ou não, e também de modular suas respostas. Quando o ambiente é favorável, as pessoas de humor normal agirão de forma mais confiante e segura, da mesma forma que se retrairão quando o ambiente for hostil (Nardi, 2006).

A tristeza é um sentimento normal e faz parte do espectro das emoções humanas. Ela se manifesta diante de uma à frustração, decepção, perda ou fracasso. A tristeza não compromete a capacidade de raciocinar, de desempenhar atividades normais ou de reagir de forma favorável a uma boa notícia. Normalmente, com o passar do tempo, a tristeza diminui, e retorna somente quando o episódio que a desencadeou é lembrado (Nardi, 2006).

A depressão é uma doença com sintomas físicos e psíquicos bem claros, definidos e intensos, que ocorrem na ausência de um fator ambiental desencadeante, ou que é de desproporcional e anormalmente duradoura quando relacionada a um evento estressante ou entristecedor. Na depressão, mesmo eventos agradáveis, são percebidos como hostis. As pessoas acometidas por esta doença, não têm forças para buscar estímulos prazerosos e ao perceberem tal incapacidade, tornam-se irritáveis, aumentando a sensação de mal-estar (Nardi, 2006).

2.2.

Classificação dos transtornos de ansiedade e de humor

“Embora seja possível falar em doenças em grande parte das patologias cerebrais, a rigor não é adequado fazer o mesmo na maioria das condições mentais mórbidas” (Lent, 2008). Isto porque o mecanismo fisiológico que leva às doenças (fisiopatologia) destes transtornos, embora venha crescendo bastante, ainda é insuficiente. Daí a necessidade de criar outro termo para designar estas condições. Tanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª

edição, texto revisado (DSM-IV-TR, 2000), da Associação Americana de Psiquiatria quanto a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID – 10), da Organização Mundial de Saúde, adotam “transtornos mentais” para descrever condições mentais mórbidas (Lent, 2008). Constam no DSM-IV-TR dez classificações dos transtornos de humor e quatorze classificações dos transtornos de ansiedade.

2.2.1.

Classificação dos Transtornos de Ansiedade

Dentre os Transtornos de Ansiedade a seguir, os mais abordados no presente trabalho, assim como os relacionados com este, compreendem: Ataque de Pânico, Transtorno de Pânico com ou sem agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Agorafobia sem história de Transtorno de pânico, Fobia Social, Fobia Específica, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). A seguir é apresentada uma breve descrição destes exemplos de transtornos de ansiedade que foram referidos.

Em um ataque de pânico, o indivíduo tem sintomas físicos como: desconforto no peito, vertigem, falta de ar, palpitação, dormência, sudorese, tremores entre outros e também experimenta uma sensação de morte iminente, pensa que está tendo um ataque cardíaco, “enlouquecendo”. Os ataques duram em média 10 minutos. Ele pode ser inesperado (não-provocado), situacionalmente limitado (provocado) ou situacionalmente predisposto. Segundo o DSM- IV- TR, o Transtorno de Pânico está subdividido em: 1) Transtorno de Pânico com agorafobia e 2) Transtorno de Pânico sem agorafobia. O diagnóstico de Transtorno de Pânico é feito, quando o indivíduo tem ataques de pânico inesperados e recorrentes seguidos por um mês de ansiedade antecipatória persistente ou mudança de comportamento (esquiva). O quadro clínico da agorafobia consiste em medos múltiplos e comportamento de esquiva centralizado em três temas principais: medo de sair de casa, medo de ficar sozinho e medo de estar fora de casa em situações em que pode se sentir ameaçado. O paciente passa a ter pavor de ter um novo ataque, então nos intervalos entre as crises ele desenvolve um comportamento de esquiva fóbica com o intuito de se preservar do ataque seguinte.

O TAG tem como característica principal uma ansiedade crônica e persistente e preocupação excessiva, presentes há pelo menos seis meses. Os sintomas dessa categoria diagnóstica dividiram-se em dois grupos: 1) expectativa e preocupação apreensivas e 2) sintomas físicos. Esses pacientes são constantemente preocupados com questões triviais, são medrosos e esperam sempre o pior. Tensão muscular, inquietação, insônia, dificuldade de concentração, irritabilidade, são sinais típicos do TAG.

Na Agorafobia sem história de Transtorno de Pânico têm que existir os sintomas de agorafobia e o indivíduo não pode preencher os critérios diagnósticos de Transtorno de Pânico.

O principal medo na Fobia Social é o de agir de maneira em que possa ser humilhado ou ficar embaraçado diante de outrem. Esses indivíduos temem e muitas vezes evitam situações sociais ou evitam realizar tarefas na frente dos outros. As fobias sociais típicas são: falar, comer ou escrever em público, usar banheiro público, comparecer a reuniões. Seu maior medo é o das pessoas perceberem sua ansiedade e por conta disso serem ridicularizados.

Fobia Específica é definida como o medo persistente e irracional de um objeto, atividade ou situação específica que resulta em um desejo incontrolável de evitá-los (estímulo fóbico). Essa característica é observada em outros transtornos psiquiátricos, porém esse diagnóstico só é feito quando a fonte de sofrimento é o estímulo fóbico e não o resultado de outro transtorno mental.

No que se refere ao TOC as características principais são obsessões e compulsões. Obsessões são idéias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes que são vivenciados como intrusivos. O conteúdo da obsessão é estranho e não está dentro do seu próprio controle. Os temas mais comuns giram em torno de contaminação (por ex: ser contaminado em apertos de mão), dúvidas repetidas (por ex: imaginar se forem executados certos atos como machucar alguém em um acidente de trânsito), uma necessidade de organizar as coisas (por ex: intenso sofrimento quando os objetos estão desorganizados).

O indivíduo com obsessões em geral tenta suprimi-los ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação (comportamento). As compulsões são comportamentos repetitivos (por ex: lavar as mãos) ou atos mentais (por ex: orar, contar) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento.

No TEPT tem que existir antes do desenvolvimento do transtorno, o que lhe faz diferente dos outros transtornos do grupo, um fator de estresse ou trauma precipitante. Então o indivíduo é exposto a um extremo estressor traumático, envolvendo experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério sofrimento ou outra ameaça à própria integridade física. O evento pode ser revivido de várias formas. Normalmente a pessoa tem recordações recorrentes e intrusivas do fato, podem ocorrer sonhos agonizantes trazendo um intenso sofrimento.

2.2.2.

Classificação dos Transtornos de Humor

Em relação aos Transtornos de Humor, os diagnósticos abordados neste trabalho são: Transtorno de Depressão Maior (TDM) e Transtorno Bipolar, apesar de também estarem descritos o Transtorno Distímico e a Depressão Psicótica.

O que caracteriza o TDM são a presença de anedonia (prazer) e tristeza assim como alteração do sono, do apetite, uma sensação de estar sendo punido, culpa. Compreende também sintomas físicos como falta de energia, cansaço podendo estar presentes dores musculares. Os sintomas têm que estar presente por duas semanas.

O Transtorno Distímico apresenta semelhanças com o TDM no sentido de apresentarem os mesmos sintomas com exceção no que diz respeito ao número de sintomas presentes e o tempo mínimo de duração. Enquanto para o diagnóstico de TDM é necessária a presença de quatro sintomas persistentes durante duas semanas, no Transtorno Distímico é preciso que existam apenas 2 sintomas num período de 2 anos.

A Depressão Psicótica se refere ao episódio depressivo maior somado de sintomas psicóticos, como delírios e alucinações.

O Transtorno Bipolar é caracterizado pela presença de sintomas depressivos e sintomas maníacos. A paciente alterna seu humor indo de um pólo ao outro. Além de apresentarem sintomas depressivos, como os descritos acima, apresentam também mania onde está presente o humor exaltado, sono diminuído, pressão para falar, pensamento muito acelerado (taquipsiquismo), ocasionando a perda da linha de raciocínio (fuga de idéias), agitação psicomotora entre outros.

2.3. Neurobiologia da Ansiedade e da Depressão

2.3.1. Neurobiologia da Ansiedade

Toda emoção é uma experiência subjetiva acompanhada de manifestações fisiológicas detectáveis por métodos da neurociência. Esses correlatos fisiológicos, que são respostas do Sistema Nervoso Autônomo, podem ser detectáveis também por meio de manifestações comportamentais (respostas motoras), e, portanto observáveis e quantificáveis. Nos seres humanos, a experiência subjetiva é de difícil acesso dificultando a exata identificação destas manifestações (Lent, 2005).

A expressão das emoções é inata e tem um valor de sobrevivência do indivíduo e da espécie e funciona como comunicação social, por isso ela foi mantida e passada de uma geração para outra.

Os psicofisiologistas têm utilizado indicadores comportamentais e fisiológicos das emoções para estudar a sua base neurobiológica (Lent, 2005). Normalmente são utilizados animais normais e outros com alguma lesão no sistema nervoso, o animal é treinado a realizar tarefas sob condições ansiogênicas e então é registrado seu comportamento ou reações autonômicas.

O medo, a ansiedade e o estresse são emoções negativas, pois provocam desprazer aumentando a frequência cardíaca, a sudorese, empalidecimento entre outras manifestações fisiológicas. Esses sintomas são comuns caso o indivíduo se sinta ameaçado por algum estímulo. Ele pode ser rápido e passageiro quando uma pessoa ao caminhar pela rua, repentinamente, ouve o som de uma buzina e tem uma reação de sobressalto levando um susto, essa sensação desaparece logo em seguida. Outras vezes o estímulo é realmente ameaçador, prolongando o medo. Quando isso acontece durante muito tempo, esse medo e estado de tensão tornam-se crônicos transformando essa emoção em um transtorno de ansiedade que pode gerar também problemas físicos como gastrite e úlcera (Lent, 2005).

O termo ansiedade é geralmente reservado a um estado de tensão ou apreensão cujas causas não são necessariamente produtoras de medo, mas sim da

expectativa de alguma coisa, nem sempre ruim, que acontecerá no futuro próximo (Lent, 2005).

Na ansiedade e no estresse os ajustes fisiológicos extrapolam o âmbito do Sistema Nervoso Autônomo e atingem o sistema endócrino e imunitário (Lent, 2005). A ativação do Sistema Nervoso Simpático causa taquicardia, sudorese entre outros sintomas, mas também causa a estimulação da supra-renal, cujas células secretam adrenalina e noradrenalina. A liberação desses hormônios na corrente sanguínea torna os sintomas mais prolongados.

2.3.2. Neurobiologia da Depressão

Embora flutuações do humor ao longo do dia sejam normais, em alguns indivíduos elas podem se tornar excessivas em intensidade e/ou duração, caracterizando um transtorno do humor (Lent, 2008).

As causas da depressão ainda não estão claras, mas existe um componente hereditário, e os familiares de primeiro grau apresentam um risco 1,5 a 3 vezes maior do que a população geral. Além disso, a exposição a estressores tem papel muito importante no desenvolvimento de quadros depressivos (Lent, 2008).

O termo estresse é de difícil definição, mas pode ser entendido como uma ameaça ao equilíbrio dinâmico essencial à sobrevivência dos seres vivos. O pesquisador austríaco Hans Selye (1907-1982) autor de um trabalho pioneiro em Montreal, reconheceu que a exposição repetida a estímulos lesivos produzia uma reação corporal que incluía o aparecimento de úlceras pépticas, aumento das supra-renais e atrofia de tecidos linfáticos. Essa reação foi denominada originalmente “síndrome geral de adaptação” e, mais tarde, “estresse”. Existe o aumento significativo na incidência de eventos estressantes incontroláveis no trimestre que precede o início de quadro depressivo. Além disso, existem sugestões da presença, na depressão, de sensibilização crescente a estressores (Lent, 2008).

Embora não esteja claro se a depressão está associada a uma redução na neurogênese, que é a capacidade que o sistema nervoso central tem de formar novos neurônios, ou se mudanças no volume hipocampal fazem parte da fisiopatologia da depressão. Estudos com animais têm mostrado que o estresse

reduz a neurogênese nessas regiões e que diversas classes de antidepressivos aumentam a taxa de neurogênese no hipocampo. A hipótese resultante é que o estresse crônico reduz a neurogênese em um importante grupo de neurônios do cérebro, levando a um episódio depressivo em indivíduos geneticamente vulneráveis (Lent, 2008).

A primeira medicação antidepressiva produzida foi a imipramina. Ela faz parte do grupo dos antidepressivos tricíclicos e tem a função de bloquear a recaptção de norepinefrina e serotonina (neurotransmissores) pelos terminais axônicos pré-sinápticos, melhorando os sintomas da depressão (Lent, 2008). Sinapses são estruturas altamente especializadas, que fazem a transmissão de um impulso nervoso de um neurônio para outro.

Pouco se sabe sobre os mecanismos responsáveis pelas flutuações de humor nos transtornos bipolares. No entanto, a semelhança entre os sintomas maníacos e aqueles provocados por substâncias que facilitam a neurotransmissão dopaminérgica sugere o envolvimento desse neurotransmissor (Lent, 2008).