

Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior

Lucas Spanemberg*
Mario Francisco Juruena**

INTRODUÇÃO

A distímia é uma forma de depressão crônica, não-episódica, de sintomatologia menos intensa do que as chamadas depressões maiores¹⁻⁴. O padrão básico desses pacientes é um baixo grau de sintomas, os quais aparecem insidiosamente, na maioria dos casos antes dos 25 anos⁵. Apesar dos sintomas mais brandos, a cronicidade e a ausência do reconhecimento da doença fazem com que o prejuízo à qualidade de vida dos pacientes seja considerado maior do que nos demais tipos de depressão⁶.

Os pacientes com transtorno distímico frequentemente são sarcásticos, niilistas, rabugentos, exigentes e queixosos. Eles podem ser tensos, rígidos e resistentes às intervenções terapêuticas, embora compareçam regularmente às consultas. Como resultado

disso, o médico pode sentir-se irritado com o paciente e até mesmo desconsiderar suas queixas⁷. Apesar de o transtorno cursar com um funcionamento social relativamente estável, essa estabilidade é relativa, visto que muitos desses pacientes investem a energia que têm no trabalho, nada sobrando para o prazer e para as atividades familiares e sociais, o que acarreta atrito conjugal característico⁸.

Em termos evolucionários, a distímia poderia ser um subtipo adaptativo de humor que se desenvolveu para enfrentar estados de estresse ou carências⁹. Assim, certas características de humor deprimido poderiam conferir vantagens evolucionárias em condições específicas (onde a falta de ação e iniciativa seriam mais apropriadas para evitar risco à vida)¹⁰, sendo benéficas em certas subpopulações e ambientes, selecionando-os com o passar do tempo. Como uma condição mal-adaptativa, a distímia se manifesta clinicamente como um afastamento da rotina de atividades diárias ao invés de enfrentá-las. Diferenças de gênero^{11,12} – dominância feminina – em distímia e depressão também podem ter uma razão evolucionária^{9,13}.

* Graduando em Medicina pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).

** Psiquiatra; Professor Convidado do Instituto de Psiquiatria, King's College School of Medicine, Universidade de Londres; Associate Specialist, South London Maudsley Trust, Reino Unido.

A prevalência da distímia é de aproximadamente 3 a 6% da população em geral^{4-6,14,15}, sendo uma das condições mais comumente encontradas na prática médica⁵. Esses pacientes não procuram ajuda^{2,3,6} ou suportam por um longo período seus sintomas e geralmente consultam médicos clínicos com queixas mal definidas, como mal-estar, letargia e fadiga^{5,16}. Cerca de 50% desses pacientes não serão reconhecidos pelos clínicos^{1,2,17}, e a maioria vai apresentar uma série de comorbidades^{3,5,14}. Assim como o transtorno depressivo maior (TDM), a distímia é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens^{1,6,11-13}, e também é mais comum em pessoas solteiras¹⁸⁻²⁰. Quando casadas, essas pessoas têm relacionamentos insatisfatórios. Também são políqueixosas e insatisfeitas com a vida¹⁶.

A etiologia da distímia é complexa e multifatorial, estando envolvidos mecanismos etiológicos biológicos e psicológicos. Esses fatores múltiplos – hereditariedade, predisposição, temperamento, fatores de vida, estressores biológicos, gênero, etc. – convergem na produção da desregulação do sistema de recompensa⁸. Eventos de vida estressantes na infância²⁰⁻²³ são muito frequentes.

Como a distímia está associada a um aumento da utilização dos serviços de saúde e também ao aumento do consumo de drogas psicotrópicas, enormes custos financeiros podem ser atribuídos a esse transtorno^{14,17,24}. A diminuição da produtividade no trabalho e um aumento do risco de hospitalização^{14,19} e de doenças físicas (como aumento do risco de doenças cardiovasculares e respiratórias)¹⁴ também incrementam o custo econômico e social dessa patologia, tornando-a um problema de saúde pública que precisa ser identificado de forma mais eficiente. A grande taxa de comorbidade com outras doenças psiquiátricas (cerca de 77% dos distímicos terão comorbidades psiquiátricas)²⁵ torna ainda mais importante o diagnóstico da distímia para o manejo adequado das psicopatologias comórbidas.

Este artigo visa revisar os principais aspectos históricos e nosológicos desse transtorno, assim como sua relação com o TDM. Serão discutidos seus subtipos, as controvérsias em relação à distinção categórica versus dimensional da distímia e sua relação com outros transtornos de humor. Para isso, foram selecionados, por conveniência, os artigos mais pertinentes nas bases de dados

LILACS e MEDLINE. Ao final, serão discutidas a atualidade do tema e a sua importância na prática da psiquiatria atual. Os termos “transtorno distímico” e “distímia” serão usados como sinônimos, visto que ambos são muito usados nas pesquisas atuais.

CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS

O termo “distímia” é originário da Grécia Antiga e significa “mau humor”^{1,26}. Na escola grega hipocrática, ela era considerada como parte do conceito de melancolia, termo derivado do temperamento ou caráter característico da influência ou intoxicação da “bile negra”, um dos quatro “humores fundamentais”^{1,27,28}. Assim, indivíduos letárgicos, preocupados e inseguros eram predispostos a um temperamento melancólico¹. Galeno de Pérgamo (128-201 d.C.) descreve os melancólicos como introspectivos, pessimistas e corporalmente magros²⁷ – “se o medo ou a depressão duram muito tempo, este estado é próprio da melancolia”, dizia Galeno²⁹. Ele estabeleceu a melancolia como uma condição crônica e recorrente, que poderia ser uma doença primária do cérebro ou secundária a outras doenças³⁰. Sorano de Éfeso descreve pacientes melancólicos com sintomas de prejuízo, paranóides e depressivos²⁷.

Da Grécia Antiga até a Idade Média, a doença mental era cuidada por clérigos e religiosos, uma vez que passou a ser atribuída à magia, ao pecado e à possessão demoníaca, alvo da Santa Inquisição³⁰. Na mesma época, o mundo árabe fazia importantes releituras e descrições do conceito de melancolia, através de Avicena (980-1037), Maimonides (1135), Averrois (1126) e Constantino (1019-1087), entre outros²⁷.

Durante o Renascimento, Robert Burton publica *A anatomia da melancolia* (1621). Nessa obra, Burton lista, entre as causas da melancolia, a idade avançada, o temperamento e a hereditariedade, e também a estabelece como causa secundária de doenças do corpo²⁷. No século 18, Willian Cullen (1710-1790), sob influência iluminista, associa a melancolia a uma instabilidade primária do cérebro e sugere “restrições” como o melhor remédio para diminuir a excitação²⁷.

O século 19 traz um crescente interesse nas formas menores de doenças do humor (*folie circulare*), as quais, segundo Falret (1824-1902), um observador treinado poderia perceber como um *continuum* com doença maior²⁸. Falret escreve a respeito de formas

atenuadas da doença circular, e, posteriormente, em 1863, Karl Ludwig Kahlbaum utiliza os termos “ciclotímia” para as formas mais leves de flutuação do humor e “distímia” para as formas da doença (melancolia) que apresentam apenas uma fase de depressão atenuada^{26,28}. Essa descrição, na Alemanha do século 19, parece ter sido a primeira aproximação do termo ao sentido de depressão crônica leve, e não a um temperamento psicopático depressivo²⁸.

O termo “depressão” começa a aparecer nos dicionários médicos em 1860, sendo amplamente aceito e restringindo cada vez mais o termo “melancolia”²⁷. Esquirol (1772-1840) sugere que a palavra “melancolia” seja deixada para o uso dos poetas. Berrius, estudioso da história da psiquiatria, indica que o termo “depressão” suplantou o milenar “melancolia” em função da aparente impressão fisiológica e metafórica de queda das funções que sugeria²⁷.

Emil Kraepelin descreve, em 1921, o relacionamento entre o temperamento depressivo e a insanidade maníaco-depressiva, sugerindo que o primeiro seria uma forma atenuada, mas pertencente à mesma constelação patológica da doença plena^{18,26,28}, num modelo de *continuum*^{5,7}. As características do temperamento depressivo seriam a presença constante, embora flutuante, de tristeza, ansiedade, pessimismo e falta de prazer²⁸. Kraepelin defendeu uma classificação de doença mental calcada na história natural dos pacientes e no curso evolutivo dos seus transtornos, antes de seus sintomas psiquiátricos²⁶. Ele desenvolveu, assim, o conceito de *status* nosológico e agrupou os transtornos do humor sob a égide da insanidade maníaco-depressiva, separando-os da demência precoce (esquizofrenia)^{7,27}. Essa proposta dicotômica é ainda hoje o mais forte conceito taxonômico vigente na psiquiatria²⁷.

Em 1923, Kurt Schneider, em sua monografia, descreveu a psicopatia depressiva²⁶ ou distímica, vinculando-a à combinação etiológica de fatores hereditários, neonatais e a influências ambientais precoces – e não a uma doença do humor (depressiva)¹⁸. Usando o termo “personalidade”, Schneider definiu como personalidades anormais algumas variantes constitucionais do normal, considerando, assim, a psicopatia depressiva no campo dos transtornos de personalidade³¹.

Kretschmer, em 1936, fortaleceu a idéia de *continuum* entre o temperamento básico e a doença, levando-a ao máximo de sua importância. Ele se opôs ao conceito da unidade

nosológica de Kraepelin e introduziu o chamado diagnóstico dimensional, em oposição ao categorial kraepeliniano²⁷.

Sob a influência das teorias psicanalíticas e schneideriana, as classificações oficiais americana (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-II*, 1968) e mundial (Classificação Internacional de Doenças - CID-9, 1978) difundiram a idéia de depressão crônica como equivalente às neuroses de caráter, desvinculando-a dos transtornos do humor e ligando-a a transtornos de personalidade¹⁸. Assim, nas décadas de 60 e 70, o DSM-II incluiu “Depressão Neurótica”, e a CID-9, “Neurose Depressiva”, mas ambas englobavam episódios não-crônicos²⁶. Contudo, a visão de que os transtornos de personalidade não eram tratáveis representaria um problema conceitual insuperável, tornando-se mais complexo pelo fato de que a existência de personalidades normais com traços anormais variantes não representava, necessariamente, um transtorno psiquiátrico²⁶.

Assim, em 1978, Akiskal et al. publicaram um estudo de seguimento de 3 a 4 anos com 100 neuróticos depressivos, não encontrando qualquer significância clínica no diagnóstico de depressão neurótica. O acompanhamento dos pacientes evidenciou os mais variados diagnósticos nosológicos, tanto de outras modalidades de transtorno de humor quanto de outras patologias^{18,26,27}. Os muitos diagnósticos nosológicos encontrados por Akiskal et al. fizeram concluir que o diagnóstico de depressão neurótica não possuía características fenomenológicas próprias suficientes para constituir uma entidade nosológica distinta¹⁸. Isso representou um suporte importante no estabelecimento das bases empíricas da distímia no seu sentido atual²⁶ e foi um marco na história nosológica dos transtornos de humor.

Sob influência das novas descobertas, no DSM-III, a depressão crônica passa a ser referida pelo termo “Transtorno Distímico”, em substituição a “Depressão Neurótica”, no DSM-II, e é incluída no capítulo dos transtornos afetivos. Apesar do modelo descritivo dito “ateórico” quanto à etiologia (operacionalizado), essa posição marca o afastamento das depressões crônicas do domínio dos transtornos de caráter e de personalidade. Apesar dessa evolução, os transtornos distímicos ainda englobavam uma ampla variedade de entidades, como depressões primárias com cronicidade residual, disforia secundária crônica e depressões

caracterológicas (transtorno de personalidade e o transtorno distímico propriamente dito)¹⁸. O DSM-III-R e o DSM-IV incorporaram algumas dessas definições²⁶, sendo que, no apêndice do DSM-IV, já aparece o transtorno de personalidade depressiva^{1,32,33}.

A CID-10 não consegue ainda estabelecer um conceito de distímia que seja essencialmente diferente da neurose depressiva ou da depressão neurótica²⁶, ou seja, trata-se de um conceito mais amplo que o do DSM-IV. As diferenças entre os critérios diagnósticos dos dois manuais refletem, entre outras coisas, o fato de o DSM-IV se destinar também à pesquisa, enquanto que a CID-10 se destina à aplicação clínica. Além disso, a composição política da CID-10 é bem mais complexa, por querer abarcar todo o mundo, e não apenas um país^{32,34}. Ambas, a despeito de suas diferenças, consideram a distímia como um transtorno afetivo, unipolar, crônico (pelo menos 2 anos), com início precoce ou tardio, com sintomatologia menos intensa que a observada em um episódio depressivo e com sintomas que incluem insônia, baixa energia e fadigabilidade, baixa auto-estima, diminuição da capacidade de concentração e perda de interesse e prazer³⁴.

Hoje, tal qual Kraepelin descrevia 100 anos atrás, aceita-se que a distímia é uma variante atenuada do espectro das doenças afetivas. Modernamente, a distímia pode ser considerada como uma forma de depressão menos grave que aumenta o risco para depressão maior³. Suas principais características são cronicidade dos sintomas de baixa intensidade (por pelo menos 2 anos), início insidioso e precoce e curso intermitente e persistente⁸.

ASPECTOS NOSOLÓGICOS

A atual nosografia oficial classifica a distímia como um transtorno de humor, diferenciando-se do TDM por ser crônica e menos severa^{3,4,8}.

O perfil do transtorno distímico revela tendência a um predomínio dos sintomas sobre os sinais (depressões mais subjetivas que objetivas), outra diferença em relação ao TDM^{2,7}. Serretti et al.⁴, num estudo com 512 distímicos sem TDM, encontraram sintomas cognitivos e emocionais como mais característicos do que sintomas vegetativos e psicomotores. Baixa auto-estima, anedonia, fadiga, irritabilidade e baixa concentração estavam presentes em mais da metade dos pacientes⁴. Logo, não se destacaram as

perturbações acentuadas do apetite e da libido nem se observou agitação ou retardo psicomotor². Uma vez que os pacientes que procuram tratamento freqüentemente flutuam, entrando e saindo de um episódio depressivo maior, a essência dos critérios do DSM-IV para transtorno distímico tende a enfatizar a disfunção vegetativa, enquanto que o critério B alternativo para o transtorno distímico, no apêndice do DSM-IV, lista sintomas cognitivos⁸. Essa alternativa de classificação para a distímia visa estimular uma maior caracterização do transtorno em relação a outros transtornos de humor¹⁴.

Os padrões essenciais do transtorno distímico habitualmente incluem tristeza, falta de alegria de viver e preocupação com a inadequação. O transtorno é melhor considerado como uma depressão de baixa intensidade, flutuante e duradoura, vivenciada como parte do *self* habitual e representando uma intensificação dos traços observados no temperamento depressivo (forma subliminar)^{2,8}. O transtorno distímico pode, portanto, ser visto como uma forma mais sintomática (ou liminar) desse temperamento (transtorno de personalidade depressiva)⁸. Isso fala a favor do modelo de espectro de gravidade da depressão, onde as diferentes formas de depressão existiriam num *continuum* entre as formas subsindrômicas e a doença plena²⁵. Akiskal é o autor contemporâneo que melhor tem estudado a hipótese do relacionamento dimensional entre os transtornos de personalidade e do humor^{25,35}. Esse modelo, idealizado originalmente por Kraepelin, sugere que os sintomas depressivos subliminares podem, de fato, representar as expressões mais comuns do transtorno depressivo⁸.

Alguns autores têm apresentado importantes contribuições sobre o assunto. Angst & Merikangas³⁶, num estudo longitudinal de 15 anos de seguimento com 591 indivíduos, investigaram a aplicação dos critérios diagnósticos para categorias liminares (TDM e distímia) e subliminares de depressão. As principais conclusões após o término do seguimento reforçam a idéia de um espectro depressivo. A prevalência de categorias de depressão liminares e subliminares foram similares, com aproximadamente 17% da população em geral reunindo critérios para alguma categoria depressiva ao longo do tempo. Poucos sujeitos com depressão reuniam critério para somente um subtipo depressivo após 15 anos – isto é, havia poucos subtipos “puros”. Depressões subliminares associaram-

se com um grande aumento do risco de subsequente desenvolvimento de TDM (forte preditor para depressão), com aproximadamente metade dos sujeitos eventualmente desenvolvendo depressão maior. TDM foi também associada com aumento do risco de desenvolvimento de depressões subliminares, com metade dos indivíduos com TDM reunindo critérios para categorias subliminares de depressão durante o seguimento. Durante o seguimento, distímicos tiveram uma maior taxa de hospitalização (11% *versus* 7%) e foram tratados mais freqüentemente para depressão (77,8% *versus* 54,7%) do que pacientes com episódios de TDM. Pacientes com depressão breve recorrente também tiveram uma maior taxa de tratamento (60,6%) do que pacientes com episódios de TDM³⁶.

Angst foi o introdutor do termo “psiquiatria liminar”, que se refere às categorias de classificação psiquiátrica usadas nos manuais diagnósticos, como o DSM-IV, e que, segundo ele, não contemplam suficientemente a dimensão depressiva. Baseando-se em estudos epidemiológicos, Angst justifica que alguns transtornos que falham em reunir os critérios diagnósticos contemporâneos trazem níveis de sofrimento subjetivo e incapacitações substanciais, salientando a importância da “psiquiatria subliminar”. Assim, observações cuidadosas de pacientes após anos revelam mudanças substanciais nos subtipos de depressão com o passar do tempo. A superposição de uma classificação diagnóstica categorial sobre uma de traço continuamente em mudança pode levar a um sistema diagnóstico que falha em representar adequadamente o espectro depressivo subjacente³⁶.

Klein³⁷ comparou parentes de pacientes com distímia, com episódios de TDM e controles normais em relação à existência de transtorno de personalidade depressiva (depressão subliminar). Os resultados mostraram que parentes de pacientes distímicos tinham uma taxa significativamente maior de transtorno de personalidade depressiva (TPD) que parentes de controles normais. Parentes de pacientes com episódios de TDM tiveram uma taxa intermediária entre os outros grupos. O autor conclui que este achado reforça a tese de que o TPD faz parte do espectro dos transtornos do humor, sugerindo que esta ligação é particularmente mais forte nas formas crônicas de depressão, como distímia e depressão dupla³⁷.

Na mesma lógica, Kwon et al.³³, num estudo de seguimento de 3 anos, encontraram taxas significativamente maiores de desenvolvimento de transtorno distímico em mulheres com TPD do que em mulheres do grupo controle. O desenvolvimento de TDM não foi estatisticamente significativo³³.

Flament et al.³⁸ compararam fenomenologia, correlações psicossociais e busca por tratamento em adolescentes com episódios de TDM, distímicos e controles. Padrões de sintomas afetivos foram similares em distímicos e em pacientes com episódios de TDM, sendo que os últimos tiveram mais condições comórbidas. Distímicos tiveram significativamente piores relacionamentos familiares. Pacientes distímicos e com TDM também buscaram poucos ambientes de tratamento para suas condições³⁸.

Segundo Akiskal⁵, os dados do eletroencefalograma (EEG) durante o sono e as anormalidades nos testes de TRH-TSH, entre outros, indicam que muitas pessoas com transtorno distímico exibem, como linha basal, os padrões neurofisiológicos encontrados no TDM agudo, confirmando ainda mais a natureza constitucional do transtorno⁵. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Akiskal et al.³⁹, que, revisando dados clínicos e polissonográficos das condições depressivas menos-que-sindrômicas (ou subliminares), encontraram diminuição da latência na fase REM (*rapid eye movements*) do sono, resposta positiva a antidepressivos e privação de sono, altas taxas de transtornos de humor na família e curso longitudinal desencadeando TDM. Os achados, além de suportar a existência do espectro depressivo, reforçam a idéia de que essas depressões subliminares fazem parte do espectro³⁹, já que são semelhantes aos encontrados na distímia e na depressão maior.

Outra área de estudo envolve a relação da distímia com o espectro bipolar^{9,40-43}. A esse respeito, a distímia se insere na atual discussão nosológica entre a classificação da depressão como dimensional *versus* categorial de um lado e a dicotomia unipolar-bipolar do outro. A distímia reflete essa controvérsia na medida em que representa um possível traço ou depressão dimensional de um lado e uma condição depressiva subsintomática com ligação com a bipolaridade (bipolar *soft*) de outro⁴⁰. Brunello et al. sugerem que, apesar da apresentação típica distímica ser na forma unipolar, cerca de um terço dos casos podem ter ligação com o espectro bipolar. Essa sutil ligação com a bipolaridade pode explicar, em parte, como

astenia, letargia e baixa energia caracterizam um subgrupo de distímicos⁴⁰.

Niculescu & Akiskal⁹, ao descrever os subtipos ansioso e anérgico de distímicos (discutidos mais adiante), ambos com possibilidade de transformação bipolar, sugerem que uma mais complexa conceitualização da distímia dentro do espectro afetivo pode incluí-la dentro do espectro bipolar⁹. Angst et al.⁴² sugerem o termo “transtorno bipolar menor”, o qual pode incluir distímia associada a sintomas hipomaníacos⁴². A chamada “distímia bipolar” seria caracterizada por tendência a estados de eação e história familiar de transtorno bipolar⁴³. No espectro bipolar, tal qual descreveu Kraepelin no início do século 20, estariam incluídas formas atenuadas e também grande parte do domínio do TDM, sendo que a nosologia atual (CID-10 e DSM-IV) é insuficiente para refletir adequadamente esse espectro^{41,42}.

Subtipos de distímia

A despeito das diferenças entre os critérios do DSM-IV e da CID-10 para início precoce e tardio do transtorno distímico^{32,34} e das controvérsias quanto à relevância dessa distinção⁴, essa classificação é aceita, e muitos trabalhos⁴⁴⁻⁴⁸ têm demonstrado diferenças significativas entre os dois grupos. A distímia de início precoce é considerada o protótipo do transtorno^{19-21,45,49}, sendo mais prevalente^{15,19,46,48}. Um dos achados mais característicos é a incidência aumentada de comorbidades de eixo II (transtornos de personalidade) no transtorno distímico de início precoce⁴⁵⁻⁴⁸. Distímia de início precoce possui, ainda, maiores taxas de comorbidade com depressão maior^{14,50} e transtorno de ansiedade e maior propensão para história familiar de transtornos afetivos^{14,51}.

Barzega et al. estudaram características clínicas da distímia em relação à idade de início, encontrando relação entre eventos estressantes (doença, separações) anteriores ao transtorno e distímia de início tardio, sugerindo uma ligação etiológica⁴⁴. Os autores encontraram, ainda, relação entre início precoce da distímia e comorbidades como TDM, transtorno do pânico e fobia social, além de uma maior duração da doença⁴⁴. Bellino et al., num estudo semelhante⁴⁷, também encontraram relação entre eventos estressantes e distímia de início tardio. Os autores encontraram maior taxa de transtornos de personalidade em distímicos de início precoce, sugerindo que esse tipo de

distímia esteja mais relacionado com anormalidades de personalidade, enquanto que a distímia tardia estaria relacionada a eventos (gatilhos) estressores⁴⁷. Num outro estudo sobre o assunto, Klein et al.⁴⁸ encontraram associação entre início precoce com abuso de substância e história familiar de transtornos afetivos. Além disso, os distímicos de início precoce foram menos propensos a serem casados. O autor sugere que a distímia de início precoce é uma condição mais severa, podendo resultar em estados mal-adaptativos que predispõem ao desenvolvimento de transtornos de personalidade e ao abuso de substâncias⁴⁸.

Corroborando a hipótese de uma reação a eventos estressores como fator etiológico da distímia de início tardio, Migliorelli et al. encontraram uma taxa de 28% de distímicos em uma amostra de pacientes com Alzheimer, sendo que, em mais de 80% destes, a distímia teve início após a doença⁵².

Outros subtipos de distímia já foram propostos por vários autores^{3-5,9}. Serretti et al., num estudo com 512 distímicos sem TDM, delinearam subtipos dentro do transtorno distímico⁴. Os resultados mostraram subtipos de distímicos que são mais tristes e morosos, porém sem dificuldades marcantes na concentração, atividade ou energia; e também subtipos com predominância dessas características, mas que, por outro lado, não experimentam muita tristeza (subtipo “neurastênico”). Os autores especulam que os diferentes graus no construto clínico da distímia podem, em parte, explicar por que diferentes classes de antidepressivos têm sido observadas como sendo eficazes na distímia, suportando a hipótese de que o possível substrato neuroquímico da distímia envolva os sistemas noradrenérgico, serotoninérgico e dopaminérgico. Outro achado importante é que as características ansiosas, muito presentes na distímia, aparecem divididas nos tipos somático e psíquico, sendo o último mais prevalente na distímia. Um fator limitante significativo do trabalho de Serretti et al. é a depressão dupla como critério de exclusão, fazendo com que a maior parte dos distímicos fosse de início tardio, o que vai de encontro à maioria dos trabalhos⁴.

Mais recentemente, Niculescu III & Akiskal⁹ sugeriram uma nova classificação endofenotípica, com dois tipos de distímia. O primeiro tipo, a chamada “distímia ansiosa”, é caracterizada por baixa auto-estima e insegurança. Sua etiologia é relacionada à deficiência de serotonina, e ela está relacionada à resposta a um estresse percebido (perda ou

trauma passado, sensibilizador para um estresse futuro). Esses indivíduos são mais impulsivos e cometem mais freqüentemente tentativas de suicídio (mas com menor letalidade), tendendo a buscar ajuda. Este tipo é mais comum em mulheres, que tendem a automedicar-se com drogas ansiolíticas, como benzodiazepínicos, maconha, álcool e, mais comumente, abuso de comida (comportamento bulímico e/ou ganho de peso). Alguns desses pacientes exibem transformação para transtorno bipolar do tipo II⁹.

O segundo tipo de distímia proposto é a “distímia anérgica”, caracterizada por baixa energia, baixa reatividade e anedonia. Essa inércia psicomotora está etiológicamente relacionada com baixos níveis de dopamina. Esses pacientes são mais freqüentemente do sexo masculino, têm menor interesse sexual, são menos impulsivos, apresentam hipersônia e diminuição da fase REM do sono e tendem a não buscar ajuda. Uma parcela desses pacientes tende à automedicação com drogas estimulantes de abuso, como metanfetamina, cocaína, nicotina e cafeína. Alguns pacientes exibem transformação para transtorno bipolar do tipo I⁹.

Dentro dessa hipótese, mecanismos biológicos distintos envolvidos nesses dois tipos de distímia podem ter uma resposta diferente a diferentes tipos de antidepressivos. Assim, Niculescu III & Akiskal propõem que a distímia ansiosa, relacionada a baixos níveis de serotonina, responde melhor aos inibidores específicos da recaptção de serotonina (ISRS). Já a distímia anérgica, relacionada a baixos níveis de dopamina, responde melhor a medicações dopaminérgicas e noradrenérgicas, como bupropion, venlafaxina, estimulantes e antidepressivos tricíclicos⁹.

COMORBIDADE COM O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O termo comorbidade foi usado por Feinstein (1970) para significar “qualquer entidade clínica distinta adicional que existe ou pode ocorrer durante o curso clínico de uma determinada doença”²⁵. A despeito das diferentes classes de comorbidades existentes, usaremos a classe “comorbidade clínica”, que se refere à diferença em curso e na resposta ao tratamento de um transtorno. A importância de se identificar a comorbidade clínica no transtorno distímico está, entre outros aspectos, na possibilidade de prever o prognóstico e na necessidade de estabelecer estratégias

diferenciadas de tratamento para cada uma das condições mórbidas²⁵.

O TDM é a patologia psiquiátrica que mais freqüentemente aparece associada à distímia²⁵, sendo comprovado que ela aumenta os riscos de um episódio depressivo maior^{5,14,15,19,20,40,45,53}. A maioria dos pacientes distímicos irá desenvolver, em algum ponto da vida, episódios de TDM^{14,15,45,53}, sendo que alguns trabalhos mostram que quase todos o terão^{2,19,20}. Estima-se, ainda, que 40% dos pacientes com episódios de TDM também satisfaçam os critérios para transtorno distímico^{5,7}. A concomitância dessas duas patologias é denominada “depressão dupla” (DD)^{19,20,25,54}. Episódios estressantes de vida são importantes desencadeadores de DD em pacientes distímicos⁵³.

Pacientes com DD têm sintomas depressivos mais severos^{45,55}, curso mais crônico e mais comorbidades se comparados com pacientes com TDM puro⁵⁵ ou distímia pura⁴⁵. O nível de incapacitação funcional nesses pacientes é maior do que nos pacientes com as duas patologias isoladas²⁰, assim como a taxa de hospitalização⁵⁰ e recorrência de TDM⁵⁴. A taxa de comorbidades com transtornos de ansiedade, abuso de substâncias, transtornos de personalidade⁵⁴ e síndrome do intestino irritável²⁵ também é maior em DD se comparada à depressão maior isolada. A taxa de recuperação de um episódio de TDM é menor em pacientes com DD do que naqueles com episódio de TDM isolado^{14,18}, e, quando a recuperação ocorre, na maioria das vezes não é completa¹⁸. O prognóstico desses pacientes é pior, e o tratamento deve ser dirigido para ambos os transtornos⁷.

Pepper et al.⁴⁵ encontraram uma taxa de recorrência para TDM significativamente maior em pacientes com DD (82,1%) do que em pacientes com episódio de TDM isolado (62,2%)⁴⁵. A maioria dos distímicos tinha história pregressa ou atual de DD, sendo que os pacientes com DD tinham um pior nível de funcionamento que os distímicos puros⁴⁵.

Tucci et al.⁵⁰ estudaram níveis de ajuste social em diferentes subcategorias de transtornos afetivos (bipolar, unipolar, distímia e DD)⁵⁰. Pacientes com DD, juntamente com os bipolares, foram os que apresentaram piores níveis de ajustamento social. Os pacientes com DD apresentaram, ainda, os piores resultados no relacionamento familiar. Eventos estressantes foram relacionados ao início e à recorrência de todas as categorias de transtornos afetivos. A qualidade emocional do

ambiente familiar foi considerada como preditiva do curso dos transtornos afetivos⁵⁰.

Um sistema diagnóstico pode influenciar o grau de comorbidade encontrado. Quanto mais categorias um sistema diagnóstico tiver, maior a possibilidade de um paciente receber mais de um diagnóstico. A comorbidade pode apenas refletir a excessiva subdivisão²⁵. A esse respeito, a discussão categorial *versus* dimensional torna-se fundamental, principalmente na distinção entre distímia e TDM. Como já visto, recentes pesquisas sobre distímia enfatizam sua ligação com as demais formas subsindrômicas e de doença plena (TDM), sugerindo que, dentro de uma dimensão ou espectro depressivo, essas diferentes formas podem apenas refletir diferentes graus de uma mesma doença em *continuum*, ou seja, diferenças mais quantitativas do que qualitativas^{15,16,19,36,44,45,56}.

A despeito das dúvidas de quanto os diversos subtipos de depressão são suficientemente distintos^{16,57}, a DD permanece sendo um diagnóstico aceito. Keller et al. revisaram as distinções entre distímia, episódios de TDM e DD, hipotetizando a DD como um subtipo de depressão unipolar. Os autores concluíram que ainda não é possível definir a DD como um subtipo de depressão maior, sugerindo que uma classificação separada de DD e TDM é ainda justificada⁵⁴.

Goodman et al.⁵⁸ estudaram fatores discriminantes (e suas conseqüências) em crianças e adolescentes com TDM e distímia. Os achados não suportaram discriminantes fortes entre TDM e distímia na amostra estudada, mas sugeriram que a combinação das duas leva a mais incapacitações e a uma menor competência social, assim como maior propensão para o transtorno de ansiedade. Assim, crianças com DD são mais propensas a ser seriamente comprometidas em vários domínios do funcionamento, a ter mais sintomatologia e maior comprometimento no contexto social e familiar⁵⁸.

Flament et al.³⁸ compararam fenomenologia, correlações psicossociais e busca por tratamento em adolescentes com episódio de TDM, com distímia e controles. Padrões de sintomas afetivos foram similares em distímicos e em pacientes com episódios de TDM, sendo que os últimos tiveram mais condições comórbidas. Pacientes distímicos e com TDM também buscaram pouco ambientes de tratamento para suas condições. Os autores salientam a gravidade de ambas as condições³⁸.

Klein et al.⁴⁹ avaliaram transtornos de

humor e de personalidade em parentes de 1º grau de pacientes distímicos, com TDM e controles. Os resultados mostraram que há uma forte relação familiar entre distímia e TDM. Entretanto, a distímia também é levemente distinta por estar agregada especificamente em familiares de pacientes com distímia. Finalmente, distímia e TDM se apresentam como tendo uma associação familiar com transtorno de personalidade, ainda que essa ligação seja um tanto mais forte para distímia⁴⁹.

Kovacs et al.⁵⁷, num estudo naturalístico prospectivo de 12 anos de seguimento, compararam características da distímia de início na infância e do TDM com primeiro episódio também na infância. A distímia foi associada com menor idade de início o que o TDM, assim como maior risco total para algum subsequente transtorno afetivo, principalmente TDM e transtorno bipolar⁵⁷.

Riso et al.²³ revisaram seis fatores implicados como determinantes da depressão crônica (tanto distímia quanto depressão maior crônica). Os autores não encontraram diferenças qualitativas entre formas crônicas e agudas de depressão. Fatores desenvolvimentais (adversidades na infância) foram os achados mais importantes relacionados à cronicidade da depressão. Assim, o desenvolvimento da depressão crônica envolve aumento dos níveis de adversidades na infância, ambientes de estresse protraído e reatividade aumentada ao estresse²³.

Na comparação simples com o TDM episódico, a distímia parece ser uma entidade de maior gravidade. Klein et al., num estudo naturalístico prospectivo de 5 anos de seguimento, descreveram alguns resultados no curso do transtorno distímico¹⁹. A estimativa de recuperação do transtorno distímico em 5 anos foi de 53,9%. Entre os que se recuperaram, a estimativa do risco de recaída foi de 45,2%. Pacientes com distímia ficaram aproximadamente 70% do tempo de seguimento reunindo todos os critérios para algum transtorno do humor. Durante o curso do seguimento, pacientes com distímia exibiram significativamente maiores níveis de sintomas e menor funcionamento e foram significativamente mais propensos a tentar o suicídio e a ser hospitalizados do que pacientes com TDM episódico. A estimativa de risco para o primeiro episódio de TDM em pacientes distímicos em 5 anos foi de 76,9%. Os autores concluem que a distímia é uma condição crônica com um curso prolongado e com alta taxa de recaída. Quase todos os pacientes com distímia

eventualmente desenvolvem TDM superimposto. Embora pacientes com transtorno distímico tendam a apresentar sintomas leves a moderados, em uma perspectiva longitudinal a condição é severa¹⁹.

DISCUSSÃO

Muito do pensamento moderno sobre os transtornos de humor remonta aos conceitos dos antigos gregos⁸. Esses conceitos evoluíram por muitos séculos e formam a base fundamental para a evolução da psiquiatria. No entanto, eles não foram postulados aleatórios. Como salienta Lopes⁵⁹, os conceitos de entidades nosológicas que foram se firmando (mais solidamente com Kraepelin, Freud e Schneider, entre outros) não foram estabelecidos arbitrariamente. Eles são produtos de todo um acúmulo de observações, reflexões e relacionamentos com pacientes. Atualmente, muitos artigos retomam essas obras, as quais, particularmente com Kraepelin, foram fundamentais para o conceito atual de distímia. A idéia de Kraepelin de um modelo de *continuum* dentro de um espectro de transtornos depressivos é hoje um dos focos principais de estudo de autores contemporâneos, demonstrando o quão importante podem ser as contribuições históricas na evolução da psiquiatria.

O estudo histórico-nosológico da distímia teve fundamental importância prática nos desdobramentos clínicos dessa entidade. Antes considerada como um transtorno de personalidade, com uma série de limitações terapêuticas, hoje a distímia é classificada como um transtorno do humor, o que ampliou seu arsenal terapêutico e alterou seu prognóstico. Além disso, essa evolução também ampliou os achados acerca de suas características clínicas e abriu caminho para teorias promissoras quanto à sua etiologia, contribuindo, também, para um melhor entendimento do espectro dos transtornos de humor.

A despeito da grande morbidade, até a década de 80 pouco se havia pesquisado sobre alternativas de tratamento da distímia: ela era considerada como um transtorno de personalidade não-responsivo ao tratamento antidepressivo⁷. Hoje parece não haver dúvidas de que a inclusão dela entre os transtornos de humor representou um grande avanço no tratamento dos pacientes cronicamente deprimidos⁶⁰. Eles passaram a ser abordados dentro de uma perspectiva terapêutica das doenças afetivas, resultando em um aumento

do interesse na abordagem farmacológica no tratamento^{40,60}.

Estudos mostram que 50 a 60% dos pacientes com distímia respondem ao tratamento com antidepressivos^{61,62}. Os inibidores da monoamino-oxidase (IMAO), os antidepressivos tricíclicos (ADT) e ISRS são eficazes no tratamento da distímia^{40,61,63,64}. Manipulações e reposições hormonais ainda carecem de estudos^{65,66}. O tratamento mais aceito atualmente e o considerado mais eficaz é a combinação de farmacoterapia com psicoterapia, principalmente a cognitiva ou comportamental^{6,7,40}.

Os muitos estudos já feitos sobre a distímia carecem, entretanto, de uma maior padronização metodológica. Quase todos os estudos clínicos revisados neste artigo relataram limitações metodológicas, que dificultam a generalização dos resultados. Essas limitações, além de peculiaridades de cada estudo, podem ser atribuídas à dificuldade atual de se adotar um conceito padrão de transtorno distímico. As próprias classificações oficiais (CID-10 e DSM-IV) têm diferentes critérios diagnósticos. Por outro lado, essas diferenças não impedem que muitos resultados se repitam e dêem, aos poucos, a “cara nova” da distímia. Estudos mais criteriosos, com conceitos e critérios padronizados, são necessários para que este transtorno, tão prevalente e oneroso, seja melhor compreendido e melhor tratado.

CONCLUSÃO

O transtorno distímico é uma importante causa de morbidade, muito prevalente em nosso meio e que aumenta os custos financeiros e a utilização do sistema de saúde. O conceito de distímia, originalmente abrangente e inespecífico, vem sofrendo muitas modificações ao longo do tempo, e hoje é incluído dentre os transtornos do humor, no espectro das depressões crônicas. Essa nova classificação nosológica representou um importante passo para uma melhor compreensão da entidade, assim como para uma abordagem farmacológica no seu tratamento. A relação entre a distímia e os demais transtornos de humor, particularmente o TDM, é hoje objeto de muitos estudos e controvérsias. Os estudos atuais ainda são metodologicamente limitados, fruto também da falta de padronização na descrição do transtorno. Dada a sua importância, novos estudos, com metodologias criteriosas e amostras consideráveis, devem ser

estimulados, para que possamos entender e tratar melhor esse transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord* 2001;62:17-31.
2. Akiskal HA, Costa e Silva AJ, Frances A, Freeman HL, Keller MB, Lapiere YD, et al. Dysthymia in clinical practice. *Br J Psychiatry* 1995;166:174-83.
3. Griffiths J, Ravindran AV, Merali Z, Anisman H. Dysthymia: a review of pharmacological and behavioral factors. *Mol Psychiatry* 2000;5:242-61.
4. Serretti A, Jori MC, Casadei L, Ravizza L, Smeraldi E, Akiskal H. Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *J Affect Disord* 1999;56:17-25.
5. Akiskal HS. Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl 383):19-23.
6. Nardi AE. Estudo epidemiológico em distímia. *J Bras Med* 1999;77(1):85-96.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
8. Akiskal HS. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Library of Congress; 1999. vol. 1.
9. Niculescu III AB, Akiskal HS. Proposed endophenotypes of dysthymia: evolutionary, clinical and pharmacogenomic considerations. *Mol Psychiatry* 2001;6:363-6.
10. Nesse RM. Is depression an adaptation? *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(1):14-20.
11. Kornstein SG. Chronic depression in women. *J Clin Psychiatry* 2002;63:602-9.
12. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI et al. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord* 2000;60:1-11.
13. Niculescu AB, Akiskal HS. Sex hormones, Darwinism, and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(1):1083-4.
14. Keller MB. Course, outcome and impact on the community. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl 383):24-34.
15. Avrichir BS, Elkis H. Prevalence and underrecognition of dysthymia among psychiatric outpatients in São Paulo, Brazil. *J Affect Disord* 2002;69:193-9.
16. Akiskal HS. Dysthymia as a temperamental variant of affective disorder. *Eur Psychiatr* 1996;11(suppl 3):117s-22s.
17. Katon W, Russo J, Frank E, Barrett J, Williams JW, Oxman T, et al. Predictors of nonresponse to treatment in primary care patients with dysthymia. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:20-7.
18. Nardi AE, Saboya E, Pinto S, Figueira I, Marques C, Mendlowicz M, et al. Distímia: aspectos clínico-terapêuticos. *J Bras Psiquiatr* 1993;42(7):357-72.
19. Klein DN, Schwartz JE, Rose S, Leader JB. Five-year and outcome of dysthymic disorder: a prospective, naturalistic follow-up study. *Am J Psychiatry* 2000;157:931-9.
20. Hayden EP, Klein DN. Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *Am J Psychiatry* 2001;158:1864-70.
21. Lizardi H, Klein DN. Parental psychopathology and reports of the childhood home environment in adults with early-onset dysthymic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000;188(2):63-70.
22. Gilmer WS, McKinney WT. Early experience and depressive disorders: human and primate studies. *J Affect Disord* 2003;75:97-113.
23. Riso LP, Miyatake RK, Thase ME. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *J Affect Disord* 2000;70:103-15.
24. Westermeyer J, Eames SL, Nugent S. Comorbid dysthymia and substance disorder: treatment history and cost. *Am J Psychiatry* 1998;155(11):1556-60.
25. Moreno RA, Moreno DH. A relação entre outros quadros psiquiátricos e distímia. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, Castel S, orgs. *Distímia – do mau humor ao mal do humor*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.42-52.
26. Freeman HL. Historical and nosological aspects of dysthymia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl 383):7-11.
27. Cordás TA. *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores – uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos; 2002.
28. Cordás TA. Do mal-humorado ao mal do humor – uma perspectiva histórica. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, Castel S, orgs. *Distímia – do mau humor ao mal do humor*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.15-21.
29. Cordás TA, Taveira A. Oxcarbazepina no transtorno bipolar do humor. São Paulo: Lemos; 2003.
30. Alcantara I, Schmitt R, Schwarzthaupt AW, Chachamovich E, Sulzbach MFV, Padilha RTL, et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *Rev Psiquiatr RS* 2003;25(supl 1):22-32.
31. Nardi AE, Cordás TA. Distímia e personalidade. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, Castel S, orgs. *Distímia – do mau humor ao mal do humor*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.53-67.
32. Lopez Ibor JJ, Frances A, Jones C. Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in differential diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl 383):12-8.
33. Kwon JS, Kim YM, Chang CG, Park BJ, Kim L, Yoon DJ, et al. Three-year follow-up of women with the sole diagnosis of depressive personality disorder: subsequent development of dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry* 2000;157(12):1966-72.
34. Castel S, Scalco MZ. Distímia: quadro clínico e diagnóstico. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, Castel S, orgs. *Distímia – do mau humor ao mal do humor*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.23-41.
35. Anderson RL, Klein DN, Riso LP, Ouimette PC, Lizardi H, Schwartz JE. The subaffective-character spectrum subtyping distinction in primary early-onset dysthymia: a clinical and family study. *J Affect Disord* 1996;38:13-22.
36. Angst J, Merikangas K. The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *J Affect Disord* 1997;45:31-40.
37. Klein DN. Depressive personality in the relatives of outpatients with dysthymic disorder and episodic major depressive disorder and normal controls. *J Affect Disord* 1999;55:19-27.
38. Flament MF, Cohen D, Choquet M, Jeammet P, Ledoux S. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(9):1070-8.
39. Akiskal HS, Judd LL, Gillin C, Lemmi H. Subthreshold depressions: clinical and polysomnographic validation of dysthymic, residual and masked forms. *J Affect Disord* 1997;45:53-63.
40. Brunello N, Akiskal H, Boyer P, Gessa GL, Howland RH, Langer SZ, et al. Dysthymia: clinical picture, extent of

- overlap with chronic fatigue syndrome, neuropharmacological considerations, and new therapeutic vistas. *J Affect Disord* 1999;52:275-90.
41. Akiskal, HS. Validating 'hard' and 'soft' phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? *J Affect Disord* 2003;73:1-5.
 42. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:133-46.
 43. Angst J. Dysthymia and personality. *Eur Psychiatry* 1998;13:188-97.
 44. Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. Dysthymic disorder: clinical characteristics in relation to age at onset. *J Affect Disord* 2001;66:39-46.
 45. Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Riso LP, Ouimette PC, Lizardi H. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry* 1995;152:239-47.
 46. Garfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Sotiropoulou A, Donias S, et al. Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(5):332-40.
 47. Bellino S, Pátria L, Ziero S, Rocca G, Bogetto F. Clinical features of dysthymia and age: a clinical investigation. *Psychiatry Res* 2001;103:219-28.
 48. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, Keller MB, Dowling F, Goodman D, et al. Early- versus late-onset dysthymic disorder: comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord* 1999;52:187-96.
 49. Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, Schwartz JE, Anderson RL, Ouimette PC, et al. Family study of early-onset dysthymia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:487-96.
 50. Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Dalben I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(2):79-87.
 51. Devanand DP, Adorno E, Cheng J, Burt T, Pelton GH, Roose SP, et al. Late onset dysthymic disorder and major depression differ from early onset dysthymic and major depression in elderly outpatients. *J Affect Disord*. (In press.)
 52. Migliorelli R, Tesóm A, Sabe L, Patracchi M, Leiguarda R, Starkstein SE. Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1995;152:37-44.
 53. Moerk KC, Klein DN. The development of major depressive episodes during the course of dysthymic and episodic major depressive disorders: a retrospective examination of live events. *J Affect Disord* 2000;58:117-23.
 54. Keller MB, Hirschfeld RMA, Hanks D. Double depression: a subtype of unipolar depression. *J Affect Disord* 1997;45:65-73.
 55. Goodman AH, Schwab-Stone M, Lahey B, Shaffer D, Jensen P. Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(6):761-70.
 56. Klein DN, Kocsis JH, McCullough JP, Holzer III CE, Hirschfeld RMA, Keller MB. Symptomatology in dysthymic and major depressive disorder. *Psychiatr Clin N Am* 1996;19(1):41-53.
 57. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, Parrone PL. Childhood-onset dysthymic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:365-74.
 58. Goodman SH, Schwab-Stone M, Lahey BB, Shaffer D, Jensen P. Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(6):761-70.
 59. Lopes CB. Desafios éticos atuais na psiquiatria. *Bioética* 2001;9(1):29-43.
 60. Lima MS. Tratamento farmacológico da distímia: avaliação crítica da evidência científica. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(2):128-30.
 61. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, Robert B, et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1608-17.
 62. Williams JW, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000;284(12):1519-26.
 63. Akiskal H. Transtornos distímicos - entrevista com Hagop Akiskal. *Arq Bras Med* 1994;68(6):400-1.
 64. Lima MS, Hotoph, M, Wessely S. The efficacy of drug for dysthymia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 1999;29(6):1273-89.
 65. Rudas S, Schmitz M, Pichler P, Baumgartner A. Treatment of refractory chronic depression and dysthymia with high-dose thyroxine. *Biol Psychiatry* 1999;45:229-33.
 66. Seidman DN, Araujo AB, Roose SP, Devanand DP, Xie S, Cooper TB, et al. Low testosterone levels in elderly men with dysthymic disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:456-9.

RESUMO

Transtorno distímico é uma forma crônica e incapacitante de depressão, ocorrendo em uma parcela substancial da população (3 a 6%) e aumentando os riscos de transtorno depressivo maior. Ela é associada a consideráveis incapacitações e elevada comorbidade. O status nosológico da distímia tem despertado consideráveis controvérsias ao longo das décadas passadas, sendo que algumas investigações a consideraram como um transtorno do humor e outras como um transtorno de personalidade. Classificada na nosografia atual entre os transtornos de humor, a distímia é hoje uma entidade tratável e que precisa receber maior atenção em virtude de sua morbidade. Este artigo revisa os principais aspectos históricos da distímia, suas características nosológicas, subtipos e sua relação com transtorno depressivo maior. Ao final, concluímos que novos estudos são necessários para a validação do conceito de distímia e do espectro de depressões crônicas, para uma melhor compreensão etiológica e para uma terapêutica baseada em evidências.

Descritores: Distímia, depressão, transtornos do humor, comorbidade, aspectos históricos e nosológicos.

ABSTRACT

Dysthymia is a chronic and incapacitating form of depression that affects a substantial portion of the population (3-6%) and increases the risk for major depressive disorder. It is associated with significant disabilities and high comorbidity. The nosological

status of dysthymia has been associated with considerable controversy over the past decades: some investigators regard it as a mood disorder, and others as a personality disorder. Currently classified among the mood disorders, dysthymia is now a treatable disorder and should receive more attention in view of its associated morbidity. The present article reviews the main historic aspects of dysthymia, its nosological features and its relationship with major depressive disorder. We conclude that further studies are necessary in order to validate the concept of dysthymia and the spectrum of chronic diseases, in order to provide a better understanding of the disorder as well as evidence-based guidelines.

Keywords: *Dysthymia, depression, mood disorders, comorbidity, historical and nosological aspects.*

Title: *Dysthymia: historical/nosological characteristics and its relationship with major depressive disorder*

RESUMEN

El trastorno distímico es una forma crónica e incapacitante de depresión, que ocurre en una parcela significativa de la población (3 a 6%) y aumenta los riesgos de trastorno depresivo mayor. Está asociada a incapacitaciones considerables y elevada comorbilidad. El status nosológico de la distimia viene provocando muchas controversias a lo largo de las

décadas pasadas, siendo que algunas investigaciones la consideraron como siendo un trastorno del humor y otras como un trastorno de personalidad. La nosografía actual la clasifica entre los trastornos del humor, siendo hoy una entidad tratable y que necesita de más atención a causa de su morbilidad. Este artículo revisa los principales aspectos históricos de la distimia, sus características nosológicas, subtipos y su relación con el trastorno depresivo mayor. Al final, concluimos que se necesita de nuevos estudios para validar el concepto de distimia y el espectro de depresiones crónicas, para una mejor comprensión etiológica y para una terapéutica con base en evidencias.

Palabras clave: *Distimia, depresión, trastornos del ánimo, comorbilidad, aspectos históricos y nosológicos.*

Título: *Distimia: características históricas y nosológicas y su relación con el trastorno depresivo mayor*

Correspondência:

Lucas Spanemberg

Rua José do Patrocínio, 382/82 – Cidade Baixa

CEP 90050-000 – Porto Alegre – RS

Fone: (51) 3224.7365/9175.6131

Email: lspanemberg@yahoo.com.br

Copyright © Revista de Psiquiatria
do Rio Grande do Sul – SPRS