

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/Consultor consultivo	Outro ³
Petribú K	FCM/UPE	CNPq e FACEPE	-	Astra-Zeneca; Lilly	-	-	-
Eleutério R	Prefeitura de Recife	-	-	-	-	-	-
Domingues E	-	-	-	-	-	-	-
Lima Filho LE	Secretaria de Saúde/Governo de PE	-	-	-	-	-	-
Ferrão YA	UFCSPA/HMIPV	-	-	Lilly; Pfizer; Abbott	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Referências

- 1- Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21(3):171-5.
- 2- Fairbrother N, Abramowitz JS. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behav Res Ther*. 2007;45(9): 2155-2163.
- 3- Abramowitz JS, Moore K, Carmin C, Wiegartz PS, Purdon C. Acute Onset of Obsessive-Compulsive Disorder in Males Following Childbirth. *Psychosomatics*. 2001; 42:429-31.
- 4- Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *J Anxiety Disord*. 2003;17(4):461-478.
- 5- Grisham JR, Anderson TM, Sachdev PS. Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;258(2):107-116.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos alimentares: um contínuo ou diagnósticos separados?

Obsessive-compulsive disorder and eating disorders: a continuum or separate diagnoses?

Caro Editor,

A relação entre transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtornos alimentares (TA) tem sido bastante discutida devido à semelhança entre suas manifestações clínicas.¹ Alguns autores propõem a existência de um espectro obsessivo-compulsivo composto de quadros psiquiátricos com sintomas comuns ao TOC, entre os quais estariam os TA.^{2,3} Portanto, relatamos o caso de uma adolescente de 14 anos com queixa de aversão a alimentos doces, incapaz de tocar, ingerir ou permanecer em ambientes com tais alimentos, como chocolates e balas, alegando sentir-se nauseada, suja e contaminada.

A paciente foi diagnosticada com TOC sem comorbidades associadas por seu psiquiatra segundo os critérios do DSM-IV-TR. Foi escolhida como forma de tratamento a terapia cognitivo-comportamental (TCC) utilizando as técnicas de relaxamento muscular progressivo (RMP) de Jacobson, exposição e prevenção de respostas (EPR) e dessensibilização sistemática (DS), com sessões semanais de uma hora por 20 semanas, além de 80mg/dia de fluoxetina durante 5 meses. Foram realizadas avaliações pré- e pós-tratamento com as escalas *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS), versão reduzida. No pré-tratamento, verificaram-se os seguintes resultados: BDI 25 (moderado), BAI 32 (grave) e Y-BOCS 36 (extremo). As medidas no pós-tratamento foram: BDI 10 (mínimo), BAI 10 (mínimo) e Y-BOCS 7 (sub-clínico), indicando melhora significativa do quadro clínico.

Discussão

Existe uma relação próxima entre TA e TOC, já que alguns pacientes apresentam ruminações incessantes e intrusivas sobre alimentos, além de diversos comportamentos ritualizados como a ingestão alimentar.³ Porém, resultados sobre a associação entre

tipos de TA, como a fobia alimentar, por exemplo, e TOC são escassos na literatura e alguns estudos sugerem a inclusão dos TA no espectro obsessivo-compulsivo.²

A fobia alimentar manifesta-se de diferentes formas. Quando o indivíduo apresenta um medo intenso de deglutir por receio de aspirar o alimento, ela recebe o nome de fobia de deglutição, enquanto a aversão por determinados tipos de alimentos (por exemplo, doces) é designada fobia de aversão. Corregiari e colaboradores relataram um caso clínico onde um paciente apresentava comorbidade entre TOC e fobia de aversão.³ Com a TCC associada à farmacoterapia, foi observada melhora do quadro clínico. A melhora deveu-se às alterações no comportamento alimentar, que respondeu em parte à especificidade do tratamento (exposição às sensações corporais resultante da ingestão de alimentos) permitindo que o paciente melhorasse pelo resultado farmacológico e aplicação da técnica de EPR.

Estudos de neuroimagem têm demonstrado alterações morfofuncionais nos núcleos caudados no TOC, sugerindo uma relação entre a fisiopatologia do TOC e os gânglios da base.^{2,4} Além disso, Baxter e colaboradores propuseram um modelo teórico sobre disfunções no circuito fronto-córtico-estriato-tálamo-cortical⁵ no qual o núcleo caudado não filtraria adequadamente os impulsos do córtex devido à não inibição do estriado, provocando a liberação da atividade talâmica. Portanto, impulsos excitatórios talâmicos atingiriam o córtex órbito-frontal proporcionando um “reforço” que impediria o sujeito de focar sua atenção em preocupações normalmente consideradas irrelevantes. Neste caso, possivelmente a intervenção farmacológica em conjunto com a TCC promoveu um equilíbrio no circuito fronto-córtico-estriato-tálamo-cortical que reduziu a manifestação comportamental do TOC, apesar de não terem sido utilizadas técnicas de neuroimagem na avaliação do paciente.

Flávia Paes

Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

Faculdade de Psicologia, Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação (IBMR), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto Nacional de Medicina Translacional (INCT-TM), Brasil

Sergio Machado

Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto Nacional de Medicina Translacional (INCT-TM), Brasil; Instituto de Neurociências Aplicadas (INA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

Bruna Velasques

Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto de Neurociências Aplicadas (INA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

Pedro Ribeiro

Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto de Neurociências Aplicadas (INA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

* O trabalho deve ser atribuído ao Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Antonio Egídio Nardi

Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto Nacional de Medicina Translacional (INCT-TM), Brasil

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/Conselho consultivo	Outro ³
Paes F	UFRJ	-	-	-	-	-	-
Machado S	UFRJ	-	-	-	-	-	-
Velasques B	UFRJ	-	-	-	-	-	-
Ribeiro P	UFRJ	-	-	-	-	-	-
Nardi AE	UFRJ	CNPq*	-	GlaxoSmithKline* Roche*	-	Aché*	ArtMed*

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UFRJ = Universidade Federal do Rio de Janeiro; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Referências

1. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Psychol Rev.* 2009;29(7):638-46.
2. Rosario-Campos MC, Mercadante MT. Transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl II):16-9.
3. Corregiari FM, Nunes PV, Neto FL, Bernik M. Transtorno obsessivo-compulsivo: aspectos psicopatológicos e terapêuticos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(1):23-5
4. Apostolova I, Block S, Buchert R, Osen B, Conradi M, Tabrizian S, Gensichen S, Schröder-Hartwig K, Fricke S, Rufer M, Weiss A, Hand I, Clausen M, Obrocki J. Effects of behavioral therapy or pharmacotherapy on brain glucose metabolism in subjects with obsessive-compulsive disorder as assessed by brain FDG PET. *Psychiatry Res.* 2010;184(2):105-16.
5. Baxter Jr LR, Saxena S, Brody AL, Ackermann RF, Colgan M, Schwartz JM, Allen-Martinez Z, Fuster JM, Phelps ME. Brain mediation of obsessive-compulsive disorder symptoms: evidence from functional brain imaging studies in the human and nonhuman primate. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 1996;1(1):32-47.

A mania ansiosa ou depressiva de Kraepelin: relato de um caso

Kraepelin's anxious or depressive mania: a case report

Caro editor,

Kraepelin descreveu oito formas diferentes de estados mistos.¹ No entanto, o estudo ou a descrição de cada uma delas, individualmente, tem recebido pouca atenção na literatura científica. Este é o caso, por exemplo, da mania ansiosa ou depressiva. Em dezembro de 2010, utilizando-se como termos de busca na base de dados *PubMed/Medline* as expressões “*anxious or depressive mania*” e “*anxious mania*”, nenhuma referência foi encontrada; enquanto uma busca com a expressão “*depressive mania*” forneceu apenas 11 resultados.

Recentemente, atendemos uma mulher de 54 anos. Ela apresentava intensa ansiedade, inquietação psicomotora, diminuição do apetite, perda significativa de peso, ideias de culpa, pessimismo, baixa auto-estima e insônia. Referia que sua doença começara havia dez anos. Durante a última década, relatou ela, tinha ficado quase todo o tempo “deprimida”, apresentando, além dos sintomas acima, tristeza e prostração. Tinha tentado o suicídio uma vez, cinco anos antes, ingerindo medicamentos, mas nunca havia sido internada em um hospital psiquiátrico. Consideramos que a inquietação psicomotora estava relacionada à ansiedade e formulamos o diagnóstico de depressão (unipolar) ansiosa. Foram prescritos mirtazapina e clonazepam.

Três semanas após o início do tratamento, a paciente não havia melhorado dos sintomas depressivos nem da ansiedade. Na consulta, ela disse não acreditar que estivesse deprimida, pois,

diferentemente de outras vezes, não se sentia triste, prostrada ou com diminuição do interesse. Pelo contrário, ela referia aumento da energia, além de aceleração do curso do pensamento. Contou que já estava assim antes mesmo de iniciar o uso do antidepressivo. Levantamos, então, a hipótese de um estado misto. De fato, seu quadro clínico era idêntico à descrição de Kraepelin da mania ansiosa ou depressiva: atividade excessiva e fuga de ideias com ansiedade. O que corroborou essa possibilidade foram os indícios de que a paciente sofria, na verdade, de transtorno bipolar. Com seu filho, obtivemos a informação de que a paciente, alguns anos antes, costumava apresentar a cada mês, entre um e outro episódio depressivo, períodos de dois a sete dias em que ficava “eufórica”, isto é, excessivamente alegre, mais falante e com a atividade aumentada. Além desses prováveis episódios hipomaníacos, apontou para a mesma direção o fato de a mãe da paciente, durante um tratamento para depressão com sertralina, ter apresentado um episódio de intensa irritabilidade.

Medicada com lítio e levomepromazina, a paciente, dez dias depois, passou a apresentar um episódio depressivo puro, com tristeza, prostração e inibição do pensamento. Após quatro semanas sem melhora do quadro depressivo, a mirtazapina foi reintroduzida, desta vez associada à olanzapina, com manutenção do lítio. Em apenas duas semanas, ficou assintomática.

Utilizando-se o *briefTEMPS-Rio de Janeiro*, um questionário de auto-avaliação sobre o temperamento traduzido para o português e adaptado para o Brasil,² verificou-se que a paciente apresentava um temperamento prévio ciclotímico. Segundo Akiskal, os estados mistos se desenvolvem como resultado da influência do temperamento sobre o episódio afetivo.³ Nesse sentido, o caso clínico aqui apresentado parece corresponder ao tipo B-II na classificação dos estados mistos de Akiskal, o qual resulta da interação entre um temperamento ciclotímico e um episódio depressivo.

É interessante observar que a paciente, durante o episódio de mania ansiosa ou depressiva, não preenchia os critérios do DSM-IV ou da CID-10 para mania ou depressão, visto que estavam ausentes tanto euforia ou irritabilidade, como tristeza ou perda do interesse. Naquele momento, ansiedade era a alteração do humor (ou afeto) mais proeminente. Isto parece coerente com as visões, defendidas por alguns autores, de que a distinção entre mania e depressão não deveria ser estabelecida pela qualidade do humor (ou afeto) – alegre, triste, irritado ou ansioso –, mas sim pela intensidade da expressão afetiva⁴ ou da atividade motora.⁵ Por outro lado, chama a atenção a carência de estudos específicos sobre a mania ansiosa ou depressiva, especialmente se considerarmos a grande frequência com que a ansiedade é observada nos estados mistos.⁶

Elie Cheniaux

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro