



ANSIEDADE NO ADULTO

Introdução

Na versão atual deste manual (DSM-IV), a Ansiedade Generalizada (AG) foi mudada de uma categoria residual descrevendo os indivíduos que não se encaixavam em outras categorias de ansiedade para uma afecção bem definida com critérios diagnósticos firmes. Estes critérios incluem um requisito de 6 meses de sintomas e mais ênfase em características psíquicas da afecção. Apesar deste aumento do reconhecimento da AG, menos de 25% dos pacientes com este transtorno recebem tratamento.

Epidemiologia

A AG ocorre comumente. O estudo *Epidemiological Catchment Area* (ECA) relatou que a prevalência da AG durante o tempo de vida variava de 4,1 a 6,6%. O levantamento nacional de comorbidade de transtornos psiquiátricos nos Estados Unidos, relatado por Kessler e colegas, avaliou a prevalência de 14 transtornos psiquiátricos do DSM-III numa amostragem nacional de 8098 pessoas. Verificaram que 1,6 e 3,1% dos indivíduos tiveram AG no decorrer de períodos de 6 e 12 meses, respectivamente. Isto é aproximadamente três vezes a prevalência de esquizofrenia ou transtorno bipolar. A prevalência da AG durante a vida foi de 5,1%. A AG é diagnosticada um tanto mais frequentemente no sexo feminino (55 a 60%) do que no masculino. Cerca de 12% dos pacientes de clínicas de transtornos ansiosos têm AG, tornando-a o diagnóstico mais comum. Em comparação com outros transtornos ansiosos, a AG é quatro vezes mais prevalente do que o transtorno do pânico (TP) e três vezes mais prevalente do que a fobia simples. Estima-se que um terço das pessoas com AG não tenham outro diagnóstico de comorbidade.

Etiologia

A teoria psicanalítica sugere que os sintomas de ansiedade se originam de conflitos entre o impulso instintivo e a inibição interna. Isto se vem do trabalho de Freud, no qual ele sugere que a ansiedade resulte de conflitos inconscientes não resolvidos entre impulsos para a satisfação da libido ou da agressividade e o reconhecimento do ego do dano externo que poderia resultar dessa satisfação.



Aaron Beck desenvolveu o conceito da teoria do comportamento cognitivo, sugerindo que a ansiedade seja uma resposta a perigos percebidos. A idéia é que uma distorção consistente do processamento de informações leve à falsa percepção de perigo e a sentimentos de ansiedade. Os pacientes com ansiedade percebem suas respostas como inadequadas para enfrentar as ameaças ou lhes falta controle sobre os fatores ambientais que mantenha ou reforce os sintomas.

Com base na frequência com que múltiplos membros de uma família têm ansiedade, desenvolveu-se uma teoria genética. Estudos com gêmeos apóiam a ligação mais próxima entre Transtorno de Pânico (TP) e genética. Embora a taxas de concordância para AG fossem quatro vezes mais altas em gêmeos monozigóticos do que nos dizigóticos, a mesma taxa caiu para 17 e 20%, respectivamente, quando foram excluídos os pacientes que também apresentavam crises de pânico.

A teoria biológica da AG foi recente revista por Brawman-Mintzer e Lydiard (v. Tabela 2). Em geral, os estudos têm investigado catecolaminas, reatividade autônoma, dosagens neuroendócrinas e sistemas de neurotransmissores, inclusive serotonina, ácido -aminobutírico (GABA) e a colecistoquinina. Ademais, têm sido realizados estudos por imagens.

Estudos neuroadrenérgicos indicam que os níveis basais de repouso das catecolaminas em pacientes com AG parecem ser semelhantes aos dos controles normais. No entanto, os pacientes com AG podem ter uma redução da sensibilidade dos receptores no sistema adrenérgico. Estudos neuroendócrinos têm sido inconclusivos.

Evolução Clínica

Dada sua ocorrência comum, compreende-se surpreendentemente pouco sobre a evolução natural da AG. A idade de início costuma ser o final da adolescência ou início da terceira década. Os pacientes podem ter sintomas de ansiedade, apreensão, inibição comportamental em situações às quais não esteja familiarizado e transtornos de ansiedade excessiva na infância. Os pacientes que experimentam AG costumam relatar que se sentem ansiosos a vida toda. Metade dos indivíduos com AG tem o relato de início da doença durante a infância ou a adolescência. A AG é transtorno crônico e os pacientes na quinta década relatam uma duração média de 20 anos para a história de ansiedade severa.

Embora a AG seja crônica, a severidade dos sintomas pode flutuar consideravelmente durante a vida. Geralmente a sintomatologia é mais intensa quando estão presentes estressores. Os sintomas podem ser exacerbados na fase pré-menstrual. Sem tratamento, são improváveis os períodos prolongados de remissão. Os participantes com AG estavam significativamente mais comprometidos numa Escala de Ajustamento Social Global. A maioria dos indivíduos com AG também relatava complicações proeminentes. Estas incluíam interferência substancial com suas vidas (49%), alta probabilidade de busca de ajuda profissional para os sintomas de AG (66%) e uso de medicamentos para AG (44%).



O achado de alta prevalência de sintomas de AG em pacientes com precordialgia inexplicada clinicamente, sintomas respiratórios e gastrointestinais sugere que os pacientes que apresentam estas queixas podem estar relatando os sintomas somáticos de ansiedade, e não os sintomas psicológicos como nervosismo, preocupação ou tensão. A interpretação errada dos sintomas de AG como problemas somáticos pode levar a um alto uso de testes e procedimentos caros, inclusive testes ergométricos, cintilografias com tálio, arteriografias, endoscopia, colonoscopia e testes de função pulmonar.

Tratamento

Existe ampla variedade de recursos para tratar AG. No entanto, 66% dos pacientes com este diagnóstico jamais recebem tratamento. Recomendações gerais sugerem abordagem combinada usando modalidades psicológicas e farmacológicas. Neste tópico, a ênfase é sobre a farmacoterapia. No entanto, o profissional deve estar ciente das terapias psicológicas existentes: psicoterapia dinâmica, psicoterapia de apoio e terapia do comportamento cognitivo.

Psicoterapia dinâmica: O foco do tratamento é a resolução do conflito e compreende as relações disfuncionais, as defesas mal adaptativas e capacidade para introspecção e *insight*. Psicoterapia de apoio: Envolve tranquilização repetida sobre a natureza inócua da ansiedade, remoção ou alívio do estresse ambiental e apoio quando do confronto com situações ansiosas. Tratamento cognitivo-comportamental: Inclui reestruturação cognitiva, psicoeducação, relaxamento, retreinamento da respiração, exposição, prática graduada, inundação e treinamento de alto instrução.

Para a conduta farmacoterapêutica atualmente, três medicamentos ou classes de compostos têm a aprovação da *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento de AG, cada um com diferente mecanismo de ação, perfil de efeitos colaterais e potencial de abuso: benzodiazepínicos, ansiolítico não benzodiazepínico – azapirona e ISRS. Por fim, vários outros compostos têm sido usados para tratar vários sintomas de ansiedade, inclusive antagonistas β -adrenérgicos, hidroxizina e ondansetron.

Duração do Tratamento

A duração do tratamento para AG é incerta. Aproximadamente 50% dos pacientes tratados com sucesso recidivarão com a suspensão do medicamento após seis meses. Isto indica que cerca de metade dos pacientes com AG podem beneficiar-se de tratamento de curto prazo, enquanto o restante requer tratamento mais prolongado. No entanto, os pacientes tratados com benzodiazepínicos têm duas vezes mais recorrência de sintomas de ansiedade ou necessidade de mais tratamento ansiolítico do que os tratados com medicamentos não-benzodiazepínicos. Alguns especialistas sugerem que os medicamentos que não produzem euforia e sedação possam permitir ao paciente



fazer mais progresso em procedimentos que precisem de habilidade e no comportamento de conduta para a ansiedade do que com benzodiazepínicos.

Conclusão

A AG comumente se desenvolve na infância e continua por muitos anos, ocorrendo freqüentemente com depressão e transtornos da personalidade. Embora os indivíduos que sofram de AG sejam altos usuários dos serviços de assistência médica, a maioria das pessoas com AG infelizmente não recebe tratamento. Ademais, este transtorno pode aumentar o impacto de outras afecções psiquiátricas sobre os custos da assistência médica.

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: dr_mauricioaranha@yahoo.com.br