

Apresentamos abaixo uma nova iniciativa da Revista, que visa estimular a discussão sobre tópicos de interesse atual para a Psiquiatria. Autores interessados poderão, a partir de agora, apresentar uma carta ao editor candidata a tornar-se foco de novas discussões. Caso essa carta seja aceita, a Revista convocará pareceres de outros especialistas na área, promovendo, assim, o debate.

Neste volume, iniciamos um debate a partir da carta aos editores de Andrade-Nascimento *et al.*, que apresentam diferentes aspectos acerca da comorbidade entre transtorno bipolar (TB) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Estimulamos a participação de outros colegas de renome nacional e internacional nessa discussão, ressaltando a importância do assunto e destacando aspectos importantes no diagnóstico desses transtornos vistos integradamente. Ainda que a prevalência de sintomas ansiosos muitas vezes inclua os critérios para TAG no TB, a atual classificação diagnóstica do DSM-IV apresenta limitações e desafios a serem superados, os quais são discutidos a seguir de maneira informativa e crítica. A discussão abaixo vislumbra potenciais avanços que podem surgir em breve com o advento do DSM-5 e que podem trazer respostas ao diagnóstico e ao tratamento dessa comorbidade prevalente em nossa prática clínica.

Rodrigo Machado-Vieira
Editor-assistente

Transtorno bipolar em comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada: um diagnóstico possível?

Comorbid generalized anxiety disorder in bipolar disorder: a possible diagnosis?

MONICA ANDRADE-NASCIMENTO^{1,2}, ÂNGELA MIRANDA-SCIPPA², FABIANA NERY-FERNANDES², MARLOS ROCHA²,
LUCAS C. QUARANTINI²

¹ Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.

² Hospital-Escola, Serviço de Psiquiatria, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

Andrade-Nascimento M, *et al.* / *Rev Psiq Clín.* 2012;39(4):149-52

Prezado Editor

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR, 2000), não é possível diagnosticar transtorno de ansiedade generalizada (TAG) em pacientes bipolares, independentemente da fase da doença quando ocorre exclusivamente durante o transtorno bipolar. Sobre esse assunto, Issler *et al.* (2004)¹ observaram que alguns pesquisadores vêm criticando os critérios diagnósticos do DSM que distinguem esses transtornos, pois no TAG existem sintomas que se sobrepõem aos do transtorno bipolar (TB). Recentemente, Goodwin e Jamison, no capítulo "Comorbidade" da segunda edição do *Manic Depressive Illness* (2007)², revisaram as comorbidades entre o transtorno bipolar e os transtornos de ansiedade, contudo não mencionaram o TAG como comorbidade do TB. Ainda que questões como essas tornem difícil a tarefa de diagnosticar esse transtorno de ansiedade em pacientes bipolares, diversos estudos vêm demonstrando elevada prevalência de TAG em comorbidade com TB^{3,4}. Mais ainda, a prevalência de TAG nessa população é maior que aquela descrita na população em geral³⁻⁵. Albert *et al.* (2008) examinaram a presença de transtornos de ansiedade em pacientes bipolares em eutímia e observaram que a prevalência de TAG atual e durante a vida nesses paciente é de 15,2% e 16,2%, respectivamente⁵. Diante do exposto, a questão é: se diagnosticar TAG em pacientes bipolares não é possível, de acordo com a classificação vigente, como se pode explicar a prevalência de TAG nesses pacientes avaliados por meio do SCID-I? Além disso, qual é o significado dessa taxa (15,2%) de TAG atual nesses pacientes? Seriam pacientes eutímicos que apresentam de fato TAG como comorbidade ou seriam, talvez, manifestações subsindrômicas de uma fase do transtorno bipolar? Gostaríamos de ouvir a opinião dos leitores da *Revista de Psiquiatria Clínica* sobre as questões apresentadas a respeito do papel do TAG em cada fase do TB e da validade de realizar esse diagnóstico comórbido nesses indivíduos. Finalmente, acreditamos que seja interessante estudar não somente as características dos sintomas que se sobrepõem nesses transtornos, mas também os limites diagnósticos entre TAG e TB, a fim de determinar se distinguir os sintomas ansiosos de TAG em pacientes bipolares é relevante e clinicamente viável.

Referências

1. Issler CK, Sant'anna MK, Kapczinski F, Lafer B. Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(3):31-6.
2. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic depressive illness.* New York: Oxford University Press Inc.; 2007.
3. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, *et al.* Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord.* 2001;3:253-8.
4. McIntyre RS, Soczynska JK, Bottas A, Bordbar K, Konarski JZ, Kennedy SH. Anxiety disorders and bipolar disorder: a review. *Bipolar Disord.* 2006;8:665-76.
5. Albert U, Rosso G, Maina G, Boggetto F. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord.* 2008;68:297-303.

COMENTÁRIOS SOBRE A CARTA AO EDITOR

Re: Transtorno bipolar em comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada: um diagnóstico possível?

ACIOLY L. T. LACERDA, MD, PH.D.¹

¹ Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas (LiNC), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil.

Sempre que possível, as classificações de doenças devem ser baseadas em aspectos etiológicos (paradigma etiológico) ou pelo menos em aspectos fisiopatológicos (paradigma fisiopatológico). Porém, por causa da disponibilidade limitada de informações tanto etiológicas quanto fisiopatológicas para a maioria dos transtornos psiquiátricos, o paradigma fenomenológico ainda é hegemônico em classificações internacionalmente aceitas, tais como o DSM-IV da Associação Americana de Psiquiatria e a CID-10 da Organização Mundial de Saúde. Os esquemas de ambos, DSM-IV e CID-10, são fortemente influenciados pelas classificações kraepelinianas dos transtornos mentais, baseando-se na sintomatologia observada, curso da doença e prognóstico. A confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico melhorou significativamente com a introdução de critérios diagnósticos operacionais nas classificações atualmente adotadas. Porém, a validade diagnóstica não apresentou qualquer avanço. Desse modo, pelo menos para propósitos clínicos, é fundamental que classificações fenomenologicamente orientadas apresentem implicações práticas, especialmente para orientar o psiquiatra acerca dos tratamentos mais apropriados para uma determinada patologia.

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado que os transtornos de ansiedade, incluindo o transtorno de ansiedade generalizada (prevalência ao longo da vida de cerca de 16%), estão entre as comorbidades mais frequentes em indivíduos com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar^{1,2}. Adicionalmente, diferentes estudos têm sugerido que esse achado apresenta importantes implicações clínicas, visto que a presença de transtornos de ansiedade comórbidos afeta negativamente o curso, o prognóstico e a resposta ao tratamento do transtorno afetivo bipolar^{3,4}. Ainda, diferentes estudos também têm sugerido que a ansiedade comórbida está associada a um maior prejuízo no funcionamento psicossocial e a uma pior qualidade de vida em indivíduos com transtorno afetivo bipolar^{1,2}. Por fim, diversos ensaios clínicos têm sugerido que medicamentos específicos tais como divalproato e quetiapina são preferencialmente indicados quando ansiedade comórbida é diagnosticada no transtorno afetivo bipolar⁵.

Concluindo, embora as classificações de transtornos mentais vigentes sejam altamente confiáveis, a validade diagnóstica é claramente insatisfatória. Visto que as fronteiras diagnósticas dos transtornos psiquiátricos não se encontram bem estabelecidas, parece ser inapropriada a exclusão *a priori* do transtorno de ansiedade generalizada com uma possível comorbidade no transtorno afetivo bipolar. Essa visão é reforçada por dados empíricos de estudos clínicos sugerindo que o diagnóstico de ansiedade comórbida no transtorno afetivo bipolar apresenta implicações para a prática clínica, incluindo a escolha de intervenções mais apropriadas.

Referências

1. Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord.* 2002;68(1):1-23.
2. Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(Suppl 1):5-7.
3. Masi G, Perugi G, Millepiedi S, Toni C, Mucci M, Bertini N, et al. Clinical and research implications of panic-bipolar comorbidity in children and adolescents. *Psychiatry Res.* 2007;153(1):47-54.
4. Del Bello MP, Hanseman D, Adler CM, Fleck DE, Strakowski SM. Twelve-month outcome of adolescents with bipolar disorder following first hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry.* 2007;164(4):582-90.
5. Rakofsky JJ, Dunlop BW. Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(1):81-90.

ANDREA FEIJO MELLO, MD, PH.D.¹

¹ Pós-doutoranda do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), médica responsável pelo Ambulatório de Estresse e Depressão do Prove (Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência da Unifesp), São Paulo, SP, Brasil.

O transtorno bipolar (TB) é frequentemente acompanhado de comorbidades, tanto clínicas quanto psiquiátricas. Os dados do STEP-BP mostraram que 58,8% dos pacientes avaliados tinham comorbidades clínicas e que ter diagnóstico de transtorno de ansiedade e abuso de substâncias ao longo da vida estava associado ao fato de o indivíduo ter mais doenças clínicas¹.

Assim, não fazer o diagnóstico de transtornos de ansiedade nesses pacientes e deixar de tratá-los pode piorar a saúde do indivíduo.

Uma parcela dos indivíduos portadores de TB e quadros ansiosos associados tem sintomas de quadros comórbidos prévios ao diagnóstico de TB, entretanto outros passam a apresentar sintomas de ansiedade, pânico ou sintomas do espectro obsessivo-compulsivo ou mesmo alimentares após esse diagnóstico, sem considerar a complexa associação entre trauma, transtorno de estresse pós-traumático e TB.

Isso pode realmente levar a uma dificuldade em delimitar o diagnóstico correto e conseqüentemente na proposta de tratamento. No DSM-V teremos, ainda, novas categorias para os transtornos do espectro obsessivo-compulsivo e os transtornos ligados ao trauma², o que pode vir a complicar mais a formulação de diagnósticos em pacientes com sintomas pertencentes a diversos quadros nosológicos.

O fato de os manuais não permitirem que seja feito o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada em pacientes portadores de TB deve-se, em grande parte, ao conhecimento de que a maioria dos pacientes bipolares não obtém benefício com o uso de antidepressivos ou mesmo tem prejuízo com eles, como a ciclagem ou viragem para mania³. Esse conhecimento nos leva a pensar como tratar desses casos, já que os quadros ansiosos têm nas drogas antidepressivas sua primeira linha de tratamento.

Partindo desse ponto ao se elencarem prioridades e se tratar primeiro o TB, em diversos casos a melhora de sintomas ansiosos ocorrerá assim que o quadro estiver compensado. Entretanto, naqueles casos em que os sintomas ansiosos persistirem, deverá ser criada uma estratégia de associações medicamentosas de modo individualizado.

Alguns pacientes poderão se beneficiar do uso de antidepressivos se devidamente protegidos com estabilizadores do humor, outros terão estes contraindicados, como nos casos de cicladores rápidos ou daqueles que tiverem uma polaridade do transtorno bipolar mais para mania⁴.

Os critérios diagnósticos estão sendo revisados com perspectivas de que os pesquisadores possam cada vez mais estudar uniformemente os quadros mais complexos, porém ainda são necessários mais estudos em casos de transtornos comórbidos, porque não basta simplesmente somar o tratamento proposto para cada uma das comorbidades, mas, sim, criar um racional direcionado que possa levar à melhora de um número cada vez maior de pacientes.

Referências

1. Magalhães PV, Kapczinski F, Nierenberg AA, Deckersbach T, Weisinger D, Dodd S, et al. Illness burden and medical comorbidity in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(4):303-8.
2. DSM-V Development [database on the Internet] 2012. Available from: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
3. Valenti M, Pacchiarotti I, Bonnin CM, Rosa AR, Popovic D, Nivoli AM, et al. Risk factors for antidepressant-related switch to mania. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(2):e271-6.
4. Undurraga J, Baldessarini RJ, Valenti M, Pacchiarotti I, Tondo L, Vazquez G, et al. Bipolar depression: clinical correlates of receiving antidepressants. *J Affect Disord.* 2012.

VASCO VIDEIRA DIAS¹¹ Professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Lisboa, Portugal.

Os autores discutem criticamente um tópico atual e pertinente que afeta uma ampla gama de pacientes com transtorno bipolar (TAB). A alta incidência de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) em pacientes bipolares sugere que o TAG é uma entidade comórbida comumente observada no TAB. Se imaginarmos um rato treinado para apertar um botão e evitar um choque leve, a antecipação do comando pode ativar liberação prazerosa de dopamina no córtex frontal. Se o botão for desconectado, entretanto, pressionar o botão não prevenirá o choque, e o rato pressionará frenética e repetidamente o botão, tentando ganhar controle sobre a situação. Essa é a essência da ansiedade, caracterizada especialmente pela secreção de adrenalina e noradrenalina e, em menor grau, pela secreção de cortisol. Se os choques continuarem e o animal tiver suas tentativas de lidar com isso sem resultado, uma transição ocorrerá quando o cortisol aumentar e ocorrerá depleção dos principais neurotransmissores. Em minha opinião, o TAG é um quadro comórbido subsindrômico e parece ser uma característica associada ao TAB como consequência de disfunção geral de mecanismos associados à neurotransmissão. Nesse sentido, em relação à abordagem de TAG em pacientes com TAB, deve-se incluir também uma visão integrada quanto ao tratamento.

DORIS HUPFELD MORENO¹¹ Mood Disorders Unit (Gruda), Department and Institute of Psychiatry, School of Medicine, University of Sao Paulo (USP), Gruda IPq-FMUSP, Sao Paulo, SP, Brazil.

Referente à carta sobre a associação entre o transtorno bipolar (TB) e o de ansiedade generalizada (TAG), importantes questionamentos foram levantados. De fato, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2000) exclui a possibilidade do diagnóstico comórbido, considerado um resquício do DSM-III que se manteve nas edições subsequentes¹. Via de regra, em estudos epidemiológicos e clínicos que visam determinar comorbidades entre transtornos ou síndromes psiquiátricas, a hierarquia diagnóstica é abandonada, gerando prevalências como as observadas pela autora da carta. Na 5ª edição do DSM (DSM-V)², a ser lançada em 2013, o número de sintomas associados passará de seis para dois e a duração mínima dos atuais seis para três meses; o diagnóstico se centralizará em torno do excesso de ansiedade e preocupação em duas ou mais esferas da vida¹. Entretanto, o diagnóstico não poderá dever-se a outro transtorno mental – obedecendo à hierarquia diagnóstica –, sendo preciso distinguir-se dos transtornos depressivos, uma vez que o DSM-V incluirá o especificador “com ansiedade” no transtorno depressivo, devido ao impacto da ansiedade sobre a morbimortalidade dos transtornos do humor em geral³.

Goodwin e Jamison (2007)⁴ não mencionaram o TAG como comorbidade do TB porque consideraram que sintomas ansiosos subsindrômicos são frequentes e influem no curso e na evolução do TB, ao se associarem a maiores riscos de suicídio, abuso de substâncias e pior resposta ao tratamento, e portanto seriam parte do problema, não outro diagnóstico. Cem anos atrás, Kraepelin já descrevera que “a PMD [psicose maníaco-depressiva] de boa evolução cursava livre de sintomas de ansiedade” e que “quadros de mais difícil manejo, em especial episódios mistos, apresentavam frequentemente sintomas ansiosos de intensidade significativa” (*apud* Goodwin e Jamison, 2007).

Swann *et al.* (2009)⁵ demonstraram que a psicopatologia mudava quando um episódio depressivo do TB era superposto a, no mínimo, um sintoma maníaco (por exemplo, aceleração de pensamentos) e uma mania a pelo menos dois sintomas depressivos – o que apareceu foi ansiedade e agravamento dos sintomas; as tentativas de suicídio ocorreram nas manias com pelo menos três sintomas depressivos e nas depressões com pelo menos dois sintomas maníacos superpostos. Esse estudo foi fundamental para a inclusão do especificador “com

sintomas mistos” em todos os episódios de transtornos do humor do DSM-V, bipolares ou não. Além da ansiedade, preponderante em relação ao humor eufórico ou depressivo, a disforia (definida por tensão interna, irritabilidade, comportamento agressivo e hostilidade) também emergiu como fenomenologia distinta em bipolares internados que tinham mania com pelo menos três sintomas depressivos ou depressão com pelo menos um sintoma maníaco⁶. Portanto, seria possível confundir o TAG com um estado misto depressivo, no qual a aceleração de pensamentos resultaria em preocupações exageradas e com sofrimento antecipado, irritabilidade e ansiedade acentuada, mas que não configurariam um episódio depressivo. Segundo Goodwin e Jamison (2007, p. 78-79)⁴, “apresentações sintomáticas dos sintomas mistos variam de um único sintoma do polo oposto encontrado em uma síndrome maníaca ou depressiva de outro modo considerada ‘pura’ (como humor depressivo durante a mania ou aceleração de pensamentos durante a depressão) até misturas mais complexas de humor, pensamento e comportamento”.

O TB possui um curso flutuante entre períodos síndrômicos, subsindrômicos e eutímicos. As definições de eutímia variam de um estudo a outro e, dependendo da linha de corte utilizada para sua determinação, diferentes serão os resultados⁷. No artigo mencionado, os pacientes não estavam assintomáticos ou com apenas um ou dois sintomas leves, pois foram considerados eutímicos se tivessem escores < 8 na HAM-D e < 6 pela YMRS durante pelo menos dois meses⁸. Os autores deixaram de lado a hierarquização diagnóstica, mas não discutiram o problema.

Por outro lado, quando se separam sujeitos do espectro depressivo ou bipolar de controles normais, a comorbidade com TAG se torna questionável. Estudando o uso de antidepressivos (ADs) numa amostra da população geral italiana com depressão subsindrômica (DS), encontrou-se uso de ADs somente nos sujeitos DS que foram considerados bipolares pelo *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ), mas por conta da comorbidade com síndrome do pânico (SP) ou TAG, e os diagnósticos de SP e TAG estavam estritamente associados ao MDQ positivo⁹. Em estudo epidemiológico do nosso meio, no qual se abandonou a hierarquia diagnóstica, comparou-se o espectro bipolar (ETB) com controles não afetivos (CNA, que poderiam apresentar os outros distúrbios na forma pura), e a prevalência do TAG durante a vida no ETB variou de 5,6% a 35,6%, mas caiu para 0,5% nos CNA¹⁰. Aplicando-se uma análise de classes latentes aos sintomas afetivos desta mesma amostra, verificou-se que o TAG foi o único transtorno ansioso de prevalência zero na classe denominada “eutímicos”¹¹.

Ainda faltam estudos que delimitem claramente o TB do TAG, mormente pelo fato de serem recentes e poucas as investigações acerca da fenomenologia distinta dos estados mistos, resgatando o trabalho de Kraepelin e Weygandt. A relevância da presença de sintomas ansiosos reside no pior prognóstico e cronicidade do TB, mas é possível que os sintomas mistos mediem o aparecimento da ansiedade e do risco de suicídio associado. Futuros estudos determinarão se a nova definição do TAG proposta no DSM-V facilitará a distinção, aperfeiçoando o conhecimento sobre o significado clínico da comorbidade com o TB.

Referências

1. Andrews G, Hobbs MJ, Borkovec TD, Beesdo K, Craske MG, Heimberg RG, et al. Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):134-47.
2. Available from: <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/anxietydisorders.aspx>.
3. Goldberg D, Fawcett J. The importance of anxiety in both major depression and bipolar disorder. *Depress Anxiety*. 2012 May 2. doi: 10.1002/da.21939.
4. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic depressive illness*. New York: Oxford University Press Inc.; 2007.
5. Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller GF. Continuum of depressive and manic mixed states in patients with bipolar disorder: quantitative measurement and clinical features. *World Psychiatry*. 2009;8(3):166-72.

6. Bertschy G, Gervasoni N, Favre S, Liberek C, Ragama-Pardos E, Aubry JM, et al. Frequency of dysphoria and mixed states. *Psychopathology*. 2008;41(3):187-93.
7. De Dios C, Agud JL, Ezquiaga E, García-López A, Soler B, Vieta E. Syndromal and subsyndromal illness status and five-year morbidity using criteria of the International Society for Bipolar Disorders compared to alternative criteria. *Psychopathology*. 2012;45(2):102-8.
8. Albert U, Rosso G, Maina G, Boggetto F. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord*. 2008;68:297-303.
9. Carta MG, Tondo L, Balestrieri M, Caraci F, Dell'osso L, Di Sciascio G, et al. Sub-threshold depression and antidepressants use in a community sample: searching anxiety and finding bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2011;11:164.
10. Moreno DH. Prevalência e características do espectro bipolar em uma amostra populacional definida da cidade de São Paulo [tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
3. McIntyre RS, Soczynska JK, Bottas A, Bordbar K, Konarski JZ, Kennedy SH. Anxiety disorders and bipolar disorder: a review. *Bipolar Disord*. 2006;8:665-76.
4. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2005;67(1):1-8.
5. Saunders EF, Fitzgerald KD, Zhang P, McInnis MG. Clinical features of bipolar disorder comorbid with anxiety disorders differ between men and women. *Depress Anxiety*. 2012;27:1-8.
6. Goldberg D. A dimensional model for common mental disorders. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996;(30):44-9.

RICARDO A. MORENO¹

¹ Mood Disorders Unit (GRUDA), Department and Institute of Psychiatry, School of Medicine, University of Sao Paulo, GRUDA IPq-FMUSP, Sao Paulo, SP, Brasil.

GIANCARLO LUCCA¹, RAFAEL E. RIEGEL¹, JOÃO QUEVEDO¹

¹ Núcleo de Excelência em Neurociências Aplicadas de Santa Catarina (Nenasc), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), Criciúma, SC, Brasil.

No decorrer dos últimos 20 anos, o interesse pela pesquisa da comorbidade entre ansiedade e transtorno de humor bipolar vem aumentando. Entretanto, o número de publicações ainda está muito abaixo do ideal para elucidarmos as dúvidas que nos são impostas no que diz respeito não somente aos limites diagnósticos, mas também às bases biológicas e seus tratamentos¹.

Diversos estudos evidenciam a importância de realizar o diagnóstico de comorbidade dos transtornos ansiosos em pacientes bipolares pelo impacto negativo que essa interação exerce no tratamento e no prognóstico²⁻⁵.

A alta prevalência de comorbidade entre ansiedade generalizada e transtorno bipolar encontrada nos artigos pode ser em parte atribuída a uma base neurobiológica comum entre os transtornos ou devida a um artefato resultante da classificação categorial empregada atualmente em psiquiatria, pois divide os sintomas psiquiátricos em classes separadas que em muitos casos se sobrepõem borrando os limites diagnósticos dos transtornos mentais⁶.

Conforme alerta Provencher *et al.*, a publicação pendente do DSM-5 poderia tentar diferenciar mais esses transtornos entre si como fez o lançamento do DSM-III e do DSM-III-R com os transtornos de ansiedade nos anos 1980, propondo distintos subtipos para os transtornos de ansiedade. No DSM-5 preliminar, a ansiedade foi introduzida como um especificador para descrever episódios de humor nos transtornos bipolares (www.dsm5.org). Com essa mudança, será possível especificar o transtorno de humor bipolar com ansiedade leve a severa. Mesmo que esse especificador não seja uma nova categoria diagnóstica, ele mostra o quanto o transtorno de humor bipolar atinge a fronteira diagnóstica dos transtornos de ansiedade e, em especial, o transtorno de ansiedade generalizada¹.

Referências

1. Provencher MD, Guimond AJ, Hawke LD. Comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders: a neglected research and treatment issue? *J Affect Disord*. 2012;137(1-3):161-4.
2. Issler CK, Sant'anna MK, Kapczinski F, Lafer B. Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(3):31-6.

Os autores levantam uma questão polêmica e mais ampla, qual seja a interface entre transtornos de ansiedade (TA) e transtorno bipolar (TB), cuja relação é complexa e requer várias considerações. Primeiro, a elevada taxa de comorbidade com TA encontrada no TB como citado por Andrade-Nascimento; segundo, a elevada prevalência de TA (incluindo transtorno de ansiedade generalizada – TAG) encontrada em filhos de bipolares (36%) comparada com as taxas de filhos de controles psiquiatricamente sadios (14%)^{1,2}, sugerindo que o TA possa ser uma via alternativa para o desenvolvimento de TB³; terceiro, o fato de o diagnóstico de TAG permanecer como o mais provisional dos TA por causa da dificuldade diagnóstica relacionada com a definição de preocupações excessivas e irreais que sofre influência de classes sociais, cultura, personalidade e valores acerca do que constitui uma verdadeira preocupação e a própria clínica da síndrome, na qual há sobreposição de sintomas subjacentes ao TAG e os decorrentes da insônia crônica como fadiga e irritabilidade, que fazem parte do diagnóstico e, por sua vez, também são sintomas observados no TB. Outros aspectos incluem o fato de que, a partir da DSM-III-R, o diagnóstico de TAG mudou, permitindo comorbidades diagnósticas e, assim, uma grande taxa de comorbidades psiquiátricas passou a ser identificada (em alguns estudos mais de 90% dos pacientes com TAG apresentavam uma ou mais comorbidades)⁴. Nesse contexto, concordo com a citação de Brown *et al.* (1994)⁵ de que o TAG seria mais bem conceituado como traço ou fator de vulnerabilidade ou, ainda, uma via final comum para numerosos transtornos psiquiátricos, incluindo o TB. Entretanto, a importância prática da coexistência de mais de um transtorno psiquiátrico no mesmo indivíduo com TB sabidamente influencia o processo diagnóstico, a resposta a tratamento, o curso e o prognóstico e requer de melhor elucidação científica.

Referências

1. Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS, et al. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biol Psychiatr*. 2005;58(7):554-61.
2. Petresco S, Gutt EK, Krelling R, Lotufo-Neto F, Rohde LAP, Moreno RA. The prevalence of psychopathology in offspring of bipolar women from a Brazilian tertiary center. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(3):240-6.
3. Chang K, Steiner H, Ketter T. Studies of offspring of parents with bipolar disorder. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2003;123C(1):26-35.
4. Witchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:355-64.
5. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatr*. 1994;151:1272-80.