

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Instituto de Ciências Biológicas

Mestrado em Neurociências

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA DISTONIA PRIMÁRIA

Fernando Machado Vilhena Dias

Belo Horizonte

2009

Fernando Machado Vilhena Dias

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA DISTONIA PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Orientador: Antônio Lúcio Teixeira Jr.

Belo Horizonte

2009

Dias, Fernando Machado Vilhena

Transtornos psiquiátricos na distonia primária / Fernando Machado Vilhena Dias-
Minas Gerais, 2009.
f., enc:ll., p&b; tabs.

Orientador: Antônio Lúcio Teixeira Jr.

Linha de pesquisa: Transtornos neuropsiquiátricos e distúrbios do movimento.

Dissertação (mestrado) _ Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de
Ciências Biológicas

Bibliografia: f.

Anexos: f.

1. Primária, Distonia_ Teses. 2. Transtornos psiquiátricos_ Diagnóstico_ Teses. 3.
Etiopatogenia_ Teses. 4. Teste psicométricos_ Teses. I. Teixeira Júnior, Antônio Lúcio.
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. III. Título.

FERNANDO MACHADO VILHENA DIAS

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA DISTONIA PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Prof. Ronaldo Tadêu Pena
Reitor.

Prof. Jaime Arturo Ramirea
Pró-Reitor de Pós Graduação.

Profa. Maria Cristina Lima de Castro
Diretor do Instituto de Ciências Biológicas.

Profa. Ângela Maria Ribeiro
Colegiado do Curso de Pós Graduação em Neurociências.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antônio Lúcio Teixeira Jr. pela sabedoria, persistência e exemplo.

Ao grupo de pesquisa, pelas idéias.

Ao meu pai, por despertar a curiosidade e incentivar a independência.

À minha mãe, pela sua maternagem.

À Flávia, por ter coragem de sonhar junto.

Ao Sérgio, Marco Túlio e Hugo, por tornarem a psiquiatria viva.

À família, por acreditar.

RESUMO

A distonia é um distúrbio involuntário do movimento caracterizado por contrações musculares sustentadas, determinando movimentos de torção e/ou posturas anormais. É o resultado da contração concomitante de músculos agonistas e antagonistas.

Vários estudos evidenciaram alterações não motoras em pacientes com distonia focal primária (FD). Enquanto esses achados confirmam a hipótese de disfunção da interação entre o córtex frontal, núcleos da base e tálamo, estudos recentes apresentam resultados conflitantes sobre transtornos psiquiátricos e desempenho cognitivo na FD. Blefaroespasma (BM), um tipo (FD), é uma síndrome caracterizada por contrações sustentadas e involuntárias das pálpebras. Pacientes com espasmo hemifacial (EH) perfazem um bom grupo controle quando se investiga alterações não motoras em pacientes com BM. O objetivo do estudo foi avaliar a frequência de transtornos psiquiátricos em pacientes FD. Foi realizado um estudo de corte transversal em que se procederam entrevista e exames psiquiátricos de forma consecutiva em 47 pacientes com FD (H/M 16/31). Além disso, foi realizado um estudo caso-controle, no qual o grupo de 22 pacientes com BM (H/M; 7/15) foi comparado ao grupo controle EH, constituído por 29 pacientes (H/M; 7/22). Utilizaram-se como instrumentos de avaliação psiquiátrica o Mini-International Neuropsychiatric Interview - versão plus (MINI-PLUS), Escala de Obsessão e Compulsão da Yale Brown (YBOCS), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM A), Escala de Depressão de Hamilton (HAM D), Escala Liebowitz de Ansiedade Social (LS) e Bateria de Avaliação Frontal (BAF). Ao avaliar a frequência de transtornos psiquiátricos na FD, encontrou-se, segundo o MINI-PLUS, que 12,8% dos pacientes apresentavam o diagnóstico de abuso e dependência de álcool, 29,8% de transtorno depressivo maior, 44,7% de fobia social, 10,6% de fobia específica e 10,6% de transtorno obsessivo compulsivo. De acordo com o YBOCS, 80,9% não apresentaram sintomas obsessivos compulsivos. Ao comparar os grupos BM e EH, não houve diferença estatística na idade ($p=0,6$), sexo ($p=0,5$), duração dos sintomas ($p=0,9$), escolaridade em anos ($p=0,4$). Os

transtornos psiquiátricos avaliados pelo MINI-PLUS, também, não alcançaram diferença estatística entre os grupos. Os resultados obtidos pelas escalas psicométricas utilizadas não alcançaram significância estatística entre os grupos. Os escores da BAF correlacionaram significativamente com escolaridade ($r=0.5$). O estudo mostra que os pacientes com FD apresentam frequência alta de transtornos psiquiátricos. O funcionamento cognitivo avaliado pela BAF não estava alterado. Todavia, o estudo não confirmou a hipótese que as manifestações não motoras seriam uma particularidade da FD, uma vez que não houve diferença nos resultados entre os grupos BM e EH.

Palavras-chave: Distonia primária focal; transtornos psiquiátricos; funcionamento cognitivo; núcleos da base; blefaroespasma, espasmo hemifacial.

ABSTRACT

The dystonia is a disorder characterized by involuntary movement of sustained muscle contractions, resulting in twisting movements and / or abnormal postures. It is the result of the concomitant contraction of muscle agonists and antagonists.

Several studies showed no motor changes in patients with primary focal dystonia (FD). While these findings support the hypothesis of dysfunction of the interaction between the frontal cortex, basal ganglia and the thalamus in the primary dystonia, recent studies show conflicting results on psychiatric disorders and cognitive performance in FD. Blepharospasm (BM), a type of primary focal dystonia is a syndrome characterized by involuntary and sustained contractions of the eyelids. Patients with hemifacial spasm (EH) make up a good control group when it investigates no motor changes in patients with BM. The objectives of the study were to evaluate the frequency of psychiatric disorders in patients with primary focal dystonia. This was a cross-sectional study, in which he proceeded to interview and psychiatric examinations so in 47 consecutive patients with FD (M / F 16/31). Moreover, there was a case-control study in which the group of 22 patients with BM (M / F, 7 / 15) was compared to the control group EH, consisting of 29 patients (M / F, 7 / 22). It was used as tools of the psychiatric evaluation the Mini-International Neuropsychiatric Interview . version plus (MINI-PLUS), Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Anxiety Scale (HAM A), Hamilton Depression Scale (HAM D), Liebowitz Social Anxiety Scale (LS) e Frontal Assesment Battery (BAF). In assessing the frequency of psychiatric disorders in FD, it was found, according to the MINI-PLUS, that 12.8% of patients had the diagnosis of abuse and alcohol dependence, 29.8% of major depressive disorder, 44.7% of social phobia, 10.6% of specific phobia and 10.6% of obsessive compulsive disorder. According to YBOCS, 80.9% show obsessive compulsive symptoms. When comparing the BM and EH groups, there was no statistical difference in age ($p = 0.6$), gender ($p = 0.5$), duration of symptoms ($p = 0.9$), schooling in years ($p = 0.4$). The psychiatric disorders assessed by the MINI-PLUS,

also, did not reach statistical difference between the groups. The results obtained by the psychometric scales used did not reach statistical significance between groups. The scores of BAF significantly correlated with education ($r = 0.5$). The study shows that patients with FD have high frequency of psychiatric disorders. The cognitive functioning assessed by the BAF was not changed. However, the study did not confirm the hypothesis that the demonstrations would be driven not a particularity of FD, since there was no difference in results between BM and EH.

Keywords: Focal primary dystonia; psychiatric disorders; cognitive functioning; basal ganglia; blepharospasm; hemifacial spasm.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BAF - Bateria de Avaliação Frontal

BDI - Inventário de Depressão de Beck

BM - Blefaroespasma

DP - Desvio Padrão

EH - Espasmo Hemifacial

FD - Distonia Focal Primária

HAM-A - Escala de Ansiedade de Hamilton

HAM-D - Escala de Depressão de Hamilton

LS - Escala Liebowitz de Ansiedade Social.

MINI PLUS - Mini-International Neuropsychiatric Interview . versão plus.

MMSE -Mini-Exame do Estado Mental

SOC -Sintomas Obsessivos Compulsivos

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo.

YBOCS - Escala de Obsessão e Compulsão da Yale Brown

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estudos de investigação de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em pacientes com distonia primária.	19
Tabela 2. Frequência de subtipos de distonia focal primária avaliados.	29
Tabela 3: Dados sócio-demográficos dos pacientes com distonia focal primária.....	30
Tabela 4: Diagnósticos segundo o Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-PLUS).	32
Tabela 5: Pontuações obtidas pelas escalas psicométricas.....	33
Tabela 6: Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com blefaroespamo e espasmo hemifacial.	35
Tabela 7: Frequências de diagnósticos obtidos pela escala Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-PLUS) nos grupos blefaroespamo e espasmo hemifacial.	35
Tabela 8: Pontuações obtidas pelos grupos blefaroespamo e espasmo hemifacial nas escalas psicométricas.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Frequência de comorbidades clínicas nos pacientes com distonia focal primária.	30
Figura 2: Pontuação dos grupos blefaroespasma (BM) e espasmo hemifacial (EH) na escala Bateria de Avaliação Frontal (BAF).....	37
Figura 3: Correlação entre a pontuação dos grupos blefaroespasma e espasmo hemifacial na Bateria de Avaliação Frontal (BAF) e anos de estudo.....	38
Figura 4: Correlação entre a pontuação dos grupos blefaroespasma e espasmo hemifacial na Bateria de Avaliação Frontal (BAF) e Mini Exame do Estado Mental (MMSE).	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1. Transtornos psiquiátricos na distonia primária.	18
2.2. Funcionamento cognitivo (função executiva).....	20
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. Objetivo geral.....	22
3.2. Objetivos específicos	22
4. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	23
4.1. Delineamento do estudo.....	23
4.1.1 Critérios de inclusão para o estudo transversal descritivo.	23
4.1.2 Critérios de inclusão para o estudo caso-controle.	23
4.1.3 Critérios de exclusão.....	23
4.2. Instrumentos.....	24
4.2.1 Instrumentos de avaliação psiquiátrica.	24
4.2.2 Instrumentos de avaliação cognitiva.....	26
4.3 Procedimentos.....	26
4.4. Análise estatística.	26
5. RESULTADOS.	28
5.1. Caracterização demográfica e clínica da amostra dos pacientes com distonia focal primária.	29

5.2. Avaliação diagnóstica realizada nos pacientes com distonia focal primária através das escalas MINI-PLUS e escalas psicométricas.	31
5.3. Comparação entre os grupos blefaroespamo e espasmo hemifacial considerando dados sócio-demográficos e clínicos.	33
5.4. Comparação entre os grupos blefaroespamo e espasmo hemifacial, considerando a avaliação diagnóstica realizada pelo MINI-PLUS e pelas escalas psicométricas.	34
5.5. Avaliação da função executiva nos grupos blefaroespamo e espasmo hemifacial.	36
6. DISCUSSÃO.....	40
7. CONCLUSÕES.....	45
8. LIMITAÇÕES.....	46
9. PERSPECTIVAS CLÍNICA E DE PESQUISA	47
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	54
ANEXO A. Escala de Hamilton para Avaliação de Ansiedade (HAM-A)	55
ANEXO B. Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão (HAM-D).....	56
ANEXO C . Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social.....	63
ANEXO D. Escala de Sintomas Obsessivos-Compulsivos Yale-Brown 8 (Y-BOCS)	64
ANEXO E. Inventário de depressão de Beck.....	65

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A distonia é um distúrbio involuntário do movimento caracterizado por contrações musculares sustentadas, determinando movimentos de torção ou posturas anormais. É o resultado da contração concomitante de músculos agonistas e antagonistas (ALBANESE *et al*, 2006; JANKOVIC, 2006).

As distonias podem ser classificadas segundo a idade de início, a região do corpo afetada e a etiologia. Se instalada antes dos 25 anos de idade, a distonia é considerada de início precoce e, após essa idade, de início tardio (DE CARVALHO AGUIAR; OZELIUS, 2002). A distonia pode estar limitada a uma única região (focal), a duas ou mais regiões contíguas (segmentar) ou não (multifocal), podendo ainda estar distribuída por todo o corpo (generalizada). Alguns termos foram cunhados para se referirem às distonias focais. Por exemplo, câimbra do escrivão para distonia da mão, torcicolo espasmódico para distonia cervical e blefaroespasma (BM) para a distonia palpebral.

Do ponto de vista etiológico, as distonias compreendem síndromes bastante heterogêneas, sendo caracterizadas em: primárias, distonia-*plus*, heredodegenerativas e secundárias (CARVALHO AGUIAR; OZELIUS, 2002; ALBANESE *et al* 2006, JANKOVIC, 2006). A distonia primária, antigamente chamada idiopática, refere-se a síndromes em que a distonia é a principal manifestação clínica e nas quais causas secundárias foram cuidadosamente excluídas. Está associada a mutações genéticas, principalmente no gene DYT1 (ou TOR1A), nas formas generalizadas de início precoce. Outros genes implicados são os DYT2, DYT4, DYT6, DYT7 e DYT13. A distonia - plus compreende quadros clínicos em que outros sintomas neurológicos significativos, especialmente outros movimentos involuntários como mioclonias e parkinsonismo, estão associados à distonia. A distonia heredodegenerativa inclui doenças hereditárias que podem cursar com distonia, como a doença de Wilson, a neuroacantocitose e as doenças mitocondriais. A distonia secundária é decorrente de fatores diversos, como

traumatismos periféricos ou central do sistema nervoso, uso de neurolépticos e encefalites.

A prevalência de distonia primária estimada abrange 2 a 50 casos por um milhão para a de início precoce e 30 a 7320 por um milhão para distonia primária de início tardio (DEFAZIO *et al*, 2004). A grande variabilidade reflete o subdiagnóstico da patologia e erros na estruturação dos estudos epidemiológicos, como populações avaliadas somente em centros de tratamentos terciários (GEYER, BRESSMAN, 2006) . Estudo com padrão mais rígido de avaliação encontrou 600 casos por um milhão para distonia primária de início tardio, localização focal e segmentar (BUTLER *et al*; 2002). No Brasil não foi realizado estudo para aferir a prevalência de distonia focal primária (FD). Todavia, podemos considerar que a FD apresenta-se como uma patologia de baixa prevalência no nosso meio.

A avaliação da prevalência somente do BM guarda a mesma variabilidade encontrada na distonia primária em geral. A prevalência estimada é de 16 a 133 por um milhão (DEFAZIO; LIVREA, 2002). Observou-se que o BM, geralmente, inicia-se após a quinta ou sexta década de vida e aumenta o risco de surgimento com o decorrer dos anos (THE EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF DYSTONIA IN EUROPE COLLABORATIVE GROUP, 2000). Além da idade, outros fatores de risco possíveis para o desenvolvimento do BM são: sexo feminino, história de trauma crânio encefálico, patologias oculares como conjuntivite, história familiar de qualquer tipo de distonia e, como na doença de Parkinson, não ter fumado durante a vida. (THE EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF DYSTONIA IN EUROPE COLLABORATIVE GROUP, 1999; DEFAZIO *et al*, 1998)

Apesar das várias evidências correlacionando a distonia primária e mutações genéticas como citado anteriormente, a neuropatologia e a fisiopatologia permanecem incertas.

Alguns achados neuropatológicos foram encontrados em cérebros de pacientes com distonia primária de início precoce, como inclusões perinucleares de corpos de ubiquitinina e perda neuronal no estriatum. Mas, ao se avaliar pacientes com sintomatologia iniciada em adultos, os resultados não se replicaram. Deve ser

observado que os tamanhos das amostras dos estudos neuropatológicos realizados eram reduzidos (HOLTON *et al*, 2008).

Sobre fisiopatologia da doença restringiam-se aos núcleos da base função primordial, uma vez que essas estruturas estão diretamente envolvidas no controle motor (TEIXEIRA; CARDOSO, 2004; TINAZZI *et al*, 2003). Porém, a demonstração por alguns estudos de manifestações não motoras como transtornos psiquiátricos e alterações em funções executivas, apoiada por observações de neuroimagem, nas quais outras áreas encefálicas estariam envolvidas, trouxeram dúvidas para a hipótese que coloca os núcleos da base no centro da fisiopatologia da distonia primária (DRESSEL *et al*, 2006; HINSE *et al*, 1996; VITEK, 2002). Entrementes, existem, na literatura, resultados conflitantes sobre quais as manifestações não motoras ocorrem e, ainda, se são apenas uma consequência de uma doença neurológica disfuncional (PLONER *et al*, 2005). Assim, atualmente, permanece obscura a fisiopatologia da distonia primária.

Os pacientes com espasmo hemifacial (EH) perfazem um grupo controle interessante quando se quer acessar características fisiopatológicas do BM. EH é caracterizado por contrações involuntárias do músculo *obicularis oculi* e pode acometer outros músculos da hemiface. Embora EH e BM encontrem alto grau de similaridade fenomenológica e causem disfunções parecidas, EH é o resultado do comprometimento periférico do nervo facial, ou seja, sem alteração no Sistema Nervoso Central (NIELSON, 1984).

Além de clarificar a dúvida pertinente sobre a associação de transtornos psiquiátricos, comprometimento cognitivo e FD, o presente trabalho justifica-se, também, nas conclusões fisiopatológicas que a elucidação da associação pode acarretar. Uma vez que as manifestações não motoras da FD apóiam o novo modelo fisiopatológico, no qual a interação córtex frontal, núcleos da base e tálamo estaria comprometida, deslocando dos núcleos da base a alteração primordial (BERARDELLI *et al*, 1998; DAUER *et al*, 1998; FIORO *et al*, 2006; HALLET, 1995).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Transtornos psiquiátricos na distonia primária.

A relação da distonia primária com transtornos psiquiátricos é bastante antiga. A própria distonia primária foi considerada por muito tempo uma condição de origem psicológica devido à natureza bizarra dos sintomas clínicos, à flutuação da sua intensidade, aos truques sensoriais para disfarçar os movimentos e à personalidade dos pacientes marcada, possivelmente, por obsessividade (CAVENAR *et al*, 1987; CAVALLARO *et al*, 2002). Mas, constatou-se que a distonia primária compreende um transtorno neurológico do movimento, consequência da sua involuntariedade e baseado nas mutações gênicas encontradas.

A associação da distonia primária com transtornos psiquiátricos é, ainda hoje, defendida por alguns autores. Destaque-se a hipótese de que o torcicolo espasmódico compõe o espectro obsessivo-compulsivo, ao lado de outros distúrbios do movimento, como a síndrome de Tourette e a coréia de Sydenham (HOLLANDER *et al*, 1996; HOLLANDER, 1998, HOUNIE *et al*, 2001; HOUNIE *et al*, 2004). No entanto, há considerável controvérsia acerca da associação entre distonia primária e transtornos psiquiátricos na literatura, existindo tantos estudos que confirmam, quanto trabalhos que refutam essa associação. Como exemplo, a investigação da associação entre transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e distonia primária, que, apesar de vários estudos terem sido realizados, os resultados não são claros e impedem maiores conclusões (DIAS F *et al*, 2007). (Tabela 1).

Com a mesma variabilidade de resultados obtidos na avaliação do TOC, sintomas depressivos e ansiosos, também, são descritos como uma particularidade da distonia primária e com graves consequências para a qualidade de vida dos pacientes portadores. (GUNDEL *et al*, 2003; HALL *et al*, 2006; PAGE *et al*, 2007).

Tabela 1.

Estudos de investigação de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em pacientes com distonia primária.

Autor	Forma da Distonia	Tipo de estudo	N (Distonia)	N (controles)	Instrumentos*	Frequência de TOC	SOC	p
Bihari et al (1992a)	Torcicolo	Caso-Controle	22	29 Assintomáticos	YBOCS MOC SCL 90	-	> controle	<0,01
Bihari et al (1992b)	Blefaroespasm	Caso-Controle	21	19 assintomáticos	MOC	-	> controle	<0,01
Scheidt et al (1996)	Blefaroespasm	Caso-Controle	56	40 Espasmo Hemifacial	SCL 90	-	=controle	
Broocks et al (1998)	Blefaroespasm	Caso-Controle	13	13 Espasmo Hemifacial	SCL 90 HOCl	-	> controle	=0.03
Liu et al (1998)	Disfonia	Caso-Controle	10	20 Assintomático	SCL90	-	>controle	<0,05
Kubota et al (2001)	Câmara do Escrivão	Caso-Controle	12	12 assintomáticos 12 neuropatia periférica	YBOCs	-	=controle	
Munhoz et al(2005)	Blefaroespasm	Caso-controle	30	30 Espasmo Hemifacial	YBOCs	-	=controle	
Heiman et al (2007)	Generalizada e focal	Caso-controle	96	125 assintomáticos	MOC	-	=controle	
Wenzel et al(1998)	Torcicolo	Descritivo	44		SCID	6.8%	-	

Wenzel et al (2000)	Blefaroespasma	Descritivo	31		SCID	9.6%	-	
Cavallaro et al (2002)	Focal	Descritivo	76		YBOCS	19.7%	-	

* Instrumentos de diagnóstico e/ou avaliação de sintomas obsessivos compulsivos: SCL-90, Symptoms Distress Checklist; MOC: Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire, HOCl: Hamburg Obsessive Compulsive Inventory, YBOCS: Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, SCID: Structured Clinical Interview for DSM.

2.2. Funcionamento Cognitivo (Função Executiva).

A referida participação de outras áreas encefálicas na fisiopatologia da distonias baseia-se, também, na observação de comprometimento cognitivo. Estudos demonstraram que pacientes com distonia primária apresentam déficits na percepção somatosensorial (TINAZZI *et al*, 2003), percepção da visão (BUTTNER *et al*, 2003), em tarefas visuoespaciais complexas (LEPLOW *et al* 1994, HINSE *et al*, 1996).

Os testes neuropsicológicos permitem avaliar as funções cerebrais com possíveis correlações topográficas. Scott *et al* (2003) avaliou, cognitivamente, várias formas de distonia e não encontrou alterações significativas. Já Balas *et al* (2006), tentou analisar um tipo de distonia, DYT1, na tentativa de afastar variáveis de confusão. Encontrou alterações na memória de interferência e no aprendizado verbal. Entretanto, os estudos feitos, até o momento, sobre prejuízos cognitivos nos pacientes com distonia primária, também, são muito conflituosos (PLONER *et al*, 2005).

As funções executivas são processos mentais envolvidos em comportamentos com um objetivo específico e são expressos através de atos mentais e motores (BEATO *et al*, 2007). Funções executivas são, frequentemente, comprometidas quando existe algum dano ao lobo pré frontal e núcleos da base

(LEZAK, 2004). Assim, como se postula o envolvimento dessas áreas na distonia primária, existe a possibilidade das funções cognitivas estarem alteradas na distonia primária (DUANE *et al* 1991).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Verificar a frequência de transtornos psiquiátricos em pacientes com distonia focal primária.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra de pacientes com distonia focal primária no que tange a dados sócio-demográficos e clínicos.
- Comparar os pacientes com blefaroespasma e espasmo hemifacial no que tange a dados sócio-demográficos e clínicos.
- Comparar os resultados obtidos com as escalas psicométricas entre os pacientes com blefaroespasma e espasmo hemifacial.
- Comparar os resultados obtidos com a escala de avaliação cognitiva entre os pacientes com blefaroespasma e espasmo hemifacial.

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1. Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo transversal descritivo, no qual foram avaliados 47 pacientes de ambos os sexos com FD. Em um segundo momento, um estudo caso controle foi realizado, utilizando 22 pacientes com blefaroespasma (BM), um subgrupo dos pacientes com FD e, formando o grupo controle, 29 com espasmo hemifacial (HM). Todos os pacientes são acompanhados na Clínica de Movimentos Anormais do serviço de neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo foi aprovado no Comitê de Ética Em Pesquisa da UFMG (etic 275/07).

4.1.1. Critérios de inclusão para o estudo transversal descritivo.

- Diagnóstico de distonia focal primária.
- Assinar termo de consentimento livre e esclarecido para inclusão na pesquisa.

4.1.2. Critérios de inclusão para o estudo caso-controle.

- Diagnóstico de blefaroespasma.
- Diagnóstico de espasmo hemifacial.
- Assinar termo de consentimento livre e esclarecido para inclusão na pesquisa.

4.1.3. Critérios de exclusão.

- Neurocirurgias prévias;
- Outra doença neurológica como epilepsia, acidente vascular encefálico, delirium.
- Outra sintomatologia motora que não seja distonia, como coréia, parkinsonismo e tremor.
- Uso prévio de medicação antipsicótica.
- Causas secundárias de distonia primária focal.
- Desempenho no Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) sugestivo de comprometimento cognitivo conforme o nível educacional.

4.2. Instrumentos

4.2.1 Instrumentos de avaliação psiquiátrica.

- MINI-INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRY INTERVIEW (MINI-PLUS): O Mini-Plus é uma versão mais detalhada do Mini-International Neuropsychiatry Interview (Mini) e constitui em uma entrevista diagnóstica estruturada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM IV e CID-10 (AMORIM, 2000). Este instrumento foi utilizado para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na população em estudo.
- Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): A HAM-D (MORENO; MORENO, 2000) é o instrumento de avaliação de sintomas depressivos mais utilizado no mundo. A versão proposta, originalmente, possui 21 itens, já na posterior foi feita uma simplificação para 17 itens em virtude da pouca ocorrência dos 4 últimos itens da escala original, a saber, variação diurna, sintomas de desrealização/despersonalização, sintomas paranóides e sintomas obsessivo-compulsivos. A versão de 24 itens inclui, além dos 21 itens

originais, questões sobre desamparo, desesperança e baixa auto-estima.

- Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A): A HAM-A (LIMA, 1993) é a mais utilizada para o diagnóstico de sintomas ansiosos. Essa escala se baseia em itens, unicamente, de variáveis clínicas. Sua construção baseou-se no princípio de que quanto mais grave for a manifestação de uma patologia, maior será o número de sintomas característicos que se apresentam. Se o número de sintomas for, relativamente, alto, a contagem dos sintomas torna-se um instrumento quantificador útil, confiável e de boa validade.
- Inventário de Depressão de Beck (BDI): O BDI é a escala de auto-avaliação de sintomas depressivos mais utilizada. Possui 21 itens e tem um escore máximo de 63. De acordo com o critério de pontos de corte do Center for Cognitive Therapy, os escores são classificados como: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão moderada a grave e de 30 a 63 = depressão grave. Entretanto, ressalta-se que os pontos de corte dependem das características dos pacientes e do propósito dado ao instrumento (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).
- Yale Brown Scale (YBOCS): a escala YBOCS, originalmente, foi criada para avaliar a terapêutica de pacientes com TOC. Consiste em 10 perguntas que quantificam a gravidade das obsessões e compulsões (GOODMAN, 1989). Entretanto, a YBOCS se mostrou a mais adequada ferramenta diagnóstica, na qual qualquer pontuação configura um quadro clínico de TOC (ASBAHR, 1998; TENNEY, 2003).
- Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social (LS): A LS é um questionário diagnóstico composto por 24 itens, cujo objetivo é determinar o grau de disfuncionalidade que os indivíduos com fobia social apresentam. Consiste em uma auto avaliação, na qual o paciente define o seu grau de ansiedade e a frequência de evitamento frente à situação proposta (TERRA *et al* 2006)

4.2.2 Instrumentos de avaliação cognitiva

- Bateria de Avaliação Frontal (BAF). A BAF é uma bateria de 6 testes cognitivos que permite avaliar função executiva. O tempo gasto para aplicá-la é de 10 minutos e uma pontuação abaixo do ponto de corte de 11 indica uma disfunção executiva. (BEATO *et al* 2007)

4.3. Procedimentos

Os pacientes foram avaliados de forma consecutiva no período de junho de 2007 a junho de 2008. O pesquisador responsável compareceu, semanalmente, na Clínica de Movimentos Anormais do HC-UFMG.

Os pacientes que preenchessem os critérios diagnósticos de FD e EH e não se enquadrassem nos critérios de exclusão de ter realizado neurocirurgias prévias; de possuir outra doença neurológica como epilepsia, acidente vascular encefálico, delirium; de apresentar sintomas motores que não distonia como coréia, parksonismo e tremor e/ou fizeram uso prévio de medicação antipsicótica eram convidados a participar. Os pacientes eram entrevistados em salas individuais, com duração de uma a uma hora e meia. Eram realizadas duas a três avaliações diárias, se houvesse pacientes disponíveis.

A avaliação psiquiátrica e cognitiva foram todas feitas pelo mesmo investigador, o qual foi treinado, previamente, pelo Prof. Dr. Antônio Lúcio Teixeira.

4.4. Análise estatística

Na análise descritiva do grupo FD, as proporções foram calculadas e apresentadas das variáveis categoriais. Verificamos se as variáveis contínuas

possuíam distribuição normal através do teste Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas são apresentadas como médias, medianas, desvios-padrão e faixa de variação.

Na análise da comparação entre os grupos BM e HS, usou-se para variáveis categoriais o teste exato de Fisher. Para as variáveis contínuas, como o tamanho da amostra era reduzido e apresentava uma distribuição não normal, foi utilizado o teste *U* Mann-Whitney.

Na avaliação do funcionamento cognitivo, investigou-se se existe correlação entre o desempenho encontrado pela BAF com o nível educacional e, também, com o MMSE através da correlação de Sparman.

Todas as análises foram realizadas utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 15.0 para Windows. Um valor de bilateral menor que 0,05 foi adotado como nível de significância estatística para todos os testes.

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em cinco seções. Inicialmente, são apresentados os dados sócio-demográficos e clínicos referentes ao grupo de pacientes com FD, incluindo todos os subtipos de distonia avaliada. Na segunda seção, a frequência de transtornos psiquiátricos de acordo com o MINI-PLUS e as pontuações obtidas nesse grupo pelas outras escalas (HAM-D, HAM-A, Inventário de Beck, YBOCKS, LS, BAF) são apresentados. Para os diagnósticos do MINI-PLUS foram seguidas as recomendações do National Institute for Neurological Diseases and Sroke (NINDS) e do National Institute of Mental Health (NIMH) dos Estados Unidos de realizar uma abordagem ~~%inclusiva+~~, eliminando-se, portanto, o critério de ~~%exclusão+~~ devido à condição médica geral ou ao uso de substâncias (MARSH *et al*, 2006). A escala LS é subdividida em dois grupos de sintoma ansiosos e evitativos, sendo apresentados dessa forma.

Nas seções, em seguida, o grupo de pacientes com BM é comparado com o grupo EH. Assim, na terceira seção é feita a caracterização socio-demográfica e clínica da amostra, demonstrando as diferenças estatísticas entre os grupos (BM e EH) nas variáveis consideradas. Já na quarta seção, a frequência de transtornos psiquiátricos e pontuações obtidas pelo MINI-PLUS e pelas escalas psicométricas, respectivamente, são comparadas. Finalizando, a quinta seção é constituída pelo pareamento de BM e EH através das pontuações do BAF, avaliando a função executiva dos grupos. Ainda nessa seção, as correlações BAF e anos de estudo e BAF e MMSE são apresentadas.

5.1. Caracterização demográfica e clínica da amostra dos pacientes com distonia focal primária.

A tabela 2 mostra o número de pacientes e porcentagem de acordo com o diagnóstico do subtipo de FD encontrado. Nota-se na tabela 2 que a grande maioria da amostra é formada por dois subtipos de diagnóstico: BM (46,8%) e distonia cervical (42,4%).

Nesse grupo, o sexo feminino é o mais comum (66%) e a maioria dos pacientes são solteiros (44,7%). Houve uma grande variabilidade na idade (desvio padrão =17,4), porém, pode-se considerar que a amostra apresentou uma média de idade alta (50,4). A característica anos de estudo, também, demonstrou uma alta variabilidade com mediana de 8 e faixa de variação ampla 0-20. Os dados sócio-demográficos são apresentados na Tabela 3.

No grupo de pacientes com FD, a média de início dos sintomas alcançou 8,2 anos com desvio padrão de 4,6. 14,9% dos pacientes relataram que tinha o hábito de fumar tabaco. Além disso, 8,5% afirmaram que bebiam álcool no momento atual.

57,4% dos pacientes não apresentavam comorbidade clínica . A comorbidade mais observada foi a hipertensão arterial, encontrada em 27,7% dos pacientes. A freqüência de comorbidades clínicas é apresentada na figura 1.

Tabela 2.
Frequência de subtipos de distonia focal primária avaliados.

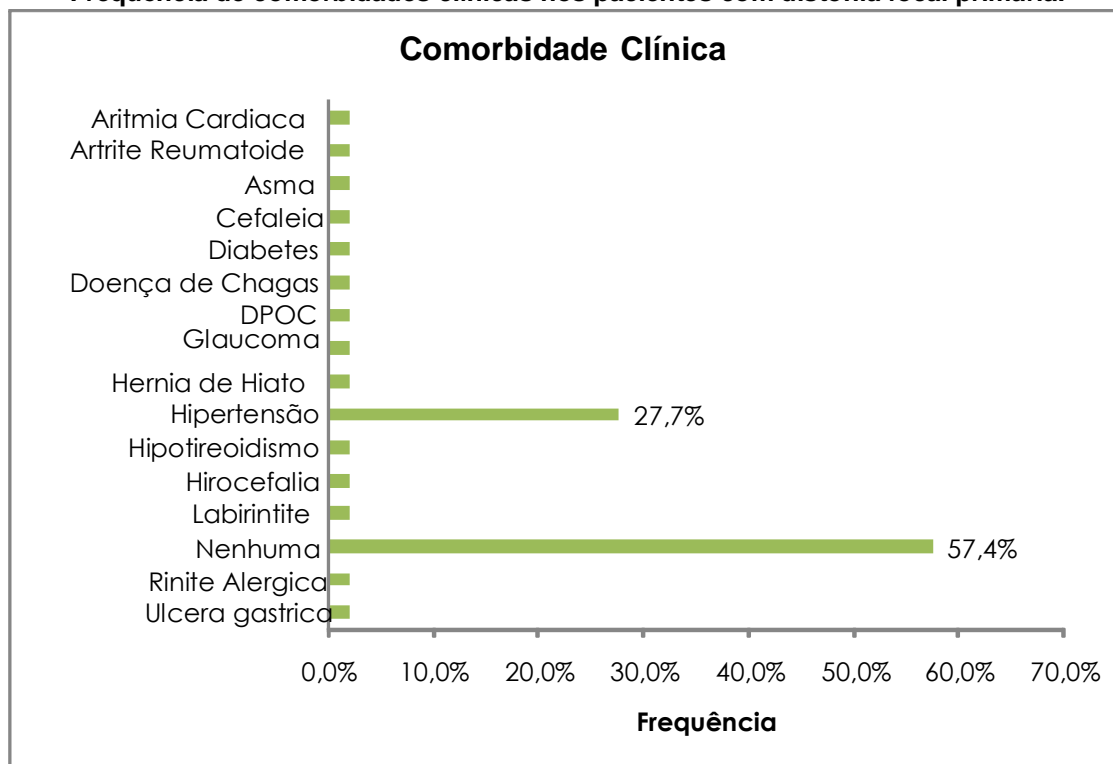
Diagnóstico	n_i (número de pacientes)	Proporção(%)
Blefaroespasmos	22	46,8%
Câimbra do Escrivão	3	6,4%
Distonia Cervical	20	42,6%
Distonia Craniana	1	2,1%
Distonia Oromandibular	1	2,1%
Total	47	100,0%

Tabela 3.
Dados sócio-demográficos dos pacientes com distonia focal primária.

Variável	n	Proporção (%)	Média (DP)*	Mediana (Faixa)
Sexo				
Feminino	31	66%		
Masculino	16	34%		
Estado Civil				
Solteiro	21	44,7%		
Casado/União estável	17	36,2%		
Divorciado	1	2,1%		
Viúvo	8	17%		
Idade			50,5 (17,4)	50 (17-82)
Anos de Estudo			8,7 (5,9)	8 (0-20)

* DP: Desvio Padrão.

Figura 1.
Frequência de comorbidades clínicas nos pacientes com distonia focal primária.



5.2. Avaliação diagnóstica realizada nos pacientes com distonia focal primária através das escalas MINI-PLUS e escalas psicométricas.

A tabela 4 apresenta os diagnósticos obtidos pelo MINI-PLUS e a proporção dos pacientes. Agrupamos alguns transtornos ansiosos como hipocondria, transtorno de stress pós traumático no mesmo grupo , outros transtornos ansiosos, devido a sua baixa frequência.

Observamos que a fobia social é o transtorno mais frequente, com 44,7% dos pacientes apresentando o diagnóstico. Logo em seguida, aparecem o transtorno depressivo maior e outros transtornos ansiosos. 14,9% dos pacientes apresentavam ideação suicida. Nenhum dos pacientes foi diagnosticado com os transtornos psicóticos e/ou com o transtorno bipolar.

Na escala YBOCS, 30 pacientes (80,9%) não pontuaram, 2 (4,3%) obtiveram pontuação de 6, 3 (6,4%) com 9 pontos e 4 (8,5%) com mais de 20 pontos. Como a maioria dos pacientes obteve uma pontuação igual a zero, a média e mediana não representariam a realidade. Deve ser ressaltado que uma pontuação maior que zero já corresponde ao diagnóstico de TOC (ASHBAR, 1998). Assim, 19,1% foram diagnosticados com TOC.

Na tabela 5, concentramos as pontuações obtidas pelas escalas psicométricas. Os dados são apresentados com as médias e os respectivos desvios padrões.

Tabela 4:
Diagnósticos segundo o Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-PLUS).

Diagnósticos MINI-PLUS	n_i (número de pacientes)	%
Abuso/ Dependência de álcool	6	12,8%
Transtorno depressivo maior	14	29,8%
Distímia	4	8,5%
Fobia específica	5	10,6%
Fobia social	21	44,7%
TOC	5	10,6%
Transtorno de ansiedade generalizada	9	19,1%
Outros transtornos ansiosos #	11	23,1%

Inclui: Transtorno dismórfico corporal, transtorno somatoforme, hipocondria, transtorno do pânico e transtorno de estress pós traumático.

Tabela 5.
Pontuações obtidas pelas escalas psicométricas.

Escala #	Média (DP*)	Mediana (Faixa)
Beck	15,8 (12,9)	12 (0-45)
Liebowitz - Ansiedade	29,2 (20)	31 (0-70)
Liebowitz É Evitamento	28,6 (20,3)	24 (0-71)
HAM-A	12,5 (10,4)	12 (0-38)
HAM-D	12 (12,9)	6 (0-47)
BAF	13,1 (4,3)	15 (3-18)

*DP: Desvio padrão.

Escalas: Beck (Inventário de Depressão de Beck), Liebowitz - Ansiedade (Escala Liebowitz de Ansiedade Social, sintomas ansiosos), Liebowitz . Evitamento (Escala Liebowitz de Ansiedade Social, sintomas evitativos); HAM-A (Escala de Ansiedade de Hamilton); HAM-D (Escala de Depressão de Hamilton); BAF (Bateria de Avaliação Frontal).

5.3. Comparação entre os grupos blefaroespamo e espasmo hemifacial considerando dados sócio-demográficos e clínicos.

A tabela 6 é constituída com as informações sócio-demográficas e clínicas dos pacientes dos grupos BM e EH. As informações permitem avaliar se os grupos podem ser pareados.

Apenas a variável tempo de uso da toxina botulínica apresentou diferença estatística (valor de $p < 0,05$). Entretanto, considerando as outras variáveis, observamos que os grupos BM e EH podem ser pareados.

Tabela 6:
Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com blefaroespamo e espasmo hemifacial.

Variável	Blefaroespamo (n=22)	Espasmo Hemifacial (n=29)	Valor de p*
Sexo (M/F)	7/15	7/22	0.54
Idade, anos (média ± DP)	61.5 ± 13.7	60.5 ± 11.7	0.65
Anos de estudo, (média ± DP)	6.7 ± 4.8	5.8 ± 3.4	0.48
Estado civil, Casado (%)	12 (55)	19 (66)	0.43
Duração dos sintomas, (média ± DP)	8.4 ± 4.8	9.1 ± 4.9	0.99
Hábito de fumar, sim, (%)	3 (14)	2 (7)	0.64
Bebe álcool, sim, (%)	0(0)	3 (10)	0.24
Tempo de uso da toxina botulínica (média ± DP)	2.23 ± 3.19	2.83 ± 2.32	< 0.05

DP= Desvio Padrão.

* Para comparação entre os grupos utilizou-se o Teste Exato de Fischer para variáveis categoriais e o Teste *U* Mann-Witney para variáveis contínuas.

5.4. Comparação entre os grupos blefaroespasma e espasmo hemifacial, considerando a avaliação diagnóstica realizada pelo MINI-PLUS e pelas escalas psicométricas.

A tabela 7 apresenta os diagnósticos encontrados pelo MINI-PLUS nos grupos BM e EH. Novamente, o número de diagnósticos de alguns transtornos ansiosos como transtorno dismórfico corporal, transtorno somatoforme, hipocondria, transtorno do pânico e transtorno de estresse pós traumático foi muito baixo. Assim, optamos por agrupar em uma categoria chamada outros transtornos ansiosos (Vide tabela).

Nenhum diagnóstico alcançou diferença estatística entre os grupos. O abuso e dependência de álcool apresentou valor de p de 0,05, o diagnóstico mais próximo da diferença estatística.

As pontuações fornecidas pelas escalas psicométricas são comparadas entre os grupos na tabela 8. Como a maioria dos pacientes não pontuou na escala YBOCS, apresentamos somente os pacientes que obtiveram pontuação maior do que um.

Não houve diferença estatística entre BM e EH nas escalas utilizadas. Entretanto, observa-se a tendência da YBOCS (valor de $p = 0,09$) de se aproximar do limite do valor de p (0,05).

Tabela 7:
Frequências de diagnósticos obtidos pela escala Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-PLUS) nos grupos blefaroespasma e espasmo hemifacial.

Diagnóstico	Blefaroespasma (n=22)	Espasmo Hemifacial (n=29)	Valor de p *
Transtorno depressivo maior (%)	3 (13.6)	4 (13.7)	0.98
Distímia (%)	1(4.5)	3 (10.3)	0.45
Abuso/ Dependência de álcool (%)	1 (4.5)	7 (24.1)	0.05
Fobia específica (%)	3 (13.6)	2 (6.8)	0.42
Fobia social (%)	8 (36.3)	7 (24.1)	0.38
Transtorno de ansiedade generalizada (%)	4 (18%)	3 (10.3)	0.42
TOC (%)	3 (13.6)	1(3.4)	0.19
Outros transtornos ansiosos (%) #	4 (18%)	6 (20.6)	0.61

Inclui: Transtorno dismórfico corporal, transtorno somatoforme, hipocondria, transtorno do pânico e transtorno de estress pós traumático.

Utilizou-se o Teste Exato de Fischer para comparação entre os grupos.

Tabela 8.
Pontuações obtidas pelos grupos blefaroespasma e espasmo hemifacial nas escalas psicométricas.

Escala	Blefaroespasma (n=22)	Espasmo Hemifacial (n=29)	Valor de p*
Liebowitz - Ansiedade (média ± DP)	21.1 ± 4.5	18.7 ± 2.8	0.63
Liebowitz - Evitamento (média ± DP)	23.8 ± 4.5	18.6 ± 2.6	0.69
HAM-A, (média ± DP)	12.0 ± 2.2	8.4 ± 1.8	0.14
Beck, (média ± DP)	14.0 ± 2.9	11.5 ± 2.4	0.35
HAM-D, (média ± DP)	13.1 ± 12.2	11.2 ± 13.5	0.34
YBOCS, pacientes com pontuação maior que um #, (%)	4 (18)	1(3)	0.09

A maioria dos pacientes não pontuaram, para comparação foi utilizado o teste exato de Fischer.
DP: Desvio padrão.

* Para comparação entre os grupos utilizou-se o Teste Exato de Fischer para variáveis categóricas e o Teste *U* Mann-Witney para variáveis contínuas.

Escala: Liebowitz - Ansiedade (Escala Liebowitz de Ansiedade Social, sintomas ansiosos), Liebowitz - Evitamento (Escala Liebowitz de Ansiedade Social, sintomas evitativos); Beck (Inventário de Depressão de Beck), HAM-A (Escala de Ansiedade de Hamilton); HAM-D (Escala de Depressão de Hamilton); YBOCS (Escala de Obsessão e Compulsão da Yale Brown).

5.5. Avaliação da função executiva nos grupos blefaroespasma e espasmo hemifacial.

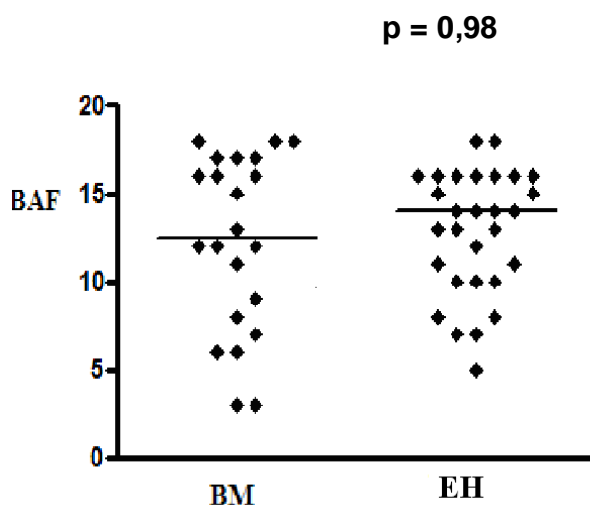
O funcionamento cognitivo foi avaliado pela escala BAF . A figura 2 apresenta a comparação entre os grupos.

Não houve diferenças entre os grupos ($p=0,98$). BM apresentou média de 12,3 e DP de 5. Enquanto, EH obteve média de 12,8 e DP de 3,5. Ressalta-se que o ponto de corte da escala BAF é 11.

Na figura 3, pela correlação de Spearman, verificou-se a influência dos anos de estudos nas pontuações obtidas pelos dois grupos (BM e EH). Evidenciou-se uma correlação positiva ($r=0,51$), ou seja, os anos de estudo influenciaram na pontuação da BAF.

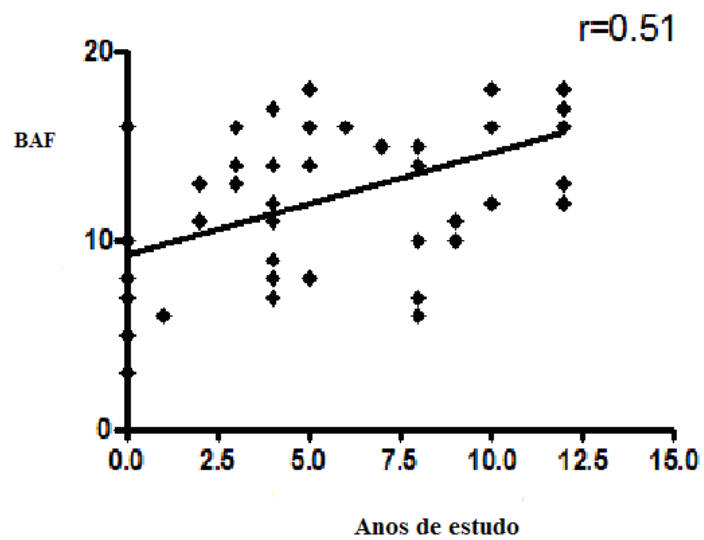
Na figura 4, buscou-se correlacionar as pontuações do BAF e do MMSE. Novamente, houve uma correlação positiva entre BAF e MMSE ($r=0,55$), informando que maior será a pontuação da BAF quanto maior for a pontuação no MMSE.

Figura 2:
Pontuação dos grupos blefaroespasma (BM) e espasmo hemifacial (EH) na escala Bateria de Avaliação Frontal (BAF).



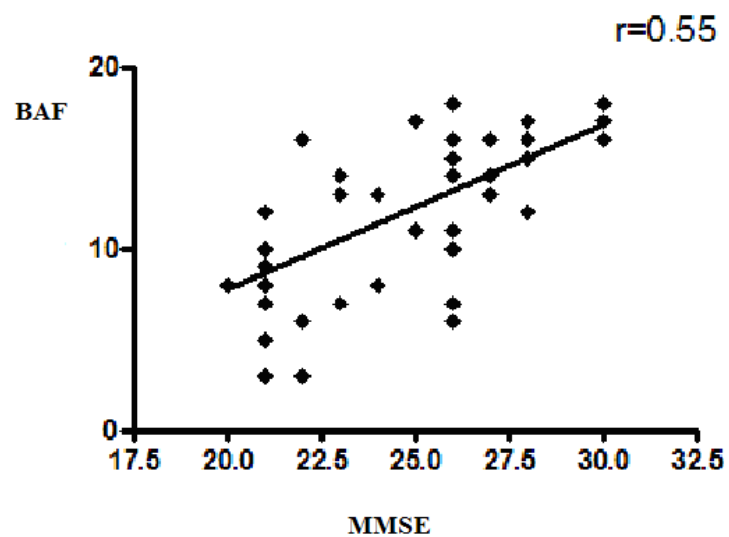
* Utilizou-se o Teste Exato de Fischer para comparação entre os grupos.

Figura 3:
Correlação entre a pontuação dos grupos blefaroespasm e espasmo hemifacial na Bateria de Avaliação Frontal (BAF) e anos de estudo.



* r corresponde a correlação de Spearman.

Figura 4:
Correlação entre a pontuação dos grupos blefaroespasma e espasmo hemifacial na Bateria de Avaliação Frontal (BAF) e Mini Exame do Estado Mental (MMSE).



* r corresponde a correlação de Spearman.

6. DISCUSSÃO

O trabalho apresenta avaliação psiquiátrica e cognitiva realizada em pacientes com FD. Optou-se por avaliar pacientes desse grupo uma vez que a distonia é uma grande síndrome, com várias doenças envolvidas, que impossibilitaria qualquer uniformização entre os grupos senão houvesse a escolha de um subtipo (FAHN *et al*, 1998).

No grupo geral, FD, dois diagnósticos, BM e distonia cervical, sobressaíram, representando a maioria dos pacientes, 46,8% e 42,6%, respectivamente. Esse achado corresponde com a observação que os dois diagnósticos apresentam a maior prevalência na população geral. Porém, não existe consenso na literatura sobre qual subtipo de FD é mais prevalente (BUTLER *et al*, 2002; DEFAZIO, 2004; MATSUMOTO *et al*, 2003).

No mesmo grupo, a idade média de 50,5 anos e maior presença do gênero feminino, também, estão condizentes com os dados da literatura (DE CARVALHO AGUIAR *et al*, 2002; LEUBE *et al*, 1997) . Ainda sobre os dados sociais, a média encontrada de anos de estudo de 8,7 representa um número aproximado com os 7,2 anos referido para a população brasileira (IBGE, 2007).

Os transtornos psiquiátricos diagnosticados pelo MINI-PLUS alcançaram uma alta prevalência na população com FD. Os percentuais encontrados de alguns transtornos são, expressivamente, maiores quando comparados com a população geral. Destaque-se o transtorno depressivo maior que acomete 5-9% da população geral, enquanto 29,8% dos pacientes apresentaram o transtorno no momento da entrevista (ANGST, 1992; AYUSO MATEUS *et al*, 2001; THE EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS, 1992). Isso se repete com os diagnósticos de transtorno de ansiedade generalizada (19,1% versus 3-8% da população geral) e de transtorno obsessivo compulsivo (10,6% versus 0,6-3,1%) (BORKOVEC; RUSCIO, 2001; DEL PORTO, 2001). Deve ser ressaltado o resultado encontrado para a fobia social que,

apesar de ser um transtorno comum na população geral (2-3%), foi, proeminentemente, diagnosticado nos pacientes com FD (44,7%) (BORKOVEC; RUSCIO, 2001; COUPLAND, 2001; DEL PORTO, 2001). Kummer et al, 2008 também encontrou alta prevalência (54,2%) do diagnóstico de fobia social em pacientes com doença de parkinson, indicando que pacientes com transtornos do movimento podem possuir comportamento fóbico social.

Apesar das escalas psicométricas serem concebidas para avaliação da gravidade, as escalas utilizadas se consolidaram como importantes ferramentas diagnósticas. Ressalta-se que nenhum estudo prévio procurou validar e encontrar pontos de corte específicos nas escalas psicométricas para a população com FD, o que para outras doenças, como na doença parkinson, já aconteceu. (KUMMER et al 2008). Assim, utilizamos os pontos de cortes definidos para população normal.

A LS demonstrou que os pacientes com FD apresentam um comportamento fóbico social importante, já que a média da LS-Ansiedade foi 29,2 pontos e da LS-Evitamento de 28,6 pontos. O ponto de corte de 15, em cada subescala (ansiedade e evitamento), encontra alta sensibilidade e especificidade (OSÓRIO *et al* 2005). Já o Inventário de Beck, por exemplo, apresentou pontuação média de 15,8, que corresponde ao diagnóstico de transtorno depressivo leve a moderado (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

A alta prevalência de sintomas e transtornos psiquiátricos observados na população com FD sugerem duas possibilidades. A primeira que a fenomenologia da FD apresentaria além de sintomas motores, sintomas psiquiátricos. Os sintomas psiquiátricos seriam resultante de alterações cerebrais, que são originárias de mutações gênicas, por exemplo a DYT4, e gatilhos ambientais (BERG *et al*, 2001). Ao contrário, a evidência de sintomas psiquiátricos na FD pode apenas ser consequência de um transtorno neurológico disfuncional e esteticamente desconfortável (SCHEIDT *et al*, 1996). Assim, como em várias outras doenças clínicas graves, a comorbidade psiquiátrica seria uma observação usual em pacientes com FD devido ao impacto na sua qualidade de vida e preconceitos sofridos. (GARCIA *et al*, 2008; PAGE, 2007; PHELAN *et al*, 2008). Dessa forma, a frequência de fobia social de 44,7% estaria fundamentada pela observação do

desenvolvimento de sintomas fóbicos em indivíduos constantemente estressados ambientalmente, como os pacientes com FD (LEVELEKI *et al*, 2006).

Num segundo momento, optou-se por separar os pacientes com BM do grupo dos com FD e compará-los com EH. BM e EH apresentam manifestações sintomatológicas semelhantes, porém, EH não demonstra comprometimento do Sistema Nervoso Central. A comparação entre BM e EH oferece a perspectiva de esclarecer como seria a interação entre o ambiente e o Sistema Nervoso Central na formação dos sintomas psiquiátricos dos pacientes com FD.

Os resultados do nosso estudo não evidenciaram diferenças significativas entre os grupos BM e EH quanto a frequência e a severidade de sintomas psiquiátricos.

Os nossos achados diferem de alguns estudos que descreveram sintomas depressivos e ansiosos como uma comorbidade comum em pacientes com BM, fato que não aconteceria com os grupos controles saudáveis e com EH. (BIHARI, 1992; HALL *et al*, 2006). Hall *et al* avaliou 159 pacientes com BM e 91 com EH. Através do telefone, os critérios para o diagnóstico de transtornos ansiosos segundo o DSM IV e o Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) para depressão foram inquiridos aos pacientes. Eles observaram que os pacientes com BM apresentaram mais sintomas depressivos e ansiosos que os pacientes com EH. O estudo foi realizado com uma amostra considerável de pacientes, todavia, a falta de uma entrevista face a face, provavelmente, influenciou os resultados. Além disso, os critérios do DSM-IV não se prestam *a priori* para serem aplicados com entrevista por telefone. O uso de escalas apropriadas é uma limitação encontrada, também, em diversos estudos, o que torna difícil conclusões seguras. (HEIMAN *et al*, 2006; WENZEL *et al*, 2000). O intuito de se usar uma entrevista clínica estruturada e várias escalas diagnósticas, todas validadas para a população brasileira, foi de superar as limitações do uso de instrumentos inadequados.

A relação TOC e FD comporta grande proximidade fisiopatologicamente (CAVALLARO, 2002). A possível associação BM e TOC forneceria substrato para a nova hipótese fisiopatológica da FD, a qual seria fruto da alteração da integração entre o córtex frontal, núcleos da base e tálamo (DAUER, 1998). Existem evidências

consistentes do comprometimento do circuito fronto-estriatal no TOC (INSEL, 1992). Ou seja, a comprovação da relação TOC e FD confirmaria o novo modelo proposto.

Porém, da mesma forma que Munhoz et al, os nossos pacientes com BM não diferiram de EH na presença de TOC. Entretanto, houve a tendência dos pacientes com BM pontuarem mais no YBOCS que os pacientes com EH. A YBOCS é escala que apresenta a maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TOC dos instrumentos clínicos conhecidos na atualidade (ASHBAR FR, 1998). Provavelmente, a falta de diferença estatística entre os grupos BM e EH está relacionado ao tamanho reduzido da amostra, que demonstrou ser uma limitação do estudo.

O tempo de uso da toxina botulínica foi, significativamente, menor nos pacientes com BM (tabela 8). É interessante mencionar que a administração da toxina botulínica pode diminuir a atividade do córtex somatosensorial (PELLER *et al*, 2006). Todavia, essa é uma observação primária, com necessidade de maior sustentação científica e que consideramos não ter influenciado na manifestação dos sintomas psiquiátricas da população avaliada.

Porém, o novo modelo fisiopatológico, anteriormente citado, confere ao córtex somatosensorial a localização das alterações originárias da FD. (ABBRUZZESE *et al*, 2001, LIU *et al*, 2006). De acordo com o modelo, a predisposição genética somada aos gatilhos ambientais levariam a mudanças de áreas corticais por plasticidade cerebral. Assim, baseados nos estudos das distonias relacionadas a uma tarefa como câimbra do escrivão, a repetição de um tipo de movimento, como o de músicos profissionais, pode induzir a plasticidade cerebral, alterando algumas funções corticais, incluindo o controle do movimento e levando a distonia (STEFAN *et al*, 2000). A plasticidade seria o resultado da despolarização repetitiva de neurônios de uma região específica, o que causaria uma mudança em sua arquitetura e na suas sinapses (QUARTONE *et al*, 2003). Os neurônios de áreas contíguas ou distantes, mas que possuam sinapses com esses neurônios alterados, também, sofreriam mudanças (LEVY; HALLETT, 2002). Então, o desenvolvimento da distonia estaria associado a disfunção de várias áreas cerebrais. Muitas das disfunções poderiam ser visualizadas nas alterações não motoras da distonia, como

os sintomas psiquiátricos. Entretanto, os nossos resultados não apóiam o modelo fisiopatológico apresentado.

Assim, os sintomas psiquiátricos não são uma característica particular da FD. A frequência de transtornos e sintomas psiquiátricos também foi alta no grupo EH. Logo, a associação FD e sintomas psiquiátricos remetem à hipótese na qual os sintomas são uma reação comum dos pacientes às doenças clínicas incapacitantes. A falta de um grupo controle saudável no estudo impede conclusões mais assertivas.

As alterações não motoras da distonia não se restringem aos sintomas psiquiátricos. Alguns déficits cognitivos como a percepção somatosensorial, percepção visual, tarefas visuoespaciais complexas e funções executivas já foram associados a FD (DUANE; VERMILLON, 2004; SCOTT, 2003; VERMILLON; DUANE, 2002). Novamente, os resultados sobre alterações cognitivas na FD são conflituosos. (HALLET, 2000).

Os pacientes com BM não diferiram dos com o EH no desempenho na BAF (Figura 2). Logo, o déficit em funções executivas não é comum em pacientes com FD.

Estudos futuros que utilizem uma amostragem ampla, com vários testes neuropsicológicos e grupos controles devem ser feitos para confirmar esses achados.

A pontuação do BAF abaixo do ponto de corte 11, a pontuação correspondente a uma síndrome disexecutiva, teve uma forte correlação com o baixo nível educacional em ambos os grupos (Figura 3). Isso pode indicar que a BAF sofre grande influência do nível educacional da população investigada. Outros trabalhos devem ser feitos para avaliar a acurácia da BAF em populações específicas com baixo nível educacional, a pontuação do MMSE não reflete o prejuízo real na função executiva, sugerindo que MMSE não é apropriado para diagnosticar síndrome disexecutiva. Contrariando a afirmação acima, o presente trabalho encontrou uma forte associação entre MMSE e BAF (Figura 4). Provavelmente, a interação entre o nível educacional da população estudada e o resultado da MMSE, bem como da BAF, pode explicar esse achado.

7. CONCLUSÕES.

- Blefaroespasmos e distonia cervical foram os subtipos de FD mais prevalentes.
- Sintomas e/ou transtornos psiquiátricos apresentam alta prevalência em pacientes com FD.
- Sintomas e /ou transtornos psiquiátricos não são uma característica particular da FD.
- A função executiva não está alterada na FD.

8. LIMITAÇÕES.

- Amostra reduzida: A amostra reduzida impediu a produção de dados mais consistentes. Todos os pacientes com FD, possíveis de serem incluídos no estudo, da clínica de Movimentos Anormais do HC-UFMG foram avaliados. Provavelmente, a amostra reduzida reflete a raridade da doença, o subdiagnóstico e o local da pesquisa em um centro terciário.
- Ausência de grupo controle saudável: A ausência do grupo controle saudável não permitiu definições sobre a relação entre a presença ou não de transtornos do movimentos e manifestações psiquiátricas.

9. PERSPECTIVAS CLÍNICA E DE PESQUISA .

- Médicos assistentes de pacientes com transtornos do movimento devem investigar a presença de sintomas e transtornos psiquiátricos devido a sua alta prevalência.
- Estudos com amostra maior, grupos controles adequados, com investigação de familiares, utilização de neuroimagem e avaliações imunológicas e genéticas devem ser feitos para esclarecer a prevalência de sintomas e transtornos psiquiátricos na FD.
- Investigação do funcionamento cognitivo dos pacientes com FD com métodos adequados devem ser feitos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbruzzese G, Marchese R, Buccolieri A, Gasparetto B, Trompetto C. Abnormalities of sensorimotor integration in focal dystonia: a transcranial magnetic stimulation study. **Brain** 2001; 124:537-545.

Aguiar PM, Ozelius LJ. Classification and genetics of dystonia. **Lancet Neurol** 1 (5):316-25, 2002.

Albanese A, Barnes M, Bathia K, Fernandez-Alvarez E, Gasser T, Filippini G et al. Asystematic review on the diagnosis and treatment of primary (idiopathic) dystonia and dystonia plus syndromes: report of an EFNS/MDS-ES Task Force. **Eur J Neurol** 13 (5): 433-44, 2006.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr** 2000; 22: 106-115.

Angst J. Epidemiology of depression. **Psychopharmacology** (Berl.).1992;106 Suppl: S71-4.

Asbahr FR. Escalas de avaliação de transtorno obsessivo compulsivo na infância e adolescência. **Rev Psiq Clin** 1998;25:310-319.

Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehinem V, Dalgard OS, Casey P, et al depressive disorders in Europe: Prevalence figures the ODIN study. **Br J Psychiatry** 2001; 179:308-16.

Balas M, Peretz C, Badarny S, Scott RB, Giadi N. Neuropsychological profile of DYT 1 dystonia. **Mov Disorder** 2006, Dec, 21(12):2073-7.

Beato RG, Nitrini R, Formigoni AP, Caramelli P. Brazilian version of the Frontal Assessment Battery (FAB). Preliminary data on administration to healthy elderly. **Dementia and Neuropsychologia** 2007; 1:59-65.

Berardelli A, Rothwell JC, Hallet M, Thompson PD, Manfredi M, Marsden CD. The pathophysiology of primary dystonia: a neuronal model. **Brain** 1998; 121:1195-1212.

Berg D, Herrmann M. J., Muller T.J., Strik W. K., Aranda D., Koenig T, Naumann M., Fallgatter A.J. Cognitive response control in writer's cramp. **European Journal of Neurology** 2001, 8:587-59

Bihari, K.; Hill, J.L.; Murphy DL.- Obsessive-compulsive characteristics in patients with idiopathic spasmodic torticollis. **Psychiatry Res** 42(3): 267-72, 1992a.

Bihari, K.; Pigott, T.; Hill, J.L.; Murphy, D.L. - Blepharospasm and obsessive-compulsive disorder. **J Nerv Ment Dis** 80(2): 130-2, 1992b.

Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. **J Clin Psychiatry**, 2001: (62), 37.

Broocks, A.; Thiel, A.; Angerstein, D.; Dressler, D. - Higher prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with blepharospasm than in patients with hemifacial spasm. **Am J Psychiatry** 155(4): 555-7, 1998.

Butler AG, Duffey POF, Hawthorne MR, Barnes M. An epidemiological survey of dystonia within the entire population of Northeast over the past nine years. **Mov Disord** 2002; 17:1124-25

Buttner T, Khun W, Dietz M, Et al Impaired visual function in focal idiopathic dystonia. **Eur Neurol** 1999; 41:94-98.

Cavallaro, R.; Galardi, G.; Cavallini, M.C.; Henin, M.; Amodo, S.; Bellodi, L.; Comi G. Obsessive-compulsive disorder among idiopathic focal dystonia: an epidemiological and family study. **Biol Psychiatry** 2002; 52 (4): 356-61.

Cavenar JO, Brantley IJ, Braasch E. Blepharospasm: organic or functional? **Psychosomatics** 1987: 19, 623-28.

Coupland NJ. Social phobia: etiology, neurobiology, and treatment. **J Clin Psychiatry** 2001;(62): 25.

Dauer WT, Burke RE, Greene P, Fahn S. Current concepts on the clinical features, aetiology and management of idiopathic cervical dystonia. **Brain** 1998; 121: 547-560.

Defazio G, Livrea P, Abbuzzese G, et al Possible risk factors for primary adult onset dystonia: a case control investigation by the Italian Movement Disorders Study Group. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1998; 64:25-32.

Defazio G, Livrea P. Epidemiology of Primary Blepharospasm. **Mov Disord** 2002; 15:7-12.

Defazio G, Abbuzzese G, Livrea P, Berardelli A. Epidemiology of primary dystonia. **Lancet Neurol** 3: 673-78, 2004.

Del-Porto JA. Epidemiologiae aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr** 2001;23:3-5.

Dias F., Hounie A, Corrêa H, Teixeira A. Dystonia primária e transtorno obsessivo compulsivo. **J Bras Psiquiatr** 2007; 56 (1): 60-3.

Dressel C, Haslinger B, Castrop F, Wohlschlaeger AM, Ceballos-Baumann AO. Silent event-related fMRI reveals deficient motor and enhanced somatosensory activation in orofacial dystonia. **Brain** 2006, 129,36-46.

Duane DD, Case JI, LaPointe LL. Cognition in treated and untreated spasmodic torticollis. **Mov Disord** 1991;6:274.

Duane DD, Vermilon K. Cognition and affect in patients with cervical dystonia with and without tremor. **Adv Neurol** 2004; 94:179-89.

Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The BAF: A frontal Assessment Battery at bedside. **Neurology** 2000; 55:1621-26.

Fahn S, Bressman SB, Marsden CD. Classification of Dystonia. In: Fahn S, Marsden CD, Delong MR, eds. *Dystonia 3*, **Adv Neurol** vol 78. Philadelphia Lippincott-Raven, 1998:1-10.

Fioro M, Tinazzi M, Aglioti S. Selective impairment of hand mental rotation in patients with focal hand dystonia. **Brain** 2006, 129 (1): 47-54.

Garcia j., Crocker J. Reasons for disclosing depression matter: the consequences of having egosystem and ecosystem goals. **Soc Sci Med** 2008; 67: 453-462.

Geyer H, Bressman S. The Diagnosis of Dystonia. **Lancet Neurol**. 5: 780-90, 2006.

Goodman K, Price L, Rasmussen S, Manure C, Fleischmann R, Hill C, Hening G Charney D. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. **Arch Gen Psychiatry** 1989; 46:1006-11.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiquiatr Clín** 1998; 25:245-50

Gundel H, Wolf A, Xidara V, et al High psychiatric comorbidity in spasmodic torticollis: a controlled study. **J Nerv Ment Dis** 2003; 191:465-73.

Hall TA, McGwin G Jr, Searcey K, et al Health-related quality of life and psychosocial characteristics of patients with benign essential blepharospasm. **Arch Ophthalmol** 2006 Jan; 124:116-9.

Hallet M. Disorder of movement preparation in dystonia. **Brain** 2000; 123:1765-1766.

Hallett, M. Is dystonia a sensory disorder? **Ann Neurol** 1995, 38(2):139-40.

Heiman GA, Ottman R, Saunders Pullman RJ, Ozelius LJ, Risch NJ, Bressman SB- Obsessive-Compulsive Disorder is not a Clinical Manifestation of the DYT1 Dystonia Gene. **Am J Genet Part B** 9999:1-4, 2006.

Hinse P, Leplow B, Humbert T, Lamparter U, Junge A, Emskötter T. Impairment of visuospatial function in idiopathic spasmodic torticollis. **J Neurol** 1996; 243:29-33.

Hollander, E. - Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorder with SSRIs. **Br J Psychiatry** 1998; 173(suppl 35): 7-12.

Hollander, E.; Kuvon, J.H.; Stein, D.J.; Broatch, J.; Rowland, C.T.; Himelein, C.A. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. **J Clin Psychiatry** 1996; 57(suppl 8): 3-6.

Holton JL, Scheneider SA, Ganesharajah T., et al Neuropathology of primary adult-onset dystonia. **Neurology** 2008; 70: 695-99.

Hounie AG, Pauls DL, Mercadante MT, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, De Mathis MA, De Alvarenga PG, Curi M, Miguel EC. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever with and without Sydenham's chorea. **J Clin Psychiatry** 2004; Jul;65(7):994-9.

Hounie, A.; Brotto, S.; Diniz, J.; Chalon, P.; Miguel, E. Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos. **Rev Bras Psiquiatr** 2001; 23(supl2):13-6.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos Indicadores Sociais de 2007. www.ibge.gov.br.

Insel T. Toward a neuroanatomy of obsessive compulsive disorder. **Arch Gen Psychiatry** 1992; 49: 739-744.

Jahanshahi M, Rowe J, Fuller R. Cognitive executive function in dystonia. **Mov Disord** 2003; 18:1470-1481.

Jankovic J. Treatment of dystonia. **Lancet Neurol** 2006, 5: 864-72.

Kubota, Y.; Murai, T.; Okada, T.; Hayashi, A.; Toichi, M.; Sakihama, M.; Sakamoto, T.; Asanuma, K.; Matsumoto, S.; Kaji, R. - Obsessive-compulsive characteristics in patients with writer's cramp. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 2001; 71 (3): 413-4, 2001.

Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Frequency of social phobia and psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale in Parkinson's disease. **Mov Disord** 2008; 23, 1739-43.

Leplow B, Stubinger C. Visuospatial functions in patients with spasmodic torticollis. **Percept Mot Skills** 1994; 78: 1363-1375.

Leube B, Kessler KR, Goecke T, Auburger G, Benecke R. Frequency of familial inheritance among 488 index patients with idiopathic focal dystonia and clinical variability in a large family. **Mov Disord** 1997; 12:1000-06.

Levy LM, Hallett M. Impaired brain GABA in focal dystonia. **Ann Neurol** 2002; 51:93-101.

Lima, M. G. Avaliação dos níveis de ansiedade através da Escala de Hamilton em pacientes submetidos a psicoterapia breve grupal dinâmica associada a medicação e sem associação medicamentosa. **J Bras Psiquiatr** 1993; 42: 381-6.

Liu X, Yianni J, Wang S, Bain P, Stein J, Aziz T. Different mechanism may generate sustained hypertonic and rhythmic bursting muscle activity in idiopathic dystonia. **Exp Neurology** 2006, 198: 204-13.

Marsh L, McDonald WM, Cummings J, Ravina B. Provisional diagnostic criteria for depression in Parkinson's disease: report of an NINDS/NIMH Work Group. **Mov Disord** 2006; 21 (2):148-58.

Matsumoto S, Nishimura M, Shibasaki H, Kaji R. Epidemiology of primary dystonias in Japan: comparison with western countries. **Mov Disord** 2003; 18:1996-98.

Moreno RA, Moreno DH. Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW, editores. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial;2000. p. 65-87.

Munhoz, R.; Teive, H.; Coletta, M.; Germiniani, F.; Iwamoto, F.; Camargo, C.; Werneck, L. - Frequency of obsessive and compulsive symptoms in patients with blepharospasm and hemifacial spasm. **Arq Neuropsiquiatr** 63 (2-A): 213-6, 2005.

Nielsen VK. Pathophysiology of hemifacial spasm, I: ephaptic transmission and ectopic excitation. **Neurology** 1984; 34:418-426.

Osório, F.L; Crippa, J.A.S.; Loureiro, S.R. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. **Rev Psiqu Clín** 2005: 32(2);73-83.

Page D, Butler A, Jahanshahi M. Quality of Life in Focal, Segmental and Generalized Dystonia. **Mov Disord** 2007: 22;341-47.

Peller M, Zeuner K E, Munchau A, et al The basal ganglia are hyperactive during discrimination of tactile stimuli in writer's cramp. **Brain** 2006, 129: 2697-2708.

Phelan J., Link B., Dovidio J. Stigma and prejudice: One animal or two? **Soc Sci Med** 2008; 67: 358- 367.

Ploner C., Stenz U., Fassdorf K., Arnold G. Egocentric and allocentric spatial memory in idiopathic cervical dystonia. **Neurology** 2005; 62: 1733-38.

Quartarone A, Bagnato S, Rizzo V, et al Abnormal associative plasticity of human motor cortex in writer's cramp. **Brain** 2003; 126: 2586-96.

Scheidt, C.; Schüller, B.; Rayki, O.; Kommerell, G.; Deuschl, G. . Relative absence of psychopathology in benign essential blepharospasm and hemifacial spasm. **Neurology** 47(1): 43-5, 1996.

Scott RB, Gregory R, Wilson J, et al Executive cognitive deficits in primary dystonia. **Mov Disord** 2003; 18:539-50

Stefan K, Kunesch E, Benecke R, Classen J. Induction of plasticity in the human motor cortex by paired associative stimulation. **Brain** 2000; 123:572-84.

Teixeira AL, Cardoso F. Neuropsiquiatria dos núcleos da base. **J Bras Psiquiatr** 2004, 53: 153-8.

Tenney NH, Schotte CK, Denys DA, van Meegen HJ, Westenberg HG. Assessment of DSM-IV personality disorders in obsessive compulsive disorder: comparison of clinical diagnosis, self report questionnaire, and semi structured interview. **J Personal Disord** 2003; 17: 550-61.

Terra M, Barros H, Stein A, et al Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. **Rev Bras Psiquiatr** 2006; 28:265-69.

The Epidemiological Study of Dystonia in Europe Collaborative Group. A prevalence study of primary dystonia in eight European countries. **J Neurol** 2000; 247:787-92.

The Epidemiological Study of Dystonia in Europe Collaborative Group. Sex related influences in the frequency and age of onset of primary dystonia. **Neurology** 1999; 53:1871-73.

The epidemiology of mental disorders: results from the Epidemiologic Catchment Area Study (ECA). **Psychopharmacol Bull** 1982; 18(3):222-5.

Tinazzi M, Rosso T, Fiaschi A. Role of the somatosensory system in primary dystonia. **Mov Disord** 2003; 18:605-22.

Vermillon K, Duane DD. Cognition and affect in patients with cervical dystonia with and without tremor. **Mov Disord** 2002; 17: 281.

Vitek JL. Pathophysiology of dystonia: a neuronal model. **Mov Disord** 2002; 17 suppl 3: S 49-62

Wenzel, T.; Schnider, P.; Griengl, H.; Birner, P.; Nepp, J.; Auff E. - Psychiatric disorders in patients with blepharospasm: a reactive pattern? **J Psychosom Res** 48(6): 589-91, 2000.

Wenzel, T.; Schnider, P.; Wimmer, A.; Steinhoff, N.; Moraru, E.; Auff E. - Psychiatric comorbidity in patients with spasmodic torticollis. **J Psychosom Res** 44(6): 687-90, 1998.

ANEXOS

ANEXO A. Escala de Hamilton para Avaliação de Ansiedade (HAM-A)

INSTRUÇÕES: Escolha para cada item, segundo sua experiência, a nota que corresponde à intensidade do comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplos para orientação.

Todos os itens devem ser cotados seguindo o esquema:

- 0 - ausência;
- 1 - intensidade ligeira;
- 2 - intensidade média;
- 3 - intensidade forte;
- 4 - intensidade máxima (incapacitante)

HUMOR ANSIOSO - inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade:	0	1	2	3	4
TENSÃO - sensação de tensão, fadigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto:	0	1	2	3	4
MEDO - de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito :	0	1	2	3	4
INSÔNIA - dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturnos:	0	1	2	3	4
DIFICULDADES INTELECTUAIS - dificuldade de concentração, distúrbios de memória;	0	1	2	3	4
HUMOR DEPRESSIVO - perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão;	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura:	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos:	0	1	2	3	4
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio:	0	1	2	3	4
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS -sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzimento, náuseas, vômitos, cólicas diarreias, constipação, perda de peso:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - micções freqüentes, urgência de micção, frigidez amenorréia, ejaculação precoce, ausência de ereção, impotência:	0	1	2	3	4
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudação, vertigens, cefaléia de tensão:	0	1	2	3	4
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tiques, inquietação, respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm, etc:	0	1	2	3	4
TOTAL :					

ANEXO B. Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão (HAM-D)

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número que melhor caracteriza o paciente na última semana.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0 () Ausente.

1 () Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.

2 () Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.

3 () Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.

4 () Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0 () Ausente

1 () Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.

2 () Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações.

3 () A doença atual é um castigo.

4 () Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0 () Ausente.

1 () Sente que a vida não vale a pena.

2 () Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.

3 () Idéias ou gestos suicidas.

4 () Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0 () Sem dificuldades para conciliar o sono.

1 () Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.

2 () Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0 () Sem dificuldades.

1 () O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.

2 () Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0 () Sem dificuldades.

1 () Acorda de madrugada, mas volta a dormir

2 () Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0 () Sem dificuldades.

1 () Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.

2 () Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).

3 () Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4 () Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0 () Pensamento e fala normais.

1 () Leve retardo à entrevista.

2 () Retardo óbvio à entrevista.

3 () Entrevista difícil.

4 () Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

- 0 () Nenhuma.
- 1 () Inquietude.
- 2 () Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
- 3 () Mexe-se, não consegue sentar quieto.
- 4 () Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0 () Sem dificuldade.
- 1 () Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2 () Preocupação com trivialidades.
- 3 () Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
- 4 () Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA (Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como: Gastrintestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; Cardiovasculares: palpitações, cefaléia; Respiratórios: hiperventilação, suspiros; sudorese; ter que urinar frequentemente)

- 0 () Ausente :
- 1 () Leve
- 2 () Moderada
- 3 () Grave
- 4 () Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

- 0 () Nenhum
- 1 () Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdome
- 2 () Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- 0 () Nenhum

1 () Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço.

2 () Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0 () Ausentes

1 () Leves

2 () Intensos

15. HIPOCONDRIA

0 () Ausente

1 () Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2 () Preocupação com a saúde

3 () Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.

4 () Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0 () Sem perda de peso.

1 () Provável perda de peso associada à moléstia atual.

2 () Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

3 () Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0 () Menos de 0,5 Kg de perda por semana.

1 () Mais de 0,5 Kg de perda por semana.

2 () Mais de 1 Kg de perda por semana.

3 () Não avaliada.

17. CRÍTICA

0 () Reconhece que está deprimido e doente.

1 () Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2 () Nega estar doente.

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 17 ITENS: _____(Faixa de variação: 0-50)

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0 () Nenhuma

1 () Pior de manhã.

2 () Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0 () Nenhuma.

1 () Leve

2 () Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias nilistas

0 () Ausente

1 () Leve.

2 () Moderadas.

3 () Graves.

4 () Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0 () Nenhum.

1 () Desconfiança.

2 () Idéias de referência.

3 () Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0 () Nenhum.

1 () Leves.

2 () Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 21 ITENS: _____(Faixa de variação: 0-62)

22. DESAMPARO

0 () Ausente.

1 () Sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista.

2 () Paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo.

3 () Necessita de insistência, orientação e reasseguramento para completar tarefas.

4 () Requer assistência para se vestir, comer ou realizar higiene pessoal.

23. DESESPERANÇA

0 () Ausente.

1 () Dúvida intermitente de que as coisas irão melhorar, mas pode ser reasegurado.

2 () Persistentemente se sente desesperançado, mas aceita reasseguramentos.

3 () Expressa sentimentos de desencorajamento, desespero, e pessimismo quanto ao futuro que não podem ser desfeitos.

4 () Espontânea e inapropriadamente persevera %nunca VOU melhorar+ou equivalente.

24. BAIXA AUTO-ESTIMA

0 () Ausente.

1 () Indica sentimentos de inutilidade (perda da auto-estima) apenas quando perguntado.

2 () Paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade.

3 () Difere de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que é %umim+, %inferior+.

4 () Delírios de inutilidade.

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 24 ITENS: _____(Faixa de variação: 0-70)

ANEXO C. Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social

A escala de Liebowitz para a Ansiedade Social (LSAS) é um questionário cujo objetivo é determinar o leque de interações sociais e situações de desempenho que indivíduos com fobia social temem ou evitam.

É também uma ferramenta de avaliação popular usada pelos investigadores, para avaliar a eficácia de vários tratamentos para o distúrbio de ansiedade social, incluindo testes farmacológicos.

O questionário inclui 24 itens, cada item consiste numa determinada situação, que deve ser classificada de 0 a 3, em termos da ansiedade que provoca e da frequência do seu evitamento. Deverá responder-se com base no que aconteceu recentemente, e caso a situação não tenha acontecido, deverá imaginar-se o que se teria passado na situação referida.

(P) . Performance.
(S) . Social.

Escala de ansiedade/medo:

- 0 - Nenhuma.
- 1 - Ligeira.
- 2 - Moderada.
- 3 - Muita.

Frequência de evitamento:

- 0 - Nunca (0%).
- 1 - Raramente (1 - 33%).
- 2 - Frequentemente (33 - 66%).
- 3 - Quase sempre (66 . 100%).

	Situação	Ansiedade	Evita
1	Telefonar em público. (P)		
2	Participar de grupos pequenos. (P)		
3	Comer em lugares públicos. (P)		
4	Beber com outras pessoas em locais públicos. (P)		
5	Falar com pessoas de autoridade. (S)		
6	Atuar, representar ou discursar em público. (P)		
7	Ir a uma festa. (S)		
8	Trabalhar sendo observado. (P)		
9	Escrever sendo observado. (P)		
10	Chamar alguém que você não conhece bem. (S)		
11	Falar com pessoas que você não conhece bem. (S)		
12	Encontrar-se com desconhecidos. (S)		
13	Urinar em banheiro público. (D)		
14	Entrar numa sala onde outras pessoas já estão sentadas. (P)		
15	Ser o centro das atenções. (S)		
16	Falar numa reunião. (P)		
17	Fazer um exame escrito. (P)		
18	Expressar discordância ou desaprovação a pessoas que você não conhece bem. (S)		
19	Olhar nos olhos de pessoas que você não conhece muito bem. (S)		
20	Relatar algo para um grupo. (P)		
21	Tentar paquerar alguém. (P)		
22	Devolver um produto a uma loja. (S)		
23	Organizar uma festa. (S)		
24	Resistir a um vendedor persistente. (S)		
	Totais parciais		
	Total		

ANEXO D. Escala de Sintomas Obsessivos-Compulsivos Yale-Brown 8 (Y-BOCS)

1. Tempo ocupado por pensamentos obsessivos

P. Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

0 = Nenhum

1 = Leve: menos de uma hora/dia ou intrusões ocasionais

2 = Moderado: uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes

3 = Grave: mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes

4 = Muito grave: mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes Escore: _____

2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

P. Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em sua vida social ou profissional?

0 = Nenhuma interferencia

1 = Leve: leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não é prejudicado

2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 = Grave: deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional 4 = Muito grave: mal-estar quase constante e incapacitante

Escore: _____

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

P. Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você?

0 = Nenhum

1 = Leve: não perturbador

2 = Moderado: perturbador, mais ainda controlável

3 = Grave: muito perturbador

4 = Muito grave: mal-estar quase constante e incapacitador. Angústias quase constantes e incapacitantes

Escore: _____

4. Resistência às obsessões

P. Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles invadem sua mente?

0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1 = Tenta resistir na maior parte das vezes

- 2 = Faz algum esforço para resistir
- 3 = Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça mas com alguma relutância
- 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

Escore: _____

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

P. Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? Você tem conseguido interromper ou desviar seus pensamentos obsessivos? Você consegue afastá-los?

0 = Controle total

1 = Bom controle: habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração

2 = Controle moderado: algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões

3 = Controle leve: raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue afastar a atenção com dificuldade.

4 = Nenhum controle: as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

Escore: _____ Total dos escores das obsessões _____

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

P. Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos? Se comparamos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você gasta para realizar atividades rotineiras em virtude de seus rituais?

0 = Nenhum

1 = Leve: passa menos de uma hora/dia executando compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos

2 = Moderado: passa uma a três horas/dia executando compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos

3 = Grave: passa de três a oito horas/dia executando compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos

4 = Muito grave: passa mais de oito horas/dia executando compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

Escore: _____

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

P. Até que ponto suas compulsões interferem com sua vida social ou existe alguma atividade profissional que deixa de fazer graças às compulsões?

0 = Nenhum

1 = Leve: leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado

2 = Moderado: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 = Grave: deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional 4 = Muito grave: incapacidade

Escore: _____

8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

P. Como você se sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Até que ponto ficaria ansioso?

0 = Nenhuma ansiedade

1 = Alguma: ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 = Moderada: a ansiedade sobe para um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe para um nível controlável durante a sua execução, se as compulsões fossem evitadas

3 = Grave: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade durante a sua execução

4 = Muito grave: ansiedade incapacitadora para qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

Escore: _____

9. Resistência às compulsões

P. Até que ponto se esforça para resistir às compulsões?

0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1 = Tenta resistir na maior parte das vezes

2 = Faz algum esforço para resistir

3 = Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância

4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

Escore: _____

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

P. Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos?

Até que ponto consegue controlar suas compulsões?

0 = Controle total

1 = Bom controle: sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário

2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões, e somente consegue controlá-las com dificuldade

3 = Controle leve: pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões

4 = Nenhum controle: a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

Escore _____ **Total de escores das compulsões** (ítems 6 a 10) _____

Total: Obsessões _____ Compulsões _____ Escore Total: _____

ANEXO E. Inventário de depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

<p>1. 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3. 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5. 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado às vezes. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6. 0 Não acho que esteja sendo punido.</p>	<p>7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p> <p>8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.</p> <p>11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico molesto ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo. 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas. 1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas. 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época. 1 Adio minhas decisões mais do que costumava. 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. 3 Não consigo mais tomar decisões.</p> <p>14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feio.</p> <p>15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa. 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.</p> <p>16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.</p>	<p>17. 0 Não fico mais cansado que de hábito. 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava. 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito. 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite.</p> <p>19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 1 Perdi mais de 2,5 Kg. 2 Perdi mais de 5,0 Kg. 3 Perdi mais de 7,5 Kg. Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()</p> <p>20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde. 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.</p> <p>21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 Estou menos interessado por sexo que costumava. 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p> <p>OBSERVAÇÕES:</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------