T1

INFINITY PSYCHOLOGY

Avaliação Diagnóstica dos Transtornos do Humor

Resumo Esquematizado

ANA VANESSA DE MEDEIROS NEVES

INFINITY PSYCHOLOGY
www.minhamentora.com.br

CONTEÚDO DO TREINAMENTO:

1. **Transtornos do Humor: Atualização de critérios e conceitos**
   - Definição e classificação
   - Epidemiologia e impacto
   - Critérios da CID-11
   - Diferenças entre CID-11 e DSM-5-TR

2. **Transtornos do Humor: Aplicação prática**
   - Como realizar a entrevista clínica
   - Como realizar o exame psíquico
   - Como identificar sintomas sobrepostos
   - Como diferenciar de outros transtornos
   - Como evitar os erros diagnósticos comuns
   - Apresentação de vinhetas clínicas

Introdução aos Transtornos do Humor

Definição e classificação

- **Definições gerais sobre humor**

Nome "transtorno do humor":

- Reflete alterações significativas e persistentes
  - No estado emocional interno.
- Enfatiza a duração e a profundidade
  - Das alterações emocionais
    - Que impactam o funcionamento diário.

Conceito de humor:

- Estado emocional interno e sustentado
  - Que influencia a percepção e a reação ao ambiente.
- Pode ser
  - Eutímico (normal)
  - Deprimido (tristeza profunda)
  - Elevado (euforia).
- **Função psíquica: humor e afeto**
  - **Humor**: estado emocional duradouro e persistente
    - Afetando a visão de si mesmo e do mundo.
  - **Afeto**: expressão externa e imediata do estado emocional
    - Observável nas interações interpessoais.

- **Diferença entre humor e afeto:**
    - **Humor**: mais duradouro e menos reativo a estímulos imediatos
        - Influencia
            - O comportamento
            - A cognição
                - De forma prolongada.
    - **Afeto**: transiente e reativo
        - Visível nas expressões faciais e comportamentais
        - Muda rapidamente com os estímulos.
- **Mudança de terminologia:**
    - **Transtorno afetivo:** o termo "afetivo" pode ser confuso
        - Pois afeto se refere à
            - Expressão **imediata** e externa
                - Das emoções
                - Que pode ser
                - Transitória
                - Reativa.
    - **Transtorno do humor:** o termo "humor" é mais preciso
        - Para descrever estados emocionais
            - Internos
            - Sustentados
            - Duradouros
                - Que caracterizam esses transtornos.
- **Transtorno do humor:**
    - Engloba uma ampla gama de condições
        - Em que a principal característica é
            - Uma alteração significativa e persistente
                - No humor
                - Incluindo:
                - Depressão.
                - **Transtorno Bipolar**.
                - Distimia.
                - Ciclotimia.

Definição de Transtornos do Humor

- Transtornos do Humor:
    - Conjunto de distúrbios psicológicos caracterizados por
        - Perturbações significativas no **humor**
            - Que podem incluir
                - Depressão
                - Euforia
                - Uma combinação dos dois.

Principais características:

- Alterações prolongadas e persistentes no estado emocional.

- Impacto significativo
    - Na capacidade funcional
    - Na qualidade de vida do indivíduo.

Epidemiologia e impacto

Prevalência dos Transtornos do Humor

- A **depressão** é um dos transtornos mentais
    - Mais comuns em todo o mundo.

- Estima-se que aproximadamente
    - 5% da população global
        - Sofre de depressão a cada ano
            - Com variações entre diferentes países e culturas.

- **Transtorno Depressivo com sintomas psicóticos:**
    - Afeta uma pequena porcentagem
        - De pessoas com depressão
            - Geralmente associada a
                - Episódios depressivos mais graves.

- **Transtorno Bipolar tipo i:**
    - Prevalência estimada em cerca de 1% da população mundial.
        - A incidência é semelhante em homens e mulheres.

- **Transtorno Bipolar tipo ii:**
    - Prevalência estimada em cerca de 0,5-1% da população.
        - A incidência pode ser ligeiramente maior em mulheres.

- **Transtorno ciclotímico:**
    - Afeta aproximadamente 0,4-1% da população
        - Frequentemente subdiagnosticado.

Impacto dos Transtornos do Humor

- **Redução na qualidade de vida:**
    - Os Transtornos do Humor
        - Causam um impacto significativo
            - Na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

    - Podem resultar em
        - Incapacidade de realizar atividades diárias
        - Perda de interesse em hobbies e relações sociais
        - Diminuição do desempenho no trabalho ou na escola.

- **Comorbidades:**
    - Frequente associação com outros transtornos mentais
        - Como
            - Ansiedade
            - Abuso de substâncias
            - Transtornos alimentares.
    - A presença de comorbidades pode
        - Complicar o tratamento
        - Piorar o prognóstico.

- **Impacto socioeconômico:**
    - Os Transtornos do Humor estão associados a
        - Custos significativos para o sistema de saúde
            - Incluindo
                - Hospitalizações
                - Consultas ambulatoriais
                - Uso de medicamentos.

    - Também contribuem para perdas econômicas devido à
        - Diminuição da produtividade no trabalho
        - Absenteísmo
        - Aposentadoria precoce por incapacidade.

- **Impacto nas famílias:**
    - O impacto dos Transtornos do Humor
        - Não se limita ao indivíduo afetado
            - Mas também afeta suas
                - Famílias
                - Cuidadores.

    - Pode resultar em sobrecarga
            - Emocional
            - Financeira
                - Para os familiares.

- **Risco à própria vida:**
    - Os Transtornos do Humor
        - Depressão
        - **Transtorno Bipolar**
            - Estão associados a um risco aumentado de morte.

    - Estima-se que até
        - **15%** das pessoas com **Transtorno Bipolar**
        - **10-15%** das pessoas com **Transtorno Depressivo**
            - Tiram a própria vida.

- **Impacto na saúde geral:**
    - Pessoas com Transtornos do Humor
        - Têm maior probabilidade
            - De desenvolver doenças crônicas
                - Como
                - Doenças cardiovasculares
                - Diabetes
                - Obesidade.

- A relação bidirecional entre:
    - Saúde mental
    - Outras condições médicas gerais
        - Pode complicar
            - O tratamento
            - O manejo
                - Dessas condições.

Critérios diagnósticos | CID-11

Transtornos Depressivos

Episódio Depressivo:

Critérios:
- Humor deprimido
- Perda de interesse ou prazer
    - Em quase todas as atividades
        - Presente na maior parte do dia
            - Quase todos os dias
                - Por pelo menos duas semanas.
- Sintomas adicionais (pelo menos 3-4):
    - Fadiga
    - Alterações no apetite e sono
    - Sentimentos de inutilidade ou culpa
    - Dificuldades de concentração
    - Indecisão
    - Agitação ou lentificação psicomotora
    - Pensamentos de morte ou ideação suicida.

Duração:
- Pelo menos duas semanas.

Transtorno Depressivo Recorrente:

Critérios:
- Dois ou mais episódios depressivos
    - Com remissões
        - Completas
        - Ou parciais
            - Entre eles.

Duração:
- Cada episódio deve durar pelo menos duas semanas.

Transtorno Depressivo Persistente (Distimia):

Critérios:
- Humor deprimido crônico
- Presente na maioria dos dias
- Por pelo menos dois anos (um ano em crianças e adolescentes).
- Sintomas adicionais (pelo menos 2):
    - Baixa autoestima
    - Desesperança

- Fadiga
- Alterações no apetite e sono
- Dificuldades de concentração ou tomada de decisões.

Transtorno Depressivo com sintomas psicóticos:

Critérios:
- Episódios depressivos acompanhados por
  - Sintomas psicóticos
    - Como
      - Delírios ou
      - Alucinações
    - Que são
      - Congruentes ou
      - Incongruentes
        - Com o humor.

Transtornos Bipolares

Transtorno Bipolar tipo i:

Critérios:
- Presença de pelo menos um episódio maníaco.
- Episódios maníacos caracterizados por
  - Humor anormalmente
  - Elevado, expansivo ou irritável
  - Aumento da atividade ou energia
    - E pelo menos três dos seguintes sintomas:
      - Grandiosidade
      - Diminuição da necessidade de sono
      - Fala acelerada
      - Fuga de ideias
      - Distração
      - Aumento na atividade dirigida a objetivos
        - Ou agitação psicomotora
      - Envolvimento excessivo em
        - Atividades prazerosas com alto risco
          - De consequências negativas.

Duração:
- Pelo menos uma semana (7 dias)
  - Ou qualquer duração se hospitalização for necessária.

Transtorno Bipolar tipo ii:

Critérios:
- Presença de pelo menos
  - Um episódio hipomaníaco
  - Um episódio depressivo maior.

- Episódios hipomaníacos
  - Com os mesmos sintomas dos episódios maníacos
    - Mas menos graves
  - Sem causar prejuízo significativo
    - No funcionamento social ou ocupacional.

Duração:
- Episódio hipomaníaco deve durar
  - Pelo menos quatro dias.

Transtorno Bipolar com ciclagem rápida:

Critérios:
- Pelo menos quatro episódios de alteração de humor
  - (maníacos, hipomaníacos, depressivos)
    - Em um ano.

Transtorno Ciclotímico:

Critérios:
- Períodos prolongados de
  - Sintomas hipomaníacos e depressivos
    - Que não atendem aos critérios para
      - Episódios hipomaníacos ou depressivos.

Duração:
- Pelo menos dois anos
  - (um ano em crianças e adolescentes).

Comparação entre CID-11 e DSM-5-TR

Semelhanças:

- Ambos classificam os Transtornos do Humor
  - Em categorias de
    - Transtornos Depressivos
    - Transtornos Bipolares.

- Os critérios para episódios
  - Maníacos
  - Hipomaníacos
    - São similares
      - Incluindo sintomas como
        - Grandiosidade
        - Diminuição da necessidade de sono
        - Fuga de ideias
        - Comportamento impulsivo.
- Ambos os manuais reconhecem a presença de episódios
  - Depressivos
  - Maníacos
  - Mistos.

Diferenças:

Nomenclatura e classificação:

- A CID-11 não utiliza o termo
  - "**Transtorno Depressivo Maior**",
    - Preferindo
      - "episódio depressivo"
      - "**Transtorno Depressivo Recorrente**".
- O DSM-5-TR classifica explicitamente o
  - "**Transtorno Depressivo Maior**"
  - "**Transtorno Depressivo Persistente (Distimia)**".

Estrutura dos manuais:

- A CID-11 agrupa todos os Transtornos do Humor
  - Em uma categoria principal chamada
    - "Transtornos do Humor" (mood disorders)
      - Com subdivisões internas para
        - Transtornos Depressivos
        - Transtornos Bipolares
          - Em categorias distintas.

Critérios diagnósticos:

- CID-11 tende a ser
  - Mais flexível
  - Menos específica
    - Nos critérios diagnósticos
      - Em comparação com o DSM-5-TR
        - Que tem critérios mais rigorosos.
- CID-11
  - Incorpora sintomas psicóticos
    - Nos Transtornos Depressivos
      - De forma mais explícita
- DSM-5-TR
  - Trata a depressão psicótica
    - Como uma especificação adicional.

Motivo das diferenças:

OMS (CID-11):
- Visa uma aplicação ampla e global dos critérios
  - Considerando
    - A diversidade cultural
    - A variabilidade nos sistemas de saúde
      - Ao redor do mundo.
- A CID-11 adota uma estrutura mais flexível e integradora
  - Para acomodar diferentes contextos clínicos e culturais
    - Facilitando a adoção e a adaptação
      - Nos diversos sistemas de saúde globalmente.

APA (DSM-5-TR):
- Desenvolve critérios mais específicos e detalhados
  - Para uso principalmente nos estados unidos
    - Onde a prática clínica e a pesquisa psiquiátrica

- São altamente estruturadas.
- A APA opta por uma separação clara
  - Entre Transtornos Depressivos e bipolares
    - Para garantir precisão e consistência diagnóstica
      - Especialmente em
        - Contextos de pesquisa e prática clínica avançada.

Entrevista clínica e exame psíquico

ESTRUTURA DA ENTREVISTA CLÍNICA

- **Histórico clínico:**
  - Coleta de informações detalhadas sobre a história médica e psiquiátrica do paciente.
  - Perguntas sobre a história familiar de Transtornos do Humor e outros transtornos mentais.
- **História do transtorno atual:**
  - Descrição dos sintomas atuais, incluindo início, duração, frequência e intensidade.
  - Identificação de fatores precipitantes ou agravantes.
  - Avaliação do impacto dos sintomas na vida diária e funcionalidade do paciente.
- **Uso da linha do tempo:**
  - Reconstruir a história clínica e o curso dos sintomas ao longo do tempo.
  - Identificar a sequência e duração dos episódios de humor.
  - Documentar remissões e recaídas.
- **Questões-chave para identificar Transtornos do Humor**
  - **Humor e emoções:**
    - Perguntar sobre sentimentos persistentes de tristeza, desesperança ou euforia.
    - Explorar a presença de irritabilidade ou agitação.
  - **Interesse e prazer:**
    - Investigar a perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas (anedonia).
  - **Alterações no apetite e peso:**
    - Perguntar sobre mudanças significativas no apetite ou peso.
  - **Padrões de sono:**
    - Explorar problemas de insônia, hipersonia, ou alteração nos padrões de sono.
  - **Nível de energia:**
    - Avaliar níveis de energia, fadiga ou aumento de atividade.
  - **Cognição e concentração:**
    - Perguntar sobre dificuldades de concentração, indecisão ou pensamentos acelerados.
  - **Comportamentos:**
    - Investigar comportamentos impulsivos, mudanças nas atividades diárias e risco de suicídio.
  - **Sintomas psicóticos:**
    - Explorar a presença de delírios ou alucinações.

EXAME PSÍQUICO

Aparência e comportamento:
- Observar a aparência geral, higiene, e comportamento do paciente.
- Notar sinais de agitação ou lentificação psicomotora.

Atitude:
- Avaliar a atitude do paciente durante a entrevista (cooperativo, evasivo, hostil).

Humor e afeto:
- **Transtorno Depressivo**:
  - Humor deprimido, afeto restrito ou plano.
    - Observação de tristeza ou desesperança visíveis.

- **Transtorno Bipolar**:
  - Episódio maníaco:
    - Humor eufórico, expansivo ou irritável.
    - Afeto incongruente com o contexto.
    - Notar a grandiosidade ou autoestima inflada.
  - Episódio depressivo:
    - Humor deprimido, afeto plano ou constrito.
    - Observação de sentimentos de culpa ou inutilidade.
    - Transtorno ciclotímico:
    - Flutuações entre humor elevado e deprimido, afeto lábil.

Fala:
- **Transtorno Depressivo**:
  - Fala lenta, monotônica, baixa.

- **Transtorno Bipolar**:
  - Episódio maníaco:
    - Fala rápida, pressionada, aumento na quantidade de fala.
    - Notar fuga de ideias ou tangencialidade.
  - Episódio depressivo:
    - Fala lenta, respostas breves.

Pensamento:

- **Transtorno Depressivo**:
  - Pensamento lento, pessimista, ruminativo.
  - Ideias de culpa ou inutilidade.

- **Transtorno Bipolar**:
  - Episódio maníaco:
    - Pensamento acelerado, fuga de ideias, grandiosidade.
    - Notar delírios de grandeza ou ideação paranoide.
  - Episódio depressivo:
    - Pensamento ruminativo, ideias de culpa ou inutilidade.

Percepção:

- **Transtorno Depressivo com sintomas psicóticos:**
  - Alucinações auditivas (geralmente de conteúdo negativo ou depreciativo).
  - Delírios congruentes com o humor (ex.: culpa, ruína).

- **Transtorno Bipolar** com sintomas psicóticos:
  - Alucinações auditivas ou visuais.
  - Delírios de grandeza ou paranóicos durante episódios maníacos.

Cognição:

- Avaliar atenção, concentração, memória de curto e longo prazo.

  - **Transtorno Depressivo**:
    - Dificuldades de concentração e memória.

  - **Transtorno Bipolar**:
    - Episódio maníaco:
      - Concentração prejudicada devido à distratibilidade.
  - Episódio depressivo:
    - Dificuldades de concentração e memória.

Insight:

- Avaliar se o paciente tem consciência
  - De seus sintomas e da necessidade de tratamento.

  - **Transtorno Bipolar**:
    - Frequentemente prejudicado durante episódios maníacos.

  - **Transtorno Depressivo**:
    - O paciente geralmente reconhece que está deprimido
      - Mas pode subestimar a gravidade ou a necessidade de tratamento.

Julgamento:

- Avaliar a capacidade do paciente de tomar decisões razoáveis e seguras.

  - **Transtorno Bipolar**:
    - Impulsivo ou imprudente durante episódios maníacos.
  - **Transtorno Depressivo**:
    - Pode ser comprometido devido ao pensamento negativo, indecisão, e pensamentos autodestrutivos.

Reconhecimento de alterações psíquicas em fase eutímica:

- Fase eutímica:
  - Estado de humor normal, sem sintomas significativos de mania ou depressão.

- Relato do paciente:
  - Pode não apresentar sintomas visíveis de alterações de humor.
  - Relatar história de episódios de humor elevado ou depressivo.
  - Importância de explorar a linha do tempo dos sintomas para identificar padrões cíclicos.

- **Observação do avaliador:**

  - Avaliar a estabilidade do humor ao longo do tempo.
  - Observar sinais sutis de hipomania ou depressão residual.
  - Notar comportamentos funcionais e relacionamentos interpessoais.
  - Importância de uma avaliação longitudinal e contínua para detectar alterações sutis.

Como identificar sintomas sobrepostos – T. Depressivos

Condições que apresentam sintomas sobrepostos ao **Transtorno Depressivo**:

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)
- Transtorno de Personalidade Com Especificador De Padrão Limítrofe
- Transtorno por Luto Prolongado
- Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C)
- Condições Clínicas Gerais

TRANSTORNO DEPRESSIVO VS. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

Sintomas em comum

- Fadiga.
- Irritabilidade.
- Problemas de sono.
- Dificuldade de concentração.

Erro comum

- Diagnosticar depressão quando a ansiedade é predominante
  - Devido à presença de sintomas como fadiga e problemas de sono.

Diagnóstico diferencial

- **Natureza das ruminações:**

- **Transtorno Depressivo**:
  - Ruminações centradas em
    - Sentimentos de inutilidade, culpa e fracassos passados.
- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):
  - Ruminações focadas em
    - Possíveis problemas futuros e cenários negativos.

- **Duração e foco dos sintomas:**

- **Transtorno Depressivo**:
  - Sintomas persistem por pelo menos duas semanas.
  - Foco em humor deprimido
    - E perda de interesse ou prazer nas atividades.

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):
  - Preocupação ocorre na maioria dos dias
    - Por pelo menos seis meses.
  - Foco em preocupação excessiva e incontrolável
    - Com diversos eventos ou atividades.

- **Sintomas emocionais e cognitivos:**

- **Transtorno Depressivo**:
  - Humor persistentemente deprimido
  - Anedonia

- Pensamentos de morte ou autodestrutivos.

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):
  - Preocupação constante
  - Tensão muscular
  - Sintomas autonômicos (palpitações, sudorese).

Impacto funcional

- **Transtorno Depressivo**:
  - Afeto deprimido
  - Desinteresse visível em atividades
  - Fala lenta ou monótona.

- **Transtorno de Ansiedade Generalizada** (TAG):
  - Sinais de ansiedade
  - Inquietação
  - Sudorese
  - Preocupações excessivas.

Armadilhas diagnósticas

Transtorno Depressivo:

- Fadiga e problemas de sono:
  - Podem ser erroneamente atribuídos ao TAG
    - Se não estiverem acompanhados por outros sintomas depressivos.
- Ruminações:
  - Focadas no passado
    - Podem parecer preocupações generalizadas
      - Especialmente se o paciente
        - Não verbalizar claramente
          - Sentimentos de culpa e fracasso.
- Sintomas somáticos:
  - Como alterações de apetite e peso
    - Podem ser interpretados como
      - Respostas ao estresse
        - Em vez de sintomas depressivos.

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):

- Preocupações excessivas:
  - Podem ser confundidas com ruminações depressivas
    - Especialmente se o paciente apresentar
      - Sinais de fadiga e irritabilidade.
- Sintomas somáticos:
  - Tensão muscular e sintomas autonômicos
    - Palpitações, sudorese
      - Podem ser interpretados como
        - Sintomas físicos de depressão.

- Inquietação e irritabilidade:
  - Podem ser mal interpretadas como agitação psicomotora observada em depressão.

Cuidados para evitar erros diagnósticos

- Histórico completo:
  - Realizar uma avaliação detalhada do histórico do paciente
    - Com ênfase na duração e foco
      - Das preocupações e ruminações.
- Entrevista clínica detalhada:
  - Diferenciar claramente entre
    - Ruminações focadas no passado (depressão)
    - Preocupações com o futuro (TAG).
- Avaliação dos sintomas somáticos:
  - Considerar o contexto dos sintomas somáticos
    - Como
      - Tensão muscular (TAG)
    - Versus
      - Alterações de apetite e peso (depressão).
- Exame psíquico:
  - Observar cuidadosamente os sinais de
    - Afeto deprimido
    - Ansiedade generalizada
      - Garantindo uma avaliação precisa
        - Dos sintomas apresentados.

TRANSTORNO DEPRESSIVO VS.
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM ESPECIFICADOR DE PADRÃO LIMÍTROFE

Sintomas em comum

- Humor deprimido
- Sentimentos de inutilidade
- Comportamentos autodestrutivos
- Diferença principal:

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM ESPECIFICADOR DE PADRÃO LIMÍTROFE

- **Instabilidade afetiva e emocional:**
  - A instabilidade de humor
    - É altamente reativa aos eventos interpessoais.

- **Medo de abandono:**
  - Preocupação persistente com a possibilidade de ser abandonado.

- **Relacionamentos intensos e instáveis:**
  - Relações marcadas por
    - Conflitos intensos
    - Idealização/desvalorização alternada.

Transtorno Depressivo

- **Humor deprimido persistente:**
  - A tristeza é constante
    - E não reativa a eventos externos de forma significativa.

- **Perda de interesse ou prazer:**
  - Anedonia significativa
  - Perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas.

- **Sintomas físicos e cognitivos:**
  - Alterações no sono, apetite, energia, concentração
  - Pensamentos de morte.

Reflexões clínicas

- **Reatividade vs. Persistência:**

- Transtorno de Personalidade com Especificador de Padrão Limítrofe:
  - Mudanças de humor rápidas e reativas a eventos interpessoais.

- **Transtorno Depressivo**:
  - Humor deprimido persistente e não reativo.

- **Relacionamentos interpessoais:**

- Transtorno de Personalidade com Especificador de Padrão Limítrofe:
  - Relações intensas e instáveis, com idealização e depreciação.

- **Transtorno Depressivo**:
  - Retraimento social e falta de interesse em interações sociais.

- **Comportamentos autodestrutivos:**

- Transtorno de Personalidade com Especificador de Padrão Limítrofe:
  - Impulsividade e autolesões frequentes.

- **Transtorno Depressivo**:
  - Ideação suicida e comportamentos autodestrutivos
    - Como resultado de sentimentos de inutilidade.

- **Sintomas cognitivos e físicos:**

- Transtorno de Personalidade com Especificador de Padrão Limítrofe:
  - Sintomas cognitivos e físicos menos proeminentes.

- **Transtorno Depressivo**:
  - São centrais os sintomas
    - Físicos
      - Alterações no sono e apetite
    - Cognitivos
      - Dificuldades de concentração

Armadilhas diagnósticas:

- **Subestimação da reatividade emocional:**
  - Não reconhecer a reatividade emocional
    - No transtorno de personalidade
      - Pode levar a um diagnóstico incorreto
        - De **Transtorno Depressivo**.

- **Confusão de sintomas:**
    - Focar apenas em sintomas autodestrutivos
        - Sem considerar o contexto interpessoal
            - Pode resultar em diagnósticos errados.

TRANSTORNO DEPRESSIVO VS. TRANSTORNO POR LUTO PROLONGADO:

Sintomas em comum

- Tristeza intensa
- Problemas de sono
- Fadiga

Erro comum

- Diagnosticar **Transtorno Depressivo**
    - Quando os sintomas são predominantemente relacionados ao luto.

Estratégia para evitar

- Avaliar a presença de sintomas específicos de luto prolongado
    - Como anseio intenso e dificuldade de retomar a vida.

- Diferenciar do humor deprimido persistente e perda de interesse
    - Típico da depressão.

Diagnóstico diferencial

- **Transtorno Depressivo:**
    - Humor deprimido persistente
        - Perda de interesse ou prazer em atividades diversas
            - Sem relação específica com um evento de perda.
    - Ruminações centradas em sentimentos de
        - Inutilidade, culpa e fracassos passados.
- **Transtorno por luto prolongado:**
    - Anseio intenso e dor emocional persistente
        - Especificamente pela perda de uma pessoa significativa.
    - Preocupação constante com o falecido
        - Ou as circunstâncias da morte.

Armadilhas diagnósticas

- **Transtorno Depressivo:**

- Tristeza e problemas de sono:
    - Podem ser interpretados erroneamente como luto
        - Se a história de perda não for claramente explorada.
- Ruminações:
    - Sentimentos de culpa e inutilidade
        - Podem ser confundidos com o sofrimento
            - Relacionado ao luto.
- Anedonia:
    - Pode ser confundida com a falta de interesse em atividades
        - Devido à dor da perda.

- **Transtorno por luto prolongado:**

- Tristeza intensa e fadiga:
    - Podem ser erroneamente diagnosticadas como depressão
        - Se o vínculo específico com a perda
            - Não for claramente identificado.

- Preocupação com o falecido:
    - Pode ser confundida com ruminações depressivas
        - Se o contexto da perda não for considerado.
- Dor emocional:
    - Pode ser interpretada como um humor deprimido geral
        - Levando a um diagnóstico de depressão.

Cuidados para evitar erros diagnósticos

- Histórico detalhado:
    - Explorar a história de perda e o impacto emocional associado
        - Para diferenciar entre tristeza relacionada ao luto
            - E humor deprimido persistente.

- Entrevista clínica focada:
    - Diferenciar claramente entre ruminações centradas no falecido
        - E ruminações de inutilidade e culpa.
- Avaliação do impacto funcional:
    - Considerar se a dificuldade em retomar a vida diária
        - Está especificamente ligada à perda
            - Ou se é uma anedonia generalizada.

- Exame psíquico cuidadoso:
    - Observar sinais específicos de dor emocional relacionada ao luto
        - Como
            - Preocupação constante com o falecido
            - Dificuldade em se envolver em
                - Planos futuros ou
                - Interesses pessoais.

TRANSTORNO DEPRESSIVO VS.
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO (TEPT-C)

Sintomas em comum

- Humor deprimido
- Problemas de sono
- Irritabilidade
- Diagnóstico diferencial:
- Histórico de trauma:

Erro comum

- Diagnosticar depressão sem considerar
    - História de trauma
    - Sintomas de revivência e hiper vigilância.

Estratégia para evitar erros diagnósticos

- Avaliar a presença de sintomas de tept-c
  - Como revivência do trauma, evitamento e hiper vigilância.

- Diferenciar das características persistentes de humor deprimido e anedonia da depressão.

Diagnóstico diferencial

- Histórico de trauma:
  - **Transtorno Depressivo**:
    - Não necessariamente relacionado a um evento traumático.
  - TEPT-C:
    - Ocorre após exposição a
      - Traumas repetidos, prolongados
        - Ou eventos traumáticos únicos.

Armadilhas diagnósticas:

Transtorno Depressivo:

- Humor deprimido e problemas de sono:
  - Podem ser interpretados como resultado de um trauma não identificado
    - Levando ao diagnóstico incorreto de tept-c.
- Sintomas somáticos:
  - Fadiga e alterações no apetite
    - Podem ser confundidos com sintomas de
      - Hiper vigilância
      - Evitamento
        - No tept-c.
- Sentimentos de inutilidade:
  - Podem parecer crenças distorcidas de tept-c
    - Se o histórico de trauma não for considerado.

TEPT-C:

- Revivência e evitamento:
  - Podem ser confundidos com ruminações depressivas e anedonia
    - Se o contexto do trauma não for claramente explorado.
- Hiper vigilância e resposta de sobressalto:
  - Podem ser mal interpretadas como
    - Agitação psicomotora ou
    - Ansiedade generalizada
      - Na depressão.
- Problemas de relacionamento:
  - Dificuldades em manter relações próximas
    - Podem ser vistas como isolamento social da depressão
      - Sem considerar a origem traumática.

Reflexões para diagnóstico diferencial

- Histórico de trauma:
  - Avaliar cuidadosamente a presença de
    - Eventos traumáticos significativos
      - Especialmente traumas repetidos ou prolongados
        - Para identificar tept-c.

- Sintomas de revivência e evitamento:
  - Diferenciar entre revivência específica do trauma (tept-c)
    - E ruminações gerais (depressão).
- Sintomas cognitivos e emocionais:
  - Identificar crenças distorcidas e emoções negativas persistentes
    - Relacionadas ao trauma para tept-c.
- Problemas de relacionamento:
  - Considerar se as dificuldades interpessoais
    - São decorrentes de
      - Desamparo e desconexão do tept-c
      - Ou de desinteresse generalizado da depressão.

TRANSTORNO DEPRESSIVO VS. CONDIÇÕES CLÍNICAS GERAIS

Sintomas em comum

- Fadiga
- Alterações no apetite
- Problemas de sono

Erro comum

- Diagnosticar depressão
  - Sem considerar causas médicas subjacentes.

Estratégia para evitar

- Realizar uma avaliação médica completa
  - Para identificar condições clínicas subjacentes.

- Diferenciar
  - Sintomas físicos específicos
  - Respostas a tratamentos médicos
    - Das características persistentes de humor deprimido.

Doenças metabólicas (ex.: diabetes, síndrome metabólica)

- Sintomas físicos específicos:
  - Alterações no peso (ganho ou perda inexplicáveis)
  - Sede excessiva
  - Micção frequente (diabetes)
  - Resistência à insulina.

- Alterações hormonais detectáveis em exames laboratoriais:
  - Níveis elevados de glicose no sangue
  - Perfil lipídico anormal
  - Indicadores de inflamação.

- Resposta ao tratamento médico:
  - Os sintomas tendem a melhorar
    - Com o controle médico da condição subjacente
      - Como
        - O uso de insulina para diabetes
        - Mudanças no estilo de vida para a síndrome metabólica.

Exame psíquico

- Pode mostrar sintomas de fadiga e dificuldades de concentração,
  - Mas sem o humor deprimido persistente
    - Ou perda de interesse
      - Característicos da depressão.

Transtorno Depressivo vs. Alterações hormonais

Sintomas em comum

- Fadiga
- Alterações no apetite
- Problemas de sono

- **Sintomas cognitivos e de humor**

- Hipotireoidismo:
  - Lentificação psicomotora
  - Dificuldades de memória
  - Ganho de peso
  - Sensação de frio
  - Pele seca.
    - Exames laboratoriais mostram níveis
      - Baixos de t3 e t4
      - Altos de tsh.
- Menopausa:
  - Ondas de calor
  - Sudorese noturna
  - Alterações de humor
  - Insônia.

  - Os sintomas são frequentemente cíclicos
    - E relacionados aos níveis flutuantes de
      - Estrogênio
      - Progesterona.
  - Sintomas respondem a tratamento específico.

Exame psíquico

- Hipotireoidismo:
  - Pode mostrar lentificação psicomotora e alterações cognitivas
    - Mas sem a intensidade emocional da depressão.
- Menopausa:
  - Oscilações de humor cíclicas
    - Sem a persistência típica do **Transtorno Depressivo**.

Cuidados diagnósticos

- Histórico clínico completo:
  - Identificar a presença de sintomas específicos e a duração destes.
- Exames laboratoriais:
  - Realizar exames de sangue para verificar níveis hormonais e indicadores metabólicos.

- Monitoramento dos sintomas:
  - Observar a resposta ao tratamento específico

        - Medicação para condições metabólicas ou hormonais.
- Entrevista clínica detalhada:
    - Focar em questões sobre a história médica
    - Sintomas emocionais e físicos
    - O impacto funcional.

Conclusão

- Para diferenciar entre **Transtorno Depressivo** e condições clínicas
    - Como doenças metabólicas e alterações hormonais
        - É fundamental considerar
            - Tanto os sintomas específicos
            - Quanto os exames laboratoriais
                - E a resposta ao tratamento.
- Um diagnóstico cuidadoso e uma avaliação detalhada
    - Dos sintomas, história clínica e exames complementares
        - São essenciais para uma intervenção adequada.

Como identificar sintomas sobrepostos – T. Bipolares

Condições que apresentam sintomas sobrepostos ao **Transtorno Bipolar**:

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)
- Transtorno de Personalidade com Especificador de Padrão Limítrofe
- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

TRANSTORNO BIPOLAR VS. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

Sintomas em comum

- Agitação.
- Problemas de sono.
- Dificuldade de concentração.

Diferença principal

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):

- Preocupação excessiva e incontrolável:
    - Preocupação constante e desproporcional
        - Com diversos eventos ou atividades
            - Presente na maioria dos dias
                - Por pelo menos seis meses
- Ruminações focadas em
    - Possíveis problemas futuros e cenários negativos.
- Preocupações são contínuas e não cíclicas.

Transtorno Bipolar:

- Episódios de humor elevado ou depressivo:
    - Alternância entre episódios de mania/hipomania e depressão.
- Episódios maníacos:
    - Humor elevado
    - Energia aumentada

    - Grandiosidade
    - Necessidade reduzida de sono
    - Comportamento impulsivo.
- Episódios depressivos:
    - Humor deprimido
    - Perda de interesse
    - Sintomas depressivos clássicos.

Os sintomas variam significativamente com os episódios e não são contínuos.

Exame psíquico

TAG:

- Durante a avaliação, o paciente pode mostrar
    - Sinais de ansiedade constante, como
        - Inquietação
        - Tensão muscular.
- As preocupações são frequentes
    - E envolvem vários aspectos da vida diária.

Transtorno Bipolar:

- O exame psíquico pode revelar sinais de episódios
    - Maníacos
        - Fala rápida, ideias grandiosas, energia elevada
    - Depressivos
        - Humor deprimido, anedonia.
- A história clínica geralmente revela um padrão cíclico de sintomas.

Considerações adicionais

- História clínica:
    - É crucial para diferenciar TAG de **Transtorno Depressivo** e bipolar.
    - O padrão e a duração dos sintomas
        - Bem como a resposta ao tratamento
            - Ajudam a esclarecer o diagnóstico.

- Comorbidades:
    - Considerar comorbidades como
        - Abuso de substâncias
        - Transtornos de personalidade
        - Outros transtornos de ansiedade
            - Que podem complicar o diagnóstico diferencial.

Armadilhas diagnósticas

- Confusão de diagnósticos:
    - Sintomas como fadiga e problemas de sono
        - São comuns em muitos transtornos mentais.

- É importante considerar o contexto e a história completa do paciente.

- Sobrediagnóstico de bipolaridade:
    - Não confundir períodos de ansiedade elevada ou agitação
        - Com episódios maníacos.

TRANSTORNO BIPOLAR VS.
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM PADRÃO LIMÍTROFE

Sintomas em comum

- Instabilidade de humor:
  - Oscilações emocionais frequentes.
- Impulsividade:
  - Comportamentos impulsivos e decisões precipitadas.
- Comportamentos autodestrutivos:
  - Atos como automutilação ou tentativas de suicídio.

Erro comum

- Diagnosticar **Transtorno Bipolar**
  - Devido à instabilidade de humor e impulsividade
    - Presentes no transtorno de personalidade.

Estratégia para evitar erros diagnósticos

- Diferenciar
  - Mudanças de humor reativas a eventos interpessoais
    - Transtorno de personalidade
  - Episódios distintos de mania/hipomania e depressão
    - **Transtorno Bipolar**.

- Utilizar entrevistas estruturadas e linhas do tempo para mapear o curso dos sintomas.

Diagnóstico diferencial

Duração e natureza dos episódios:

- **Transtorno Bipolar**:
  - Episódios definidos de mania/hipomania e depressão
    - Que duram dias a semanas.

- Transtorno de personalidade limítrofe:
  - Mudanças de humor são rápidas
    - E reativas a situações interpessoais
      - Não seguem um padrão cíclico claro.

Reatividade vs. Espontaneidade:

- **Transtorno Bipolar**:
  - Mudanças de humor podem ocorrer sem uma relação direta com eventos externos.

- Transtorno de personalidade limítrofe:
  - Mudanças de humor são
    - Diretamente influenciadas por interações interpessoais.

Estabilidade inter episódica:

- **Transtorno Bipolar**:
  - Períodos de humor eutímico entre
    - Os episódios de mania/hipomania e depressão.

- Transtorno de personalidade limítrofe:
  - Instabilidade de humor e identidade persistente
    - Mesmo entre crises emocionais.

Comportamentos e relações interpessoais:

- Transtorno de personalidade limítrofe:
  - Relacionamentos intensos e tumultuados, com medo de abandono.

- **Transtorno Bipolar**:
  - Pode afetar relacionamentos durante episódios
    - Mas não é caracterizado por
      - Padrões de relacionamentos instáveis.

Armadilhas diagnósticas

- Subestimação da instabilidade afetiva:
  - Focar apenas nos sintomas de humor elevados e deprimidos
    - Sem considerar a reatividade emocional.

- Confusão com TDAH ou transtornos de conduta:
  - Impulsividade pode ser mal interpretada.

- Comorbidade com abuso de substâncias:
  - Pode mascarar ou exacerbar os sintomas
    - De ambos os transtornos.

TRANSTORNO BIPOLAR VS. TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

Sintomas em comum

- Episódios de mania ou depressão:
  - Ambos os transtornos podem incluir
    - Episódios de humor
      - Elevados (mania/hipomania)
      - Deprimidos.

- Sintomas psicóticos:
  - Delírios
    - Crenças falsas e fixas
      - Não baseadas na realidade.
  - Alucinações
    - Percepções sensoriais falsas
      - Como ouvir vozes.

Erro comum

- Diagnosticar **Transtorno Bipolar**
  - Devido à presença de sintomas psicóticos durante episódios de humor.

Estratégia para evitar erros comuns

- Avaliar a presença de sintomas psicóticos
  - Na ausência de alterações de humor
    - Transtorno esquizoafetivo.

- Documentar cuidadosamente a linha do tempo
  - Dos sintomas psicóticos e de humor.

Diagnóstico diferencial

- **Persistência dos sintomas psicóticos:**
  - No transtorno esquizoafetivo
    - Os sintomas psicóticos persistem
      - Independentemente dos episódios de humor.

- **Associação com episódios de humor:**
  - No **Transtorno Bipolar**
    - Os sintomas psicóticos estão estritamente associados
      - Aos episódios de mania ou depressão.

- **História longitudinal:**
  - Um histórico detalhado e o monitoramento a longo prazo
    - São cruciais para a diferenciação adequada
      - Entre os transtornos.

TRANSTORNO BIPOLAR VS. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Sintomas em comum

- Impulsividade.
- Agitação.
- Dificuldade de concentração.

Erro comum

- Diagnosticar TDAH em pacientes com **Transtorno Bipolar** devido à impulsividade e agitação.

Estratégia para evitar erros comuns

- Diferenciar
  - A presença de sintomas desde a infância
    - TDAH
  - De episódios de humor elevados ou depressivos
    - Que surgem na adolescência ou idade adulta
      - **Transtorno Bipolar**.

- Utilizar avaliações longitudinais para mapear o curso dos sintomas ao longo do tempo.

Diferenças principais

Idade de início:

- TDAH:
  - Sintomas presentes desde a infância e observáveis em múltiplos contextos (escola, casa).

- **Transtorno Bipolar**:
  - Geralmente surge na adolescência ou na idade adulta
    - Raramente diagnosticado antes dos 12 anos.

Natureza dos sintomas:

- TDAH:
  - Sintomas são contínuos e persistentes.
- **Transtorno Bipolar**:
  - Presença de episódios distintos de mania/hipomania e depressão
    - Com períodos de humor normal entre os episódios.

Sintomas de humor:

- TDAH:
  - Humor geralmente não é afetado de forma tão significativa
    - Quanto no **Transtorno Bipolar**.

- **Transtorno Bipolar**:
  - Alterações de humor são uma característica central
    - Com episódios de humor elevado (mania/hipomania) e depressão.

Fatores desencadeantes:

- TDAH:
  - Sintomas são consistentemente presentes
    - E não necessariamente desencadeados por fatores externos.

- **Transtorno Bipolar**:
  - Episódios podem ser desencadeados por
    - Eventos estressantes, mudanças sazonais, ou uso de substâncias.

Armadilhas diagnósticas:

- Histórico clínico completo:
  - Avaliar o histórico detalhado de sintomas desde a infância
    - É crucial para diferenciar TDAH de **Transtorno Bipolar**.

- Observação dos sintomas em diferentes contextos:
  - No TDAH, os sintomas devem estar presentes em múltiplos contextos;
  - No **Transtorno Bipolar**, os episódios são mais contextualmente dependentes.

- Comorbidades:
  - Considerar a presença de comorbidades, como
    - Transtornos de ansiedade ou uso de substâncias
      - Que podem complicar o diagnóstico.

- Apesar de incomum, o **Transtorno Bipolar** pode ter início na infância.
  - Nesse caso, como diferenciar:
    - Os sintomas de TDAH são contínuos e persistentes,
    - Os sintomas de tb são episódicos com períodos distintos de elevação e depressão do humor.

Casos clínicos e discussões

- Caso 1: Transtorno Bipolar Tipo I Com Ciclagem Rápida
- Caso 2: Transtorno Depressivo Com Sintomas Psicóticos
- Caso 3: Transtorno de Personalidade com Especificador de Padrão Limítrofe Vs. Transtorno Bipolar Tipo II
- Caso 4: Transtorno Depressivo Vs. Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo
- Caso 5: Transtorno Depressivo Vs. Condição Clínica (Hipotireoidismo)

CASO CLÍNICO 1: TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I COM CICLAGEM RÁPIDA

História do paciente:

- Paciente de 35 anos, sexo masculino.
- Histórico de episódios de humor elevado e depressivo nos últimos dois anos.
- Quatro episódios de humor (dois maníacos e dois depressivos) no último ano.
- Internações hospitalares durante episódios maníacos devido ao comportamento de risco, incluindo direção imprudente e gastos excessivos.

Sintomas:

- **Episódio maníaco:**
  - Humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável.
  - Grandiosidade ou autoestima inflada.
  - Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial para consequências dolorosas (gastos excessivos, comportamento sexual de risco).

    - **Alterações psíquicas:**
      - Fala acelerada ou pressão para falar.
      - Fuga de ideias ou experiência subjetiva de pensamentos acelerados.
      - Diminuição da necessidade de sono.
      - Aumento na atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora.

- **Episódio depressivo:**
  - Humor e comportamento:
  - Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.
  - Perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.

    - **Alterações psíquicas:**
      - Alterações no apetite e no sono.
      - Fadiga ou perda de energia.
      - Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva.
      - Dificuldades de concentração ou tomada de decisões.
      - Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Discussão diagnóstica:

- **Transtorno Bipolar tipo i com ciclagem rápida**
  - Caracterizado pela presença de pelo menos
    - Quatro episódios de alteração de humor em um ano.

Diferenciação:

- **Transtorno Bipolar**
  - Apresenta episódios distintos de mania e depressão
    - Com duração significativa e alterações marcantes na energia e atividade.
- Transtorno de personalidade com especificador de padrão limítrofe
  - Instabilidade de humor é mais reativa a eventos interpessoais
    - E não ocorre em episódios bem definidos.

Armadilhas diagnósticas:

- **Confusão de diagnósticos:**
  - Confundir a instabilidade de humor do transtorno de personalidade com padrão limítrofe com os episódios de humor do **Transtorno Bipolar**.
- **Reconhecimento da ciclagem rápida:**
  - Falhar em reconhecer a ciclagem rápida, levando a um diagnóstico errôneo de depressão recorrente.

CASO CLÍNICO 2: TRANSTORNO DEPRESSIVO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

História do paciente:

- Paciente de 28 anos, sexo feminino.
- Episódios recorrentes de depressão severa desde os 20 anos.
- Recentemente, começou a experimentar alucinações auditivas (vozes depreciativas) durante episódios depressivos.
- Tentativa de suicídio há seis meses durante um episódio depressivo grave.

Sintomas:

- **Humor e comportamento:**
  - Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.
  - Perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.
  - Retraimento social e redução nas atividades diárias.
- **Alterações psíquicas:**
  - Alucinações auditivas (vozes depreciativas) congruentes com o humor.
  - Delírios de culpa e inutilidade.
  - Alterações no apetite (perda de peso significativa).
  - Insônia inicial e intermediária.
  - Fadiga ou perda de energia.
  - Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, frequentemente delirantes.
  - Dificuldades de concentração ou tomada de decisões.
  - Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Discussão diagnóstica:

- **Diagnóstico:**
  - **Transtorno Depressivo** com sintomas psicóticos, caracterizado pela
    - Presença de sintomas psicóticos congruentes com o humor durante episódios depressivos.

- **Diferenciação:**
  - **Transtorno Depressivo** com sintomas psicóticos
    - Sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante episódios depressivos.
  - Transtorno esquizoafetivo
    - Sintomas psicóticos persistem por pelo menos duas semanas
      - Na ausência de alterações significativas de humor.

Armadilhas diagnósticas:

- **Confusão de diagnósticos:**
  - Diagnosticar esquizofrenia em vez de **Transtorno Depressivo** com sintomas psicóticos
    - Devido à presença de alucinações auditivas.

- **Subestimação dos sintomas psicóticos:**
  - Não reconhecer a gravidade dos sintomas psicóticos
    - E tratá-los apenas como sintomas depressivos exacerbados.

CASO CLÍNICO 3: TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM ESPECIFICADOR DE PADRÃO LIMÍTROFE VS. TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II

História do paciente:

- Paciente de 25 anos, sexo masculino.
- Histórias de instabilidade de humor desde a adolescência.
- Relatos de impulsividade, comportamentos autodestrutivos, relações interpessoais intensas e instáveis.
- Episódios de humor elevado que duram 3-4 dias, seguidos por períodos de humor deprimido.

Sintomas:

- **Instabilidade de humor:**
  - Mudanças de humor rápidas e reativas a eventos interpessoais.
  - Sentimentos crônicos de vazio.
  - Medo de abandono e esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginário.

- **Episódios hipomaníacos:**
  - Humor elevado, aumento na atividade, fala acelerada, diminuição da necessidade de sono.
  - Aumento da autoestima ou grandiosidade, envolvimento excessivo em atividades prazerosas.
  - Irritabilidade ou agitação psicomotora.

- **Episódios depressivos:**
  - Humor deprimido, perda de interesse ou prazer, fadiga, sentimentos de inutilidade.
  - Alterações no apetite e no sono, dificuldades de concentração, pensamentos suicidas.

Diagnóstico diferencial:

- **Transtorno Bipolar tipo ii:**
  - Presença de pelo menos um episódio hipomaníaco e um episódio depressivo maior.

- Episódios hipomaníacos duram pelo menos quatro dias e não causam prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional.

- **Transtorno de personalidade com especificador de padrão limítrofe:**
  - Instabilidade afetiva, reatividade emocional, impulsividade, e comportamentos autodestrutivos.
  - Padrões de relacionamento intensos e instáveis, sentimentos crônicos de vazio, e medo de abandono.

Armadilhas diagnósticas:

- **Confusão de diagnósticos**
  - Confundir a instabilidade de humor reativa do transtorno de personalidade com os episódios distintos de humor do **Transtorno Bipolar**.

- **Foco nos sintomas mais evidentes**
  - Focar apenas nos episódios hipomaníacos e depressivos e negligenciar os padrões interpessoais e de comportamento que caracterizam o transtorno de personalidade.

CASO CLÍNICO 4: TRANSTORNO DEPRESSIVO VS. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO (TEPT-C)

História do paciente:

- Paciente de 40 anos, sexo feminino.
- Histórico de trauma significativo na infância, incluindo abuso físico e emocional.
- Relatos de humor deprimido, pesadelos frequentes, e flashbacks.
- Dificuldade em manter relacionamentos estáveis e um histórico de mudanças de emprego frequentes.

Sintomas:

- Humor e comportamento:
  - Tristeza persistente, perda de interesse em atividades.
  - Retraimento social, perda de interesse nas atividades que costumava gostar.

- Sintomas de tept-c:
  - Revivência do trauma através de pesadelos e flashbacks.
  - Evitamento de situações que lembram o trauma.
  - Hipervigilância e resposta de sobressalto exagerada.
  - Alterações negativas em cognições e humor, incluindo sentimentos de culpa e vergonha.
  - Dificuldades em relações interpessoais e sensação de desamparo.

Diagnóstico diferencial:

- **Transtorno Depressivo**:
  - Presença de humor deprimido e perda de interesse ou prazer nas atividades, sem necessariamente uma história de trauma.
  - Sintomas principais incluem fadiga, alterações no apetite e sono, dificuldades de concentração, e pensamentos suicidas.

- Transtorno de estresse pós-traumático complexo (tept-c):
  - História de trauma significativo e sintomas de revivência, evitamento, e hiper vigilância.
  - Alterações negativas em cognições e humor especificamente relacionadas ao trauma.
  - Dificuldades persistentes em relações interpessoais.

Armadilhas diagnósticas:

- **Confusão de diagnósticos:**
  - Diagnosticar apenas depressão sem considerar a história de trauma e os sintomas de tept-c.

- **Foco nos sintomas mais evidentes:**
  - Focar apenas nos sintomas depressivos e negligenciar os sintomas de revivência, evitamento e hiper vigilância.

CASO CLÍNICO 5: TRANSTORNO DEPRESSIVO VS. CONDIÇÃO CLÍNICA (HIPOTIREOIDISMO)

História do paciente:

- Paciente de 50 anos, sexo masculino.
- Relatos de fadiga, ganho de peso inexplicável, humor deprimido e problemas de concentração.
- Queixa de sensação constante de frio e constipação.
- Sem história anterior de transtornos de humor.

Sintomas:

- **Humor e comportamento:**
  - Humor deprimido persistente.
  - Perda de interesse ou prazer em atividades diárias.
  - Retraimento social.

- **Sintomas físicos:**
  - Fadiga extrema e sensação constante de frio.
  - Ganho de peso significativo sem mudança na dieta.
  - Constipação.

- **Alterações psíquicas:**
  - Dificuldade de concentração e lentificação do pensamento.
  - Sentimentos de inutilidade e culpa.

Diagnóstico diferencial:

- **Transtorno Depressivo:**
  - Presença de humor deprimido e perda de interesse ou prazer nas atividades.
  - Sintomas físicos como fadiga e alterações no apetite podem estar presentes, mas não são específicos para uma condição médica.

- **Hipotireoidismo:**
  - Condição clínica caracterizada por baixos níveis de hormônios tireoidianos.
  - Sintomas incluem fadiga, ganho de peso, sensação de frio, constipação, e problemas de concentração.
  - Confirmado por exames laboratoriais mostrando níveis baixos de t3 e t4 e altos de tsh.

Armadilhas diagnósticas:

- **Confusão de diagnósticos:**
  - Diagnosticar apenas depressão sem considerar causas médicas subjacentes.

- **Negligenciar avaliação médica:**
  - Falhar em realizar uma avaliação médica completa e exames laboratoriais para identificar condições clínicas subjacentes.