

TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE – REVISÃO DE LITERATURA**Dennyse Oliveira Galvão**

Graduanda em Medicina - Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ) – CE.

Carlos Ticiano Duarte Pereira

Médico com residência em psiquiatria pelo Hospital Juliano Moreira – Salvador – BA.

Maria do Carmo Pagan Forti

Psicóloga pela Universidade São Marcos (USM) – SP

Mestre em ciência da religião - PUC-SP
Doutora em filosofia da religião - Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Braga, Portugal.**Autor para correspondência:** Dennyse Oliveira Galvão - dennyse_galvao@hotmail.com**RESUMO**

O Transtorno Explosivo Intermitente (TEI), classificado como um tipo de Transtorno do Controle dos Impulsos (TCIs), se caracteriza por episódios graves e isolados de agressividade de forma desproporcional ao evento que os desencadearam. Os episódios são precedidos, na maioria das vezes, por um fator estressante e, sucedidos por intenso arrependimento. O TEI, apesar de existir na literatura há pouco mais de 30 anos, ainda é uma desordem mental bastante desconhecida. Em relação à sociedade, esta condição é considerada por diversas vezes um ato temperamental de um indivíduo que reage grosseiramente aos fatos, sendo levada em conta apenas a partir do momento em que começa a prejudicar a rotina do mesmo ou de terceiros. Portanto, o que os leva a procurar ajuda são as sérias conseqüências do transtorno. Para psiquiatras e psicólogos, esta desordem pode passar despercebida, especialmente quando está correlacionada com outros transtornos ou mesmo quando os pacientes não consideram as explosões agressivas como doentias. O tratamento farmacológico do comportamento agressivo e da impulsividade associado à terapia cognitivo-comportamental, encontra-se bem definido, porém ainda não há um estudo que defina rigorosamente uma terapia medicamentosa para os portadores do TEI. As classes de medicamentos que tem mostrado boa eficácia são antiepilépticos, estabilizadores do humor, antipsicóticos, betabloqueadores e inibidores seletivos da recaptação de serotonina. Esta pesquisa tem como objetivo fazer uma revisão dos principais aspectos do TEI, a partir da leitura, cotejo e análise da literatura existente sobre o tema, produzida nos últimos 10 anos, até agosto de 2013.

Palavras-chave: Transtorno explosivo intermitente; Transtorno do controle dos impulsos; Comportamento impulsivo.

INTERMITTENT EXPLOSIVE DISORDER – LITERATURE REVIEW**ABSTRACT**

The Intermittent Explosive Disorder (IED), classified as a type of an Impulse Control Disorder (ICD), is characterized by severe and isolated episodes of aggression on a disproportionate way to the event that originates them. The episodes are preceded, in most cases, by a stress factor and, succeeded by intense regret. The IED, although it exists in the literature for over 30 years, is still a properly unknown mental disorder. Considering the society, this condition is considered several times a temperamental act of an individual who reacts violently to the facts, only mattering the moment that starts to harm their own routine or others. So, what leads them to seek help are the serious consequences of the disorder. For psychiatrists and psychologists, this disorder can go unnoticed, especially when correlated with other disorders or even when patients do not consider the aggressive explosions as unhealthy. The pharmacological treatment of aggressive behavior and impulsivity associated with cognitive-behavioral therapy, is well defined, but there isn't any study that defines healthy therapy for patients with IED. The classes of medications that have shown good efficacy are antiepileptics, mood stabilizers, antipsychotics, betablockers and selective inhibitors from reuptake of serotonin. This work aims to review the main aspects of IED, from reading, collecting and analysis of existing literature about the subject produced over the last 10 years, until August 2013.

Keywords: Intermittent explosive disorder; Impulse control disorder; Impulsive behavior.

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo deste trabalho, o TEI, faz parte de uma classe de transtornos mentais reunidos sob o nome genérico de TCIs.

Os TCIs são caracterizados por repetidos fracassos em resistir a um desejo de realizar determinado ato. O indivíduo é invadido por um sentimento de prazer ao executar a ação, porém após a execução vem o arrependimento e a culpa.⁽¹⁾ Os distúrbios que compõe essa classe são: Transtorno Explosivo Intermitente, cleptomania, piromania, jogo patológico, tricotilomania, transtorno de uso da internet, transtornos sexuais, compra compulsiva e conduta autolesiva.⁽²⁾

O TEI é caracterizado por episódios isolados de explosões agressivas de forma desproporcional ao seu evento causador. Estes episódios, na imensa maioria das vezes, são precedidos por fatores estressantes⁽³⁾ e são constituídos por um ou mais comportamentos, como: agressão verbal, física, destruição de propriedade, podendo causar sérios danos ao próprio indivíduo ou a terceiros. Estes eventos ocorrendo em uma frequência de duas vezes por semana, nas explosões leves, ou três vezes por ano, nas explosões graves, têm como consequência, a demasiada angústia, prejuízo no funcionamento social, dificuldades profissionais e atribulações financeiras, os quais podem gerar, concomitantemente, outros tipos de transtornos.⁽⁴⁾ Segundo a American Psychiatric Association (APA),⁽⁵⁾ a prevalência do TEI, de acordo com pesquisa nos Estados Unidos, feita no período de um ano, foi cerca de 2,7% na população geral, predominando na faixa etária entre 16-35 anos e com baixo nível de escolaridade.

Os fatores etiológicos relacionados ao transtorno são múltiplos tendo, fundamentalmente, uma base psicossocial, genética e neuroquímica. O diagnóstico pode ser dado através de uma criteriosa coleta de dados, durante a anamnese, a respeito da frequência e intensidade dos episódios agressivos, como também da associação destes com outros transtornos psiquiátricos. A terapia cognitivo-comportamental associada ao tratamento farmacológico constitui o alicerce da terapêutica do comportamento agressivo e da impulsividade. Porém, ainda não há um estudo que defina rigorosamente uma terapia medicamentosa para os portadores do TEI. As classes de medicamentos que tem mostrado boa eficácia são antiepiléticos, estabilizadores do humor, antipsicóticos e betabloqueadores.⁽⁶⁾

Tendo em vista a complexidade dessa desordem mental, esta revisão bibliográfica tem como objetivo examinar as principais evidências científicas disponíveis sobre o TEI.

MÉTODO

Foram consultados estudos dos últimos 10 anos, até agosto de 2013, tendo sido utilizados os termos “*intermittent explosive disorder*”, “*etiology*”, “*epidemiology*”, “*diagnosis*” e “*treatment*” nas bases de dados MedLine/PubMed, Lilacs, Central, Ibecs e Cochrane Library. No entanto, se forem usadas as palavras-chave “*impulse control disorder*” e “*agressive behavior*” os resultados são muito abrangentes e distanciam o foco da pesquisa. Mesmo assim, foi possível utilizar três artigos desta busca.

Para esta revisão foram selecionados ao todo 20 artigos como relatos de casos e estudos randomizados, além de sete livros-textos. Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes 1) ter sido publicado entre 2003-2013; 2) ter discutido a epidemiologia dos TCIs e do TEI; 3) ter discutido os fatores etiológicos relacionados ao TEI; 4) ter apresentado os mais recentes critérios diagnósticos para o TEI; 5) ter demonstrando em relatos de casos a principal sintomatologia do TEI; e 6) ter evidenciado as mais eficazes estratégias terapêuticas para o TEI. As pesquisas que não preencheram esses critérios não foram incluídas na revisão.

REFERENCIAL TEÓRICO

Transtornos do controle dos impulsos (TCIs)

Os primeiros textos sobre esses atos incontroláveis remontam ao século XIX. Em 1838, Jean Etienne Esquirol já descrevia os comportamentos impulsivos como irresistíveis e sem motivo aparente, denominando-os de monomanias instintivas.⁽⁷⁾ O termo monomania foi criado por Esquirol para identificar “pacientes que apresentavam um transtorno focal da mente, que em todos os outros aspectos encontrava-se intacta.”⁽⁸⁾

Décadas depois, Karl Jaspers, em 1913, identificou em seus estudos, três fenômenos independentes que têm como embasamento a falha na ponderação e no poder de decisão do indivíduo, quando afirma: [...] o impulso primário, sem conteúdo e sem direção, o instinto natural que tende inconscientemente a um fim e o ato de vontade que produz representações conscientes de finalidade, com conhecimento dos meios e das conseqüências.⁽⁹⁾

Em contrapartida, Freud, em 1915, descreve que os instintos são impulsos primários e os demais impulsos são derivados dos primeiros, os quais vão sendo elaborados ao longo do desenvolvimento psíquico. A impulsividade primária pode ser dividida em dois fenômenos: falha de hesitação sobre os desejos e apetite, e falha de hesitação sobre comportamentos agressivos e destrutivos. Segundo Freud, a finalidade do instinto é sempre a satisfação, que somente pode ser alcançada pela supressão do estado de estimulação da fonte do instinto.⁽⁹⁾

A partir do ano 1990, alguns pesquisadores sugeriram que os TCIs poderiam ser considerados como parte de um transtorno obsessivo-compulsivo, devido sua transmissão familiar, características clínicas e respostas semelhantes às terapias farmacológicas e psicossociais. Porém, ao longo do tempo essa hipótese foi sendo modificada ao se observar que os transtornos de espectro obsessivo-compulsivo tinham aversão a riscos e superestimação de danos, o que ocorria de forma contrária nos TCIs.⁽²⁾

Mesmo diante das pesquisas, ainda há muitas controvérsias quanto à natureza destes transtornos, o que os leva a ser um dos temas tratados com menor diligência na atual classificação psiquiátrica. A bulimia nervosa, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o transtorno afetivo bipolar e o transtorno da personalidade *borderline*, apresentam a impulsividade nas suas formulações diagnósticas, e essa relação vem causando disparidades diagnósticas entre os psiquiatras.⁽⁹⁾

A característica principal dos TCIs é a falha em resistir a um ímpeto de realizar algum ato que é precedido por uma tensão crescente. As experiências de prazer, gratificação ou alívio que invadem o indivíduo durante ou após o ato, não minimizam as consequências, pois na grande maioria dos casos, tal ato exerce efeito prejudicial para o próprio ou para terceiros. Como reações após o ato, são tomadas uma das duas seguintes atitudes cognitivas: culpar a si mesmo; ou culpar as circunstâncias em sua vida, a vítima, ou uma terceira parte como causadora de sua raiva descontrolada, com o propósito de aliviar sua culpa.⁽¹⁾

Os portadores de TCIs apresentam alto risco para desenvolver outros transtornos como, transtornos do humor, transtornos alimentares e transtornos de ansiedade. Acreditava-se que, historicamente, esses distúrbios eram incomuns, porém estudos mais recentes mostram a crescente prevalência de alguns deles.⁽⁹⁾

Em relação aos fatores psicodinâmicos, Otto Fenichel explica que na tentativa de dominar a culpa, a depressão, a ansiedade e outros fatores dolorosos, surge o comportamento impulsivo. Essas ações, para quem observa, podem parecer irracionais, mas são apenas tentativas de amenizar a dor, produzindo uma gratificação intensa para quem a realiza.⁽⁷⁾

O envolvimento de uma pessoa em situações com conduta agressiva na infância, como pais com dificuldade de controlar seus próprios impulsos, têm uma inferência importante no âmbito psicossocial, para o funcionamento adaptativo na infância e na idade adulta.⁽¹⁰⁾

Dentre os fatores biológicos, experimentos mostraram que o sistema límbico é o maior responsável pelas atividades impulsivas e violentas. Uma íntima relação com níveis baixos do ácido 5-hidroxiindolacético e agressividade impulsiva, também foi encontrada em pessoas que cometeram suicídio. Alguns hormônios, principalmente a testosterona, também foram associados a esse tipo de comportamento agressivo.⁽⁷⁾

A serotonina (5-HT), ao causar uma desregulação afetiva e um comportamento impulsivo quando sua função está reduzida, define-se como um dos principais neurotransmissores relacionados aos TCIs. O envolvimento da dopamina (DA) provém de estudos em pacientes com doença de Parkinson, especialmente os que faziam uso de agonistas dopaminérgicos. Um levantamento com 297 pacientes com doença de Parkinson, encontrou uma prevalência de TCIs em 13,7% dos pacientes expostos a agonistas de DA e 6,1% na amostra total.⁽¹¹⁾

Ainda sob a ótica dos fatores biológicos, o traumatismo crânio-encefálico mostrou ter relação com o desenvolvimento de comportamento impulsivo em indivíduos que tiveram a área do córtex frontal acometida. O uso de substâncias psicoativas, principalmente quando duas ou mais são associadas, parece estar interligado com a impulsividade.⁽¹⁾

Dessa forma, a etiologia dos TCIs caracteriza-se como multifatorial, apesar de o fator causal primário ainda permanecer desconhecido.⁽⁷⁾

Transtorno explosivo intermitente (TEI)

O TEI é um tipo de TCIs que se caracteriza por episódios graves e isolados de agressividade de forma desproporcional ao evento que desencadeou o ato. Os episódios são precedidos, na maioria das vezes, por um fator estressante.⁽³⁾ Porém, o fator que ajudou a desencadear o episódio é desproporcional à intensidade da reação. Os pacientes descrevem que os ataques aparecem instantaneamente ou em poucos minutos e, independente da sua duração, desaparecem espontaneamente não deixando qualquer agressividade residual. O arrependimento ocorre imediatamente após o ato agressivo, com sentimentos de autorreprovação ou com tentativas de transferir a culpa para terceiros, aliviando dessa forma o constrangimento causado pelo ato.⁽⁷⁾

Na primeira edição do DSM (1952) se denominava o atual TEI como “Personalidade passivo-agressiva”. No DSM-II (1968), esta doença tornou-se “Personalidade explosiva” e, finalmente, no DSM-III (1980) foi nomeada como ainda é hoje.⁽¹²⁾

Dados estatísticos

Segundo Fincham e outros,⁽¹³⁾ em um estudo com amostra de 9.282 norte-americanos com idades entre 18 anos ou mais, 7,3% preencheram critérios para TEI durante a vida e 3,9% preencheram critérios para TEI nos últimos 12 meses. Outro estudo, com amostra de 4.134 japoneses, no período de 2002-2006, diagnosticou o TEI em 52 homens e 28 mulheres.⁽¹⁴⁾

De acordo com a 5ª edição do DSM, lançado em 2013, a prevalência do TEI nos Estados Unidos, no período de um ano, foi de 2,7%. A prevalência é maior em indivíduos jovens, com menos de 40 anos, em relação aos indivíduos mais velhos, com mais de 50 anos. Ressalta-se ainda que o nível de escolaridade da maioria dos portadores deste transtorno está localizado abaixo do nível médio. Segundo Sadock & Sadock⁽⁷⁾ (2004), um estudo com pessoas internadas em hospital psiquiátrico universitário identificou-se que cerca de 2% tinham o TEI diagnosticado e destes, 80% eram homens.

Um dos mais importantes preditores de comportamento violento de forma isolada, representado por 24% dentre os fatores de risco, é a exposição à violência, principalmente na infância.⁽¹⁴⁾

Um estudo com 2.554 Latinos, entre eles cubanos, porto-riquenhos e mexicanos, no período de 2002-2003, concluiu que 5,8% preenchiam critérios para TEI durante a vida e 4,1% nos últimos 12 meses. Os homens apresentaram 1,4 vezes mais probabilidades de ter TEI durante a vida do que as mulheres. Os solteiros tinham 1,5 vezes mais chances do que os casados e os desempregados tiveram 2,39 vezes mais probabilidades do que os empregados.⁽¹⁵⁾

Em contrapartida, no Timor-Leste, foi feito um levantamento com 2.964 pessoas onde a taxa de TEI para as mulheres (12,2%) foi o dobro para os homens (6,6%). A explicação para esse contraste com os outros estudos está na qualidade de vida das mulheres timorenses. A pobreza, as experiências traumáticas como estupros, casamentos forçados, perda de filhos e maridos confirmam a etiologia psicossocial do TEI.⁽¹⁶⁾

No período de 2001-2004, foi realizada uma pesquisa com 10.148 adolescentes com idade entre 13 a 17 anos onde o TEI foi diagnosticado em 7,8% da amostra. Destes, o transtorno mostrou associação com vários outros distúrbios psiquiátricos. Em relação à ordem

cronológica de aparecimento das associações, o TEI ocorreu antes do início dos distúrbios por uso de substância em 92%-92,6%, antes dos transtornos depressivos, transtornos de ansiedade generalizada e transtorno de estresse pós-traumático em 48,8%-55,6% dos casos, e antes do transtorno do pânico em 45,6%. Já a maioria dos casos de associações com fobias, estas ocorreram antes do desenvolvimento do TEI. ⁽¹⁷⁾

Em 2006, a estimativa de pessoas com TEI, nos EUA, era de 1,4 milhões de pessoas, e de 10 milhões as que preencheram os critérios diagnósticos, mas apenas em algum momento da sua vida. Essa crescente prevalência pode refletir as mudanças nos critérios diagnósticos do DSM, além do aumento da procura dos portadores pelo tratamento, que é a hipótese menos provável. ⁽²⁾

Porém, mesmo com as pesquisas citadas acima sobre a prevalência e o perfil dos diagnosticados, ainda há poucos diagnósticos desta condição na prática clínica. Estudos indicam que dos indivíduos diagnosticados com o TEI, poucos procuram os ambulatórios de psiquiatria para tratamento mascarando, dessa forma, a real prevalência do transtorno. ⁽¹³⁾

Etiologia

O comportamento agressivo pode originar-se desde o início do desenvolvimento do indivíduo. McDevitt em seus estudos observou que algumas explosões agressivas em um bebê eram reacionais e tinham duração somente até o bebê distrair-se ou até que a causa da insatisfação fosse eliminada. Com o passar dos anos, principalmente após o segundo ano de vida, observa-se sobre as explosões agressivas: iniciando-se reativamente, ela agora pode ser mantida na mente e ser iniciada de modo autônomo (pró-ativa) na resposta zangada ao objeto. ⁽¹⁸⁾ A influência do ambiente também é fundamental na construção das habilidades sócio-emocionais de uma criança. A punição corporal, o abuso de poder, as ameaças, a falta de afeto, as humilhações em público e a convivência com atitudes agressivas são exemplos de fatores que podem contribuir negativamente para o desenvolvimento psíquico da criança, tornando-a violenta no presente ou em um futuro próximo. ⁽¹⁹⁾

A associação de distúrbios neuropsiquiátricos e problemas neurocomportamentais já é conhecida em pacientes que apresentam alterações no cromossomo 15q13.3. Esta deleção cromossômica foi observada em uma pesquisa onde nove das 14 crianças com esse tipo de alteração genética, apresentavam comportamentos agressivos. Porém, em recente estudo onde se avaliou a quantidade de variantes genéticas no TEI, não foi encontrada relação dessa alteração com o desenvolvimento desse transtorno isoladamente. ⁽²⁰⁾ De acordo com Sadock &

Sadock⁽⁷⁾, parentes em primeiro grau de pacientes que apresentam TEI apresentam riscos mais altos do que a população em geral de desenvolver transtorno do controle dos impulsos, transtornos por uso de substâncias e transtornos depressivos.

Alterações inespecíficas no eletroencefalograma parecem indicar alguma anormalidade neurológica congênita ou pós-traumática, que não pode ser classificada como lesão verdadeira, em 30% dos casos. Os episódios agressivos destes indivíduos são mais comuns no sexo masculino e ocorrem entre o final da adolescência e os 30 anos de idade.⁽³⁾

Segundo Prado-Lima P. A. S (2009), a agressividade impulsiva pode ter relação com diversas disfunções nas estruturas que compõem o circuito responsável pela resposta aos estímulos ambientais. Há a hipótese de que o comportamento agressivo tenha sua gênese no desequilíbrio entre a resposta descendente, realizada pelo córtex frontal orbital e o giro do cíngulo anterior e os estímulos ascendentes originados na amígdala e na ínsula que fazem parte do sistema límbico. Essa hipótese foi gerada desde o século 19, quando Phineas Gage ao ser ferido, teve seu córtex orbitofrontal anterior e médio e o giro do cíngulo anterior prejudicados. Observou-se que após esta lesão, ele tornou-se agressivo e facilmente irritável.

Segundo Coccaro E. F.; Lee R.; Kavoussi R. J.,⁽²¹⁾ estudos de neuroimagem em pacientes com TEI relataram anormalidades na ativação da serotonina no córtex frontal e no córtex cingulado anterior, confirmando a hipótese de que a 5-HT teria íntima relação com o comportamento agressivo.

Assim como a 5-HT e a DA, citadas anteriormente no item de TCIs, as enzimas monoamina oxidases (MAOs), em seus subtipos MAO-A e MAO-B, responsáveis por metabolizar a norepinefrina (NE), 5-HT e DA, podem ter associação com comportamentos agressivos. Há relatos de que, quando a atividade plaquetária da MAO encontra-se reduzida, os indivíduos tendem a apresentar comportamentos impulsivos e buscar níveis elevados de emoções. Estudos recentes também apontam uma relação significativa entre maus-tratos na infância e diminuição da atividade enzimática da MAO-A, sendo um relevante fator de risco para agressividade durante a adolescência.⁽¹²⁾

Diagnóstico e apresentação clínica

De acordo com os critérios da APA,⁽⁵⁾ o TEI caracteriza-se por falha em controlar impulsos agressivos que culminam com explosões comportamentais recorrentes, desproporcionais aos fatores desencadeantes. Como já foi dito, esse comportamento causa intenso sofrimento no indivíduo, podendo levar a sérios prejuízos ocupacionais e legais. Estes

não conseguem relatar o motivo do seu comportamento, “porque um lápis caía... por qualquer coisa... por nada.”⁽⁵⁾

As explosões podem ser de forma física ou verbal, devendo ocorrer pelo menos duas vezes por semana, em um período de três meses. Porém, quando há destruição de propriedade ou danos físicos a terceiros, para ser caracterizadas como TEI, estas devem ocorrer em uma frequência de três vezes ao ano. Por fim, os ataques impulsivos não podem ser melhor explicados por outros transtornos mentais, mas o TEI pode ser diagnosticado em adição a alguns deles como o transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção, autismo, entre outros.⁽⁵⁾

Estas explosões agressivas no TEI são de início rápido durando menos de 30 minutos e, normalmente, apresentam pouco ou nenhum pródromo.⁽¹²⁾

Diante das repetidas explosões de agressividade, iniciam-se os conflitos familiares, busque ajuda ou caia fora.⁽⁵⁾ Por isso, a associação do TEI com outros tipos de transtornos, provavelmente, não possui relação direta. É mais provável que as consequências sociais do TEI, como divórcio, vida estressante e dificuldades financeiras sejam propícias ao surgimento dos transtornos geralmente associados a essa patologia.⁽¹²⁾

O diagnóstico do TEI não pode ser dado a indivíduos com idade inferior a seis anos, ou aqueles entre 6-18 anos onde o comportamento se encaixa em um transtorno de ajustamento, ou ainda aqueles que cometem atos premeditados com alguma finalidade.⁽⁵⁾

Foi observado que surtos de fúria ou violência em crianças estavam sendo encaminhados aos médicos psiquiatras e neurologistas para excluir possíveis diagnósticos de epilepsia ou autismo. Um estudo em Liverpool com 149 pacientes entre 7,5 e 10,3 anos, diagnosticou três meninos e duas meninas com TEI que estavam sendo tratados para epilepsia. Os autores esclarecem que a crise de fúria em uma crise convulsiva verdadeira, conhecida como “agressão ictal”, não deve ser confundida com o comportamento agressivo do TEI, pois aquelas são raras e ocorrem mais em crises parciais, sendo possível reconhecer durante a anamnese do paciente.⁽²²⁾

Alguns autores estão levantando a hipótese de que o TEI pode ser uma manifestação de sintomas que ocorre em indivíduos vulneráveis ao estresse através de uma vasta diversidade de distúrbios. A associação do TEI com vários outros transtornos dá ênfase a essa hipótese. Segundo Ortega, o desemprego, e não o nível de renda tem maior probabilidade de desenvolver TEI, o que indica que as habilidades de enfrentamento podem compor o diagnóstico do TEI, ao invés de constituir um transtorno psiquiátrico único.⁽¹⁴⁾

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico do TEI é dado após excluir todas as outras desordens mentais que possam explicar melhor as explosões agressivas. Diante disso, os autores já sugerem que o TEI possa ser um diagnóstico de exclusão.⁽²³⁾

De acordo com os critérios diagnósticos do DSM, o comportamento agressivo, não pode ser melhor explicado por outro transtorno psiquiátrico. No entanto, algumas desordens psiquiátricas e por uso de substâncias psicoativas, podem estar associadas a um aumento da agressividade no TEI, tornando o diagnóstico diferencial difícil.⁽⁴⁾

A taxa de transtorno de personalidade *borderline* e anti-social (TPB/AS) em indivíduos com TEI tem sido relatada em 38%. De modo contrário, a taxa de TEI em indivíduos com TPB/AS foi de 78%.¹⁰ No entanto, o nível de agressividade em indivíduos com TPB/AS é menor do que naqueles com TEI ou é premeditado com alguma finalidade.⁵

Em relação ao transtorno bipolar, os episódios agressivos não estão associados ao TEI quando acontecem apenas nos estados de mania e / ou durante episódios depressivos. Da mesma forma com o abuso de substâncias psicoativas, se o comportamento agressivo ocorrer apenas durante o período de intoxicação aguda, este não possui relação com o TEI.⁽⁴⁾

Estratégias terapêuticas

A oscilação patológica dos sentimentos e emoções é um fator de risco conhecido para depressão, agressividade, comportamento suicida, dentre outros aspectos comportamentais. Essa teoria juntamente com a análise de relatos de casos, reforça a possibilidade de que o desequilíbrio nos sentimentos e nas emoções pode estar mais intimamente relacionado ao TEI do que a falha no controle da impulsividade. Dessa forma, a tentativa de buscar novas estratégias juntamente com o paciente para um melhor funcionamento no trabalho, na comunidade e na família, vem mostrando significativa melhora da sintomatologia.⁽²³⁾

As psicoterapias orientadas ao *insight* têm mostrado menos respostas do que as terapias cognitivo-comportamentais (TCC), principalmente as que dão ênfase as técnicas para o controle da raiva, utilizando o relaxamento, o treinamento de habilidades sociais e o enfrentamento de problemas.⁽⁶⁾

Não há um protocolo padronizado para definir a TCC da impulsividade ou dos TCIs. Apenas, é recomendada uma abordagem eclética e flexível, que possa incluir três elementos principais: habilidades de resolução de problemas, técnicas de reestruturação cognitiva e

prevenção de recaídas. Dessa forma, a abordagem poderá trabalhar o pensamento e as atitudes do paciente de forma organizada e com um maior índice de sucesso.⁽²⁴⁾

Outra etapa muito importante na TCC é a relação com o paciente. Estabelecer um vínculo de confiança aumenta a colaboração do paciente, pois diminui dessa forma, as negações e autodefesas destes. Estudos evidenciam que uma abordagem que utilize a confrontação e predominantemente, a prescrição, tem um índice maior de abandono da terapia, pois essa ação do terapeuta é compreendida pelo paciente como uma atitude moralista.⁽²³⁾

No relato de caso feito por Barreto T. M. C. D.; Zanin C. R.; Domingos N. A. M.⁽²³⁾ com um paciente com o diagnóstico de TEI, os autores relatam que [...] o paciente apresentou comportamentos inadequados de agressão verbal, brigas e discussões, baseados na sua percepção distorcida acerca de situações de ser avaliado, criticado e injustiçado (operações estabelecidas), antes de perder o controle. Em todas as situações foram percebidos estados internos incômodos (alterações somáticas) antes e depois da perda do controle comportamental. Estas distorções do pensamento foram sendo percebidas pelo paciente ao longo da terapia, com o auxílio do registro rotineiro das ações, e a partir desta percepção foi havendo melhoras discretas do comportamento, podendo assim orientar o tratamento para uma forma mais cognitiva.

Associado a TCC, o tratamento farmacológico do comportamento agressivo e da impulsividade encontra-se bem definido, porém ainda não há um estudo duplo-cego com placebo que defina rigorosamente uma terapia medicamentosa para os portadores do TEI. As classes de medicamentos que tem mostrado boa eficácia são antiepilépticos, estabilizadores do humor, antipsicóticos e betabloqueadores.⁽⁶⁾

O tratamento do comportamento agressivo com estabilizador do humor foi eficaz na redução tanto da frequência como da gravidade da agressividade. Porém, ainda não é possível recomendar um tipo de estabilizador, mas até o momento, as melhores respostas têm sido com a carbamazepina, a oxcarbazepina e o lítio.⁽²⁵⁾

O lítio mostrou reduzir a agressividade como também pareceu prevenir o suicídio. Em um estudo duplo-cego com 66 detentos durante três meses, a resposta ao lítio em relação ao placebo foi notória ao diminuir significativamente as explosões agressivas. Em relação ao risco de morte por suicídio, este foi 2,7 vezes maior em pacientes com transtorno bipolar tratados com divalproato de sódio do que aqueles tratados com lítio.⁽²⁶⁾

Apesar dos resultados contraditórios do ácido valpróico, um antiepilético, nas pesquisas, há um estudo duplo-cego com placebo que inclui 96 pacientes com transtorno de personalidade, 116 com TEI e 34 com transtorno de estresse pós-traumático. Estes pacientes foram tratados com o valproato de sódio versus placebo. Ao final, de 12 semanas o valproato mostrou superioridade em diminuir irritabilidade dos pacientes com transtorno de personalidade e diminuir a gravidade dos transtornos de uma maneira geral. Outro estudo duplo-cego mostrou que o uso do valproato em uma dosagem de 200-400mg/dia diminuiu a irritabilidade e o comportamento impulsivo em pacientes com transtorno afetivo e transtorno por uso de substâncias psicoativas. Porém, o número de pesquisas é insuficiente para chegar a conclusões definitivas a respeito da eficácia deste medicamento no comportamento agressivo, este tem sido utilizado apenas como terceira ou quarta escolha, quando há falha na resposta a outros psicofármacos.⁽³⁾

A carbamazepina, no entanto, outro importante antiepilético, demonstrou eficácia no tratamento da agitação e da agressividade em pacientes com doença de Alzheimer, principalmente quando mantinha níveis séricos de 5,3µg/mL. Outro estudo duplo-cego controlado no qual foram comparados carbamazepina, fenitoína, valproato e placebo, a carbamazepina apresentou boa efetividade ao reduzir comportamento agressivo em homens.⁽²⁶⁾

A oxcarbazepina, um análogo da carbamazepina, quando utilizada em pacientes que apresentavam episódios significativos de agressividade sem outros sintomas associados pareceu reduzir a intensidade desses episódios. As dosagens para esta finalidade podem variar de 1.200 a 2.400mg/dia. Em contrapartida, o levetiracetam, ainda da classe dos antiepiléticos, não demonstrou nenhuma redução no comportamento agressivo quando utilizado em uma dosagem de até 3000mg/dia.⁽²⁶⁾

O uso de fenitoína em uma dosagem de 300mg/dia em um estudo duplo-cego cruzado e controlado com placebo, em 60 detentos com relatos de agressividade enquanto estavam na prisão, foi eficaz em reduzir significativamente o comportamento impulsivo, mas não as explosões agressivas premeditadas.⁽⁶⁾

Em outro estudo duplo-cego com placebo também com pacientes com transtorno de personalidade, os pacientes foram distribuídos aleatoriamente e receberam olanzapina, um antipsicótico, ou placebo, todos em terapia cognitivo-comportamental. O grupo tratado com olanzapina, em uma dose média de 8,83mg/dia) obteve melhora significativa do comportamento agressivo em relação ao tratado com placebo.⁽²⁶⁾

A clozapina, outro antipsicótico, também vem demonstrando uma boa resposta na redução da impulsividade. Um ensaio clínico duplo-cego onde comparou-se clozapina, olanzapina e haloperidol em pacientes com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, a clozapina na dose entre 200-800mg/dia foi superior diante do controle da agressividade física e verbal, mas não da agressividade contra propriedade. No entanto, ainda há poucos estudos que defendam o destaque da clozapina sobre os medicamentos da sua classe.⁽²⁶⁾

Dentre os betabloqueadores, o mais pesquisado e mais usado ainda continua sendo o propranolol. Em uma comparação entre a carbamazepina e o propranolol em 80 pacientes com ataques de fúria com diversos diagnósticos, dentre eles o TEI e o transtorno de déficit de atenção, as duas medicações apresentaram semelhante resultado em reduzir os ataques de fúria.⁽⁶⁾ A dose do propranolol para o controle do comportamento agressivo é bem acima do que a utilizada em cardiologia. Em um estudo com 20 pacientes agressivos internados cronicamente, o tratamento iniciou-se com a dosagem de 20mg quatro vezes ao dia, aumentando 20mg/dia até atingir a dosagem de 1.440mg/dia ou 20mg/kg/dia. Apesar da alta dose, apenas um paciente desenvolveu asma e outros sete relataram tontura.⁽²⁶⁾

A buspirona, um agonista parcial do receptor de serotonina, foi alvo de pesquisa em um estudo clínico aberto feito em oito pacientes com retardo mental que apresentavam autoagressividade e impulsividade. Observou-se que, quando utilizada em doses entre 20 e 50mg/dia, seria capaz de reduzir esses comportamentos.⁽²⁶⁾

Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, principalmente a fluoxetina, têm apresentado resultados positivos no tratamento da impulsividade. Pesquisas levantam a hipótese de que a associação da fluoxetina com a terapia cognitivo-comportamental possa ter bons resultados na melhora do quadro clínico. Pois, ao usá-las isoladamente, a primeira foi responsável por diminuir em 29% os sintomas agressivos e a segunda em 33%.⁽¹²⁾ Porém, o uso dessa classe de medicamentos encontra-se restrita apenas a situações onde o indivíduo apresenta comportamentos agressivos associados à depressão. Nesses casos, tornam-se medicações de primeira escolha, pois os outros antidepressivos que aumentam a atividade noradrenérgica e dopaminérgica, podem causar um efeito contrário, aumentando a impulsividade e a agressividade.⁽²⁶⁾

O agravamento do comportamento agressivo foi evidenciado em indivíduos em uso de alprazolam e amitriptilina. Acredita-se que a piora relacionada ao uso de amitriptilina, um antidepressivo da classe dos tricíclicos, seja devida aos efeitos noradrenérgicos causados por essa classe de medicamentos.⁽²⁷⁾

CONCLUSÃO

Os estudos sobre a etiologia nos apresentam o TEI como uma patologia multifatorial, o que é comum entre os transtornos mentais de uma forma geral. Entretanto, novas pesquisas são necessárias para indicar a dimensão da influência de cada fator na etiologia do transtorno.

Da mesma forma, tendo em vista que há melhora clínica observável com o uso de fármacos de diversas classes, seriam úteis pesquisas que apontassem se perfis distintos de pacientes teriam uma resposta diferente para grupos diversos de medicamentos.

Apesar dos novos estudos epidemiológicos, estes ainda são insuficientes para dimensionar com precisão o TEI, são necessários, especialmente, estudos que avaliem a frequência do transtorno em populações específicas. Por outro lado, levantamentos quanto ao conhecimento dos profissionais da área da saúde mental a respeito do transtorno, poderiam esclarecer alguns dos motivos para a baixa frequência do diagnóstico na prática clínica.

O TEI pode passar despercebido quando está correlacionado com outros transtornos ou mesmo quando os pacientes não consideram as explosões agressivas como merecedoras de atenção clínica. Tal fato abre a perspectiva de que estudos baseados em busca ativa de casos possam trazer esclarecimento para alguns aspectos ainda desconhecidos do transtorno.

REFERÊNCIAS

1. Saha A. A case of intermittent explosive disorder. *Ind Psychiatry J.* 2010;19(1): 55-7.
2. Dell’Osso B; Altamura AC; Allen A; Marazziti D; Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders:a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, Dec 2006;256(8):464–475.
3. Roncero C, Rodriguez-Urrutia A, Grau Lopez L, Casas M. Antiepileptic drugs in the control of the impulses disorders. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(4):205-1.
4. Aboujaoude E, Koran LM. *Impulse Control Disorders.* 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
5. American Psychiatric Association - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
6. Gabbard GO. *Tratamento dos transtornos psiquiátricos.* 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

7. Sadock BJ, Sadock VA. Manual conciso de psiquiatria clínica 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2008
8. Tavares H. Transtornos do controle do Impulso: o retorno da monomania instintiva de Esquirol. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(Supl I): S1-2.
9. Abreu CN, Tavares H, Cordás TA. Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos. Porto Alegre: Artmed; 2008.
10. Murray-Close D, Ostrov JM, Nelson DA, Crick NR, Coccaro EF. Proactive, reactive, and romantic relational aggression in adulthood: measurement, predictive validity, gender differences, and association with Intermittent Explosive Disorder. J Psychiatr Res. 2010; 44(6):393-404.
11. Williams WA, Potenza MN. Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(Supl I): S24-30.
12. Coccaro EF. Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. Am J Psychiatry. 2012;169(6):577-88.
13. Fincham D, Grimsrud A, Corrigan J, Williams DR, Seedat S, Stein DJ, et al. Intermittent Explosive Disorder in South Africa: Prevalence, Correlates, and the Role of Traumatic Exposures. Psychopathology. 2009;42(2):92-8.
14. Yoshimasu K, Kawakami N. Epidemiological aspects of intermittent explosive disorder in Japan; prevalence and psychosocial comorbidity: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2006. Psychiatry Res. 2011;186(2-3):384-9.
15. Ortega AN, Canino G, Alegria M. Lifetime and 12-Month Intermittent Explosive Disorder in Latinos. Am J Orthopsychiatry. 2008;78(1):133-9.
16. Rees S, Silove D, Verdial T, Tam N, Savio E, Fonseca Z, et al. Intermittent Explosive Disorder amongst women in conflict affected Timor-Leste: associations with human rights trauma, ongoing violence, poverty, and injustice. PLoS One. 2013;8(8):e69207.
17. McLaughlin KA, Green JG, Hwang I, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry, 2012 Novembro, 69(11):1131-1139.
18. Person ES, Cooper AM, Gabbard GO. Compêndio de Psicanálise. Porto Alegre: Artmed; 2007.
19. Barros P, Silva FBN. Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. Rev Bras Ter Cogn. 2006;2(1):55-66.
20. Vu TH, Coccaro EF, Eichler EE, Girirajan S. Genomic Architecture of Aggression: Rare copy number variants in intermittent explosive disorder. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2011;156B(7):808-16.

21. Coccaro EF, Lee R, Kawoussi RJ. Aggression, Suicidality, and Intermittent Explosive Disorder: Serotonergic Correlates in Personality Disorder and Healthy Control Subjects *Neuropsychopharmacology* .2010;35,435–444.
22. McTague A, Appleton R. Episodic dyscontrol syndrome. *Arch Dis Child*. 2010;95:841-2.
23. Barreto TMCD, Zanin CR, Domingos NAM. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno explosivo intermitente: relato de caso. *Rev Bras Ter Cogn*. 2009;5(1):62-76.
24. Hodgins DC, Peden N. Tratamento cognitivo-comportamental para transtornos do controle do impulso. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(Supl I):S31-40.
25. Jones RM, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, Bree M, Taylor PJ. Efficacy of mood stabilizers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011;198(2):93-8.
26. Prado-Lima PAS. Tratamento farmacológico da impulsividade e do comportamento agressivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl II):558-65.
27. Hollander E, Stein DJ. *Clinical Manual of Impulse-Control Disorders*. 1st ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2006.