

## *Manifestações psiquiátricas da síndrome pré-menstrual: revisão de literatura*

Monica Sueli Barbosa Vilela<sup>1</sup>  
Lêda Maria Bocchi de Souza<sup>1</sup>  
Claudemir Benedito Rapelli<sup>2</sup>

### RESUMO

*O objetivo do trabalho é apurar quais os principais critérios e instrumentos utilizados para o diagnóstico de manifestação psiquiátrica da Síndrome Pré-Menstrual (SPM). Ressaltamos a importância do diagnóstico diferencial entre quadros psiquiátricos que têm magnificação de seus sintomas na fase lútea do ciclo menstrual e manifestações psiquiátricas decorrentes da SPM. Estudos sugerem um score limite em escalas psiquiátricas, para esta diferenciação, sendo as mais utilizadas: Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety Rating Scale, Hopkins Symptom Checklist-90. A metodologia empregada foi a análise de publicações sobre o assunto de 1992/95. Conclui-se que existem diversos instrumentos para o diagnóstico em questão, não havendo consenso a respeito do instrumento ideal, porém, com relação à terapêutica considera-se principalmente os agonistas de GnRH, a fluoxetina, o alprazolam e as Beta-endorfinas. Unitermos: fase lútea tardia, síndrome pré-menstrual, ciclo menstrual.*

### INTRODUÇÃO

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) pode ser definida pela presença de sintomas psicossomáticos, reincidentes nos dias que antecedem a menstruação, melhorando de forma abrupta no início do sangramento menstrual ou com o aparecimento cíclico de uma série de sintomas, em grau suficiente para interferir na qualidade de vida da paciente ou com o seu trabalho, seguidos de períodos assintomáticos<sup>8</sup>.

A SPM engloba grande variedade de sintomas em graus diversos de intensidade, que vão desde o leve desconforto até a incapacidade, quando 20% das mulheres demonstram comprometimento da qualidade de vida, tanto no aspecto profissional, quanto familiar.

Este trabalho tem por objetivo apurar quais os principais critérios e instrumentos utilizados para o diagnóstico de manifestações psiquiátricas da SPM, através

da revisão bibliográfica da literatura recente (1992-1995). Ressaltamos a importância do diagnóstico diferencial entre quadros psiquiátricos que têm magnificação de seus sintomas na fase lútea do ciclo menstrual e manifestações psiquiátricas decorrentes da SPM. Através da leitura e análise de diversos estudos, procurou-se ainda, elaborar uma revisão sobre a abordagem terapêutica mais recente da SPM e de suas manifestações psiquiátricas.

Diante da alta incidência da Síndrome Pré-Menstrual e da morbidade a ela relacionada, como por exemplo, prejuízo significativo na vida social, nas atividades profissionais e no relacionamento com as outras pessoas<sup>1</sup> tornam-se necessárias investigações a respeito do que é a SPM e quais critérios adequados para o seu diagnóstico, que conduzirão a uma escolha terapêutica<sup>14</sup>.

Alguns dos sintomas da SPM são inespecíficos, como irritabilidade, ansiedade e alterações de humor; também presentes em transtornos psiquiátricos<sup>15</sup>.

Na fase lútea são mais importantes os distúrbios psíquicos<sup>10,13</sup>. Nela, em comparação com o restante do

(1) Acadêmicas 6º Ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(2) Médico Psiquiatra contratado pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro.

ciclo menstrual, são muito mais altas as taxas de internação e atendimentos emergenciais em psiquiatria, suicídios (exitosos e tentativas), crimes violentos e acidentes<sup>1,20</sup>.

Em determinadas pacientes observa-se maior frequência e intensidade de ataques de pânico, de bulimia, de comportamento obsessivo-compulsivo ou de episódios psicóticos<sup>1,20</sup>.

Mulheres com o diagnóstico de distúrbio da ansiedade generalizada apresentam uma intensificação dos sintomas psíquicos na fase lútea, mensurados com o Hamilton Anxiety Rating Scale<sup>2</sup> e Hopkins Symptom Checklist-902, num estudo prospectivo realizado por McLEODOR et al<sup>13</sup>, em 1993.

Em função das alterações do humor e de comportamento observadas na SPM, vários transtornos psiquiátricos devem ser considerados para o diagnóstico diferencial, como o distúrbio de ansiedade, depressão maior, distímia, transtorno de ajustamento de personalidade e reações agudas ao stress<sup>1,6</sup>. Assim, torna-se importante distinguir se o que ocorre no final da fase lútea é uma mera exacerbação dos sintomas existentes ou se estes se encontram superpostos às manifestações da SPM<sup>7,18</sup>. O DSM-III-R não estabelece critérios para se fazer essa diferenciação.

Em um estudo onde se usou o BECK DEPRESSION INVENTORY, considerou-se a diferença dos scores na fase folicular e na fase lútea. Pacientes com score 10 na fase folicular, com aumento do score na fase lútea foram diagnosticadas como portadoras de SPM e pacientes com score > 10 já na fase folicular foram consideradas como portadoras de intensificação de sintomas psiquiátricos na fase pré-menstrual<sup>7</sup>.

A diferenciação entre sintomas de natureza psíquica decorrentes da SPM e sintomas psiquiátricos exacerbados na fase lútea define a escolha do tratamento.

Vários estudos demonstraram que o uso de agonistas de GnRH melhora sintomas de depressão e ansiedade, quando estes são parte da SPM, sendo observado que, estes mesmos sintomas, quando decorrentes de GnRH<sup>7,9,16,23</sup>, embora os agonistas do GnRH tenham bom efeito terapêutico para sintomas físicos e psíquicos na SPM, induzem estado menopausal em mulheres jovens, pelo hipo-estrogenismo resultante de seu uso; ressaltando-se assim, a necessidade do uso de estrógeno e progesterona concomitante aos agonistas do GnRH, a fim de prevenir a osteoporose precoce e iatrogênica<sup>16</sup>.

O uso da fluoxetina no tratamento dos sintomas psíquicos da SPM foi proposto a partir de estudos que verificaram que na fase lútea, os níveis séricos de serotonina e os níveis de seu metabólico principal (5-hidroxi indol acético) na urina estão diminuídos.

Estudo comparativo da eficácia do uso da fluoxetina com a imipramina revela que a fluoxetina é consideravelmente mais eficaz no tratamento dos sintomas psíquicos da SPM<sup>17</sup>. Joseph F. MORTOLA<sup>16</sup>, em seu estudo, considera que a diminuição da serotonina está diretamente vinculada à gênese dos sintomas psíquicos na SPM, justificando a eficácia da fluoxetina como opção terapêutica<sup>7,17</sup>.

Outros estudos revelam que bons resultados terapêuticos têm sido obtidos com o uso do alprazolam<sup>1,19</sup>. Sua eficácia é baseada em estudos que demonstram uma interação da progesterona com o receptor GABA, justificando a influência dos benzodiazepínicos nos sintomas psíquicos da SPM.

Outros quadros clínicos entram no diagnóstico diferencial da Síndrome Pré-Menstrual. No hipertireoidismo pode-se encontrar nervosismo e instabilidade emocional; no diabetes, polidipsia e polifagia; na hipoglicemia; ansiedade, nervosismo, fraqueza, fadiga, cefaléia, inquietação, dificuldades da fala e pensamento, agitações, hipersonia e "explosões" de raiva<sup>1</sup>. São citados também a Síndrome da Fadiga Crônica, a Fibromialgia, a Enxaqueca, a Epilepsia e a Síndrome do Cólon irritável<sup>22</sup>.

Embora nenhum desses quadros se vincule ao período pré-menstrual, alguns sintomas poderão existir preferencialmente na fase lútea, tornando-se imperativa a realização de exames clínicos e laboratoriais para diferenciação diagnóstica.

A dosagem do FSH e LH, por exemplo, direcionaria o diagnóstico para a Síndrome do Climatério, dentro do qual estão inseridos vários sintomas, também existentes na SPM<sup>3,11,21</sup>.

## CONCLUSÃO

Há diversos critérios para o diagnóstico da SPM. No CID-10<sup>4</sup>, o distúrbio integra o capítulo das doenças psiquiátricas (código F53) e suas diretrizes diagnósticas foram específicas. No DSM III-R<sup>5</sup> a SPM recebe a denominação de Distúrbio Disfórico da fase lútea tardia.

Há uma concordância entre a maioria dos autores<sup>1</sup> no uso de métodos prospectivos para o diagnóstico da SPM. Entre as escalas utilizadas para estes estudos prospectivos são citadas as seguintes: Daily Rating Form<sup>2</sup>, Calendar of Premenstrual Experience, Daily Assesment Form e o Menstrual Distress Questionaire.

Não há consenso de como deve ser feita a avaliação prospectiva. Os diversos autores utilizam os mais diferentes métodos. Em muitos dos trabalhos utilizou-se em associação às acima citadas, o Beck Depression Inventory e o Hamilton Rating Scale, estas não específicas para SPM<sup>12</sup>.

Também não há um consenso sobre a duração da avaliação prospectiva. Esta, dependendo do estudo, pode variar de um ciclo menstrual, dois ciclos, três ciclos, seis semanas, dois meses, três meses ou de 60 a 90 dias<sup>1</sup>.

Com relação aos scores diários, também há divergências de como deve ser calculado se houve variação expressiva na intensidade das alterações no período pré-menstrual, em comparação ao restante do ciclo.

A maioria dos trabalhos considera significativo um aumento de no mínimo 30% nos scores da fase lútea em relação aos scores da fase folicular<sup>21</sup>.

Em algumas pesquisas, concomitante ao emprego das escalas são feitas diariamente a mensuração da temperatura corporal e a dosagem dos hormônios sexuais<sup>3</sup>.

Também são descritas diversas escalas para avaliação retrospectiva dos sintomas pré-menstruais. Entre as mais empregadas estão: Premenstrual Assessment Form (PAF), criada por Halbreich, Endicott<sup>6</sup> e Schache Menstrual Distress Questionnaire, o Menstrual Assessment Form, o Premenstrual Syndromes Data Base, o Abraham Menstrual Symptomatology Questionnaire, e o Premenstrual Tension Self-Rating Scale.

## SUMMARY

### *Psychiatric manifestations of premenstrual syndrome: literature review*

*The objective of this paper is to find out which are the main criteria and instruments used for the diagnosis of Psychiatric Manifestations of Premenstrual Syndrome. We emphasize the importance of differential diagnosis between psychiatric problems that have their symptoms increased during the late luteous phase of the menstrual cycle and the psychiatric manifestations due to Premenstrual Syndrome. Several studies suggest a limit score in psychiatric scales to distinguish both. The most used scales are: Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety Rating Scale, Hopkins Symptom Checklist-90. The methodology used was the analysis of publication about this subject from 1992 to 1995. The conclusion is that there are several instruments used to determine the diagnosis in question, but there is no consensus about an ideal one. The GnRH agonists, as well as fluoxetine, alprazolam and Beta-endorphins, are being considered therapeutical.*

**Keywords:** late luteous phase, premenstrual syndrome, menstrual cycle.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHENIAUX JR., E., LAKS, J., CHALUB, M. Síndrome pré-menstrual: possíveis relações com os distúrbios afetivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.43, n.5, parte I, p.271-280, 1994.
2. CHRISTENSEN, A.P., BOARD, B.J., OEI, T.P. A psychosocial profile of women with premenstrual dysphoria. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v.25, n.4, p.251-259, 1992.
3. CHUONG, C.J., HSI, B.P., GIBBONS, W.E. Periovulatory beta-endorphin levels in premenstrual syndrome. *Obstetrics Gynecology*, New York, v.83 (5 pt 1), 1994.
4. CLASSIFICAÇÃO internacional de doenças. 10. ed. Porto Alegre: Sagra, 1994. 104p.
5. DIAGNOSTIC and statistical manual of mental disorders. 3.ed. DSM III-R., Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987.
6. ENDICOTT, J. The menstrual cycle and mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v.29, n.2/3, p.193-200, 1993.
7. FREEMAN, E.W., SONDEHEIMER, S.J., RICKELS, K., ALBERT, J. Gonadotropin-releasing hormone agonist in treatment of premenstrual symptoms with and without comorbidity of depression: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, Memphis, v.54, n.5, p.192-195, 1993.
8. HALBE, H. *Tratado de ginecologia*. São Paulo : Roca, 1987. v.2.
9. HELVACIOGLU, A., YEOMAN, R.R., HAZELRON, J.M., AKSEL, S. Premenstrual syndrome and related hormonal changes: long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist treatment. *Journal of Reproductive Medicine*, Chicago, v.38, n.11, p.864-870, 1993.
10. HURT, S.W., SCHNURR, P.P. Late luteal phase dysphoric disorder (letter). *Psychosomatic Medicine*, Baltimore, v.54, n.6, p.723-728, 1992.
11. MARTINEZ-JORDAN, N. Relation between psychological symptoms and gynecological, hormonal and perimenopausal disorders. *Actas Luso Espanhola de Neurologia Psiquiatria e Ciências Afines*, Madrid, v.21, n.4, p.31,42, 1993.
12. McLEOD, D.R., FOSTER, G.V., HOEHN-SARIC, R., SUKIS, S.D., KIPSLEY, P.A. Family history of alcoholism in women with generalized anxiety disorder who have premenstrual syndrome: patient reports of premenstrual alcohol consumption and symptoms of anxiety. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, Baltimore, v.18, n.3, p.664-670, 1994.
13. McLEOD, D.R., HOEHN-SARIC, R., FOSTER, G.V., HIPSLEY, P.A. The influence of premenstrual syndrome on ratings of anxiety in women with generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, v.88, n.4, p.248-251, 1993.
14. MEDEN-URTOUEC, H., VUJIE, D. Bromocriptine (Bromergon, Lek) in the management of premenstrual syndrome. *Clinical and Experimental Obstetric and Gynecology*, Padova, v.19, n.4, p.242-248, 1992.

15. MERIKANGAS, K.R., FOELDEWYI, M., ANGST, J. The Zurich study. XIX. Patterns of menstrual disturbances in the community: results of the Zurich cohort study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, Berlin, v.243, n.1, p.23-32, 1993.
16. MORTOLA, J.F. Applications of gonadotropin-releasing hormone analogues in the treatment of premenstrual syndrome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Philadelphia, v.36, n.3, p.753-763, 1993.
17. PEARLSTEIN, T.B., STONE, A.B. Long-term fluoxetine treatment of late luteal phase dysphoric disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, Memphis, v.55, n.8, p.332-335, 1994.
18. PLOUFFE, L.J.R., STEWART, K., CRAFT, K.S., MADDOX, M.S., RAUSCH, J.L. Diagnostic and treatment results from a southeastern academic center-based premenstrual syndrome clinic: the first year. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, v.169, n.2, parte 1, p.295-303, 1993.
19. SCHIMIDT, P.J., GROVER, G.N., RUBINOW, D.R. Alprazolam in the treatment of premenstrual syndrome: a double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v.50, n.6, p.467-473, 1993.
20. STEIN, D., HANUKOGLU, A., BLANK, S., ELIZUR, A. Cyclic psychosis associated with the menstrual cycle. *British Journal of Psychiatry*, London, n.163, p.824-828, 1993.
21. STEWART, D.E., BOYDELL, K.M. Psychologic distress during menopause: associations across the reproductive life cycle. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Farmingdale, v.23, n.2, p.157-162, 1993.
22. SULLIVAN, S.N. Functional abdominal bloating. *Journal of Clinical Gastroenterology*, New York, v.19, n.1, p.23-27, 1994.
23. WEST, C.P., HILLIER, H. Ovarian suppression with the gonadotrophin-releasing hormone agonist goserelin (Zoladex) in management of the premenstrual tension syndrome. *Human Reproduction*, Oxford, v.9, n.6, p.1058-1063, 1994.

Recebido para publicação em 1 de novembro de 1995 e aceito em 9 de maio de 1996.