

¹Amélia Cristina
Dominguez Alvarez

O Transtorno Bipolar Afetivo na adolescência: aspectos psicodinâmicos

Bipolar Affective Disorder in Adolescence: Psychodynamic aspects

RESUMO

O Transtorno Afetivo Bipolar caracteriza-se por alterações do humor, com alternâncias entre episódios maníacos e depressivos, que podem variar de intensidade e de duração de acordo com as características pessoais e situacionais envolvidas. Os achados sobre suas causas ainda são inconclusivos, porém a hipótese mais bem aceita é a de que há uma combinação entre fatores genéticos e ambientais em sua etiologia. Na adolescência é particularmente difícil firmar o diagnóstico com clareza, já que nesta fase o indivíduo vivencia, naturalmente, uma tempestade de emoções, além das comorbidades que podem estar presentes, o que nos alerta para a importância do diagnóstico diferencial nestes casos. O tratamento deve, necessariamente, aliar o uso de medicamentos às psicoterapias (individual e/ou familiar), além de mudanças no estilo de vida. Em sua condução, o papel da família é crucial, como fator implicante e implicado na dinâmica da doença.

PALAVRAS-CHAVE

Adolescência, Transtorno Afetivo Bipolar, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

The bipolar affective disorder characterized by mood swings, alternating between manic and depressive episodes, which can vary in intensity and duration according to personal and situational characteristics involved. The findings on its causes are still inconclusive, however, the most widely accepted hypothesis is that there is a combination of genetic and environmental factors in its etiology. In adolescence it is particularly difficult to set clearly the diagnosis, since at this stage the individual naturally experiences a storm of emotions, in addition to co-morbidities that may be present, which alerts us to the importance of differential diagnosis in these cases. The treatment must necessarily combine the prescription of drugs plus psychotherapy (individual and / or family), and changes in lifestyle. In its course, the role of family is crucial as a factor involved in the dynamics of the disease.

KEY WORDS

Adolescence, Bipolar Disorder, diagnosis, psychotherapy.

INTRODUÇÃO

Todos nós, em nosso dia a dia, sentimos alegria, tristeza, medo, desânimo, apatia, desinteresse, enfim, em diversos momentos de nossa vida, com maior ou menor intensidade, experimentamos uma grande variedade de sen-

timentos. De modo geral, é normal a pessoa ficar alegre com uma vaga de emprego, com uma conquista amorosa, nascimento de um filho etc. Assim como se espera, também, que a pessoa experimente tristeza e sofrimento após um rompimento amoroso, com doença ou morte de pessoa querida, com a perda do emprego, dificuldades financeiras etc. Em suma, em situações cotidianas, o estado de humor ou de ânimo varia de acordo com os acontecimentos da vida e as peculiaridades afetivas de cada um.

¹Psicóloga do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
Graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Mestre em Psicologia Social pela Universidade Gama Filho (UGF)

Estes casos, portanto, são de reações aos estímulos externos adequados e compatíveis com as “demandas emocionais” recebidas. Mas o que dizer dos casos em que não observamos tal equilíbrio entre as forças envolvidas?

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), também conhecido como Transtorno Bipolar do Humor (TBH) ou, como era conhecido, Psicose Maníaco-Depressiva (PMD), é uma doença relacionada com o humor ou o afeto. O TAB se caracteriza por alterações do humor, com episódios depressivos e maníacos alternados ao longo da vida.

É uma doença crônica, de distribuição universal, que acomete cerca de 1,5% das pessoas em todo o mundo. A importância do diagnóstico precoce e de tratamento adequado justifica-se por sua gravidade, e pode levar à perda de emprego, inadimplência financeira, complicações legais, comportamento sexual de alto risco, além, é claro, da alarmante taxa de suicídio, na faixa de 15%. Outros problemas associados incluem queda do rendimento escolar, repetência, fracasso profissional, divórcio ou comportamento antissocial episódico.

No DSM IV são classificados dois tipos de TBH. O Tipo I, em que a prevalência dos episódios de alteração do humor são do tipo mania, e o Tipo II, ao contrário, ou seja, a maioria dos episódios são depressivos. Pelo DSM IV, a característica essencial do Transtorno Bipolar I é um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Com frequência, os indivíduos também tiveram um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Por outro lado, a característica essencial do Transtorno Bipolar II é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco.

Os sinais e sintomas que constituem o quadro clínico depressivo são bastante complexos. Geralmente o paciente apresenta humor depressivo, alterações de apetite e do sono, di-

ficuldades de concentração e pensamentos de cunho negativo, incapacidade de sentir alegria ou prazer, redução da energia, agitação psicomotora ou, ao contrário, lentificação, podendo ocorrer ideação suicida e/ou sintomas psicóticos. Assim como a depressão, a euforia ou mania também se caracteriza por alterações no humor, na cognição, na psicomotricidade e nas funções vegetativas, porém com características opostas àquelas alterações observadas na depressão, ou seja, o paciente apresenta elevação do humor, aceleração da psicomotricidade, aumento de energia e ideias de grandeza, as quais podem ser até delirantes.

As manifestações clínicas da mania variam de acordo com a intensidade e o predomínio dos sintomas afetivos, das alterações psicomotoras e da presença de sintomas psicóticos. Em sua forma clássica, a mania se caracteriza por humor exageradamente expansivo (elação), aceleração no ritmo do pensamento, agitação psicomotora e pensamentos delirantes de grandiosidade. Dependendo da gravidade do Episódio Maníaco, as ideias delirantes podem confundir o quadro com um surto esquizofrênico.

Sobre a etiologia da doença, os achados ainda são inconclusivos, uma vez que os pesquisadores não sabem exatamente o que causa o transtorno bipolar. É provável que não exista um fator único, mas sim uma combinação de fatores que propicia o desenvolvimento da bipolaridade. A genética certamente tem influência, podendo aumentar a probabilidade de alguém desenvolver a doença, mas não se pode determinar com segurança quem irá desenvolver o quadro, baseando-se na genética (por exemplo, um gêmeo pode desenvolver a doença e o outro, não). Estatísticas mostram que filhos de pacientes bipolares têm um risco maior de desenvolver o quadro. A hipótese mais bem aceita na comunidade científica é a que defende o ponto de vista de que existe uma vulnerabilidade determinada geneticamente e que fatores ambientais e psicossociais funcionariam como gatilhos a disparar sua manifestação.

○ O TRANSTORNO BIPOLAR AFETIVO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é o período da vida em que os indivíduos estão sob maior estresse, mais inseguros e indefinidos, violentamente bombardeados pelos hormônios, além de ser também nesta fase que se expõem mais a comportamentos de risco, que a sexualidade explode e as drogas ilícitas os seduzem de forma contundente. É neste período, portanto, que fatores ambientais, constitucionais e genéticos interagem mais fortemente, favorecendo a eclosão do transtorno bipolar.

Alguns Sintomas do TAB na Adolescência

- Elevada ansiedade ou preocupação excessiva.
- Dificuldade para levantar-se pela manhã.
- Hiperatividade e excitabilidade à tarde.
- Sono agitado ou dificuldade para conciliar o sono.
- Terror noturno ou despertar recorrente no meio da noite.
- Dificuldade de concentração na escola.
- Dificuldade em organizar tarefas.
- Reclamações frequentes sobre sentir-se aborrecido.
- Facilidade de distração com estímulos externos.
- Períodos de fala excessiva e muito rápida.
- Mudanças de humor bruscas e rápidas.
- Estados de humor irritável; alegres ou tolos.
- Acessos de raiva ou fúria explosivos e prolongados.
- Exacerbação da libido.

No diagnóstico de TBH na infância e adolescência, um importante aspecto a ser levado em conta é a alta prevalência de comorbidades. Altas taxas de comorbidade com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) (mais de 75%) são encontradas em amostras clínicas de crianças e adolescentes com TBH, e

altas taxas (10% a 15%) de TBH também são achadas em muitas amostras clínicas de crianças com TDAH (Pavuluri *et al.*, 2002). Além destas, comorbidades com outros transtornos, como os do comportamento disruptivo e ansiedade, anorexia nervosa, bulimia, transtorno de pânico, fobia social e transtornos relacionados com substâncias também são evidenciadas em jovens pacientes bipolares (Tramontina *et al.*, 2003).

○ TRATAMENTO

Até 15 anos atrás, ainda se discutia sobre a possibilidade de ocorrência ou não de transtorno afetivo bipolar (TAB) em crianças. Hoje, a ocorrência do transtorno já foi constatada e as atenções estão voltadas para a investigação das apresentações clínicas de TAB com início na infância e na adolescência, desenvolvimento de instrumentos para auxiliar no diagnóstico precoce e investigações de melhores formas de tratamentos.

O tratamento alia a prescrição medicamentosa à psicoterapia individual, terapia familiar e mudanças no estilo de vida.

Importantes recomendações

- Acompanhamento médico e psicoterápico.
- Uso da medicação prescrita conforme recomendação médica.
- Especial atenção à observância do uso da medicação conforme prescrito, pois é muito comum o paciente de bipolar interromper a terapia medicamentosa. A interrupção no uso do medicamento recomendado desencadeia, em geral, novos episódios da conduta característica a essa condição: estados de depressão mais intensa e maior exaltação na euforia.
- Restrição ao uso de álcool, drogas e cafeína.
- Vida saudável com horas de sono suficientes e em horário regular, alimentação equilibrada e atividade física adequada.

CONCLUSÕES

Vemos, no cenário atual, um avanço no tratamento de crianças e de adolescentes portadores de TBA, uma vez que a constatação de sua manifestação antecipa o tratamento, melhorando o prognóstico. Há, no entanto, uma contrapartida: uma quantidade enorme de diagnósticos precipitados, com prescrições inadequadas.

De modo geral, a adolescência caracteriza-se por um período em que as dificuldades de diagnóstico de transtornos mentais estão particularmente presentes, seja pela ocorrência de sintomas típicos dos transtornos emocionais nessa fase da vida, seja pelos equívocos induzidos pela peculiaridade desta fase do desenvolvimento com seu repertório emocional exuberante. Outro complicador é a presença de comorbidades, como já foi dito. Então, cabe aos profissionais envolvidos firmar diagnóstico diferencial, com especial atenção a sinais de humor cíclico, além de realizar uma análise acurada do histórico familiar.

No que diz respeito à família, a dificuldade de lidar com o transtorno relaciona-se, por um lado, ao grande desconhecimento sobre os transtornos mentais de forma geral, e, finalmen-

te, mas não menos importante, a uma enorme resistência em aceitar sua presença no seio familiar: admitir que uma criança ou adolescente deprime, fica ansioso ou tem vontade de morrer, muitas vezes é inconcebível para a família.

Decorre daí que, no curso da doença, as relações familiares tornam-se cada vez mais conflituosas, com brigas frequentes, gritos, xingamentos, perda de limites por parte do adolescente, muitas vezes tornando o núcleo familiar um ambiente até mesmo violento. O rendimento escolar cai vertiginosamente e a angústia toma conta de toda a família. Além disto, resultam deste cenário separações conjugais, já que acabam por ser deflagrados com a doença do adolescente novos núcleos familiares patológicos.

Então, embora os estudos e pesquisas sobre TBA contenham pendências e dados inconclusivos, todos concordam com a importância da detecção precoce e tratamento adequado para um melhor prognóstico da doença. Neste cenário, as estratégias terapêuticas adequadas e necessárias e a família como coator na dinâmica da doença constituem pilares fundamentais para a promoção de uma melhora na qualidade de vida dos envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV). 4th ed. Washington: APA; 1994.
2. Biederman J, Klein RG, Pine DS, Klein DF. Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37(10):1091-9.
3. Geller B, Williams M, Zimmerman B, Frazier J, Beringer L, Warner KL. Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *J Affect Disord*. 1998; 51(2):81-91.
4. Pavuluri, M.N.; Naylor, M.W.; Janicak, P.G. et al. Recognition and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *Contemporary Psychiatry* 1: 1-10, 2002.
5. Tramontina S, Schimitz M, Polanczyk G et al. Juvenile Bipolar Disorder in Brasil: Clinical and Treatment Findings. *Biological Psychiatry* 53: 1043-1049, 2003.
6. Ballone GJ. Transtorno Afetivo Bipolar, in. *PsiquWeb*, internet, disponível em www.psiqweb.med.br, 2005.
7. Moreno DH, Andrade LH. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study. *J Affect Disord*. 2005; 87:231-41.