

O TRANSTORNO BIPOLAR

O transtorno bipolar (TB) está incluído nas classificações psiquiátricas atuais como um transtorno mental. Representa, portanto, algo patológico, que necessita de atenção médica, e não meramente um traço de personalidade ou uma forma de desvio moral. Ele é caracterizado por dois tipos de síndrome, que possuem aspectos basicamente opostos e que correspondem aos dois polos do transtorno: a mania e a depressão.

O termo “mania” é utilizado pelo psiquiatra de forma diferente da que faz o leigo. Em psiquiatria, a mania constitui uma síndrome que apresenta os seguintes sintomas: alegria ou irritabilidade excessiva; sensação de aumento da energia corporal; aumento da libido; desinibição do comportamento; impulsividade; gastos financeiros excessivos; aumento da autoestima; otimismo; agitação e agressividade (às vezes, física); fala excessiva e acelerada; pensamentos rápidos; diminuição da necessidade de sono; entre outras. Pelo menos alguma dessas alterações, especialmente o aumento da energia, devem estar presentes para que se configure a síndrome (Cheniaux et al., 2014). Durante um episódio maníaco, o indivíduo pode até se sentir melhor do que quando está normal – situação ímpar na medicina – e comumente não se acha doente, apesar de, aos olhos de qualquer outra pessoa, estar evidentemente alterado (Assis-da-Silva et al., 2014).

No cinema, a síndrome maníaca foi bastante bem retratada no filme “Mr. Jones”, protagonizado por Richard Gere. Uma cena que mostra bem o quadro é aquela em que o personagem-título - eufórico, agitado e completamente desinibido - durante um concerto sai da plateia e sobe ao palco

para reger a orquestra, por achar que Beethoven estava sendo executado num ritmo lento demais (Landeira-Fernandez & Cheniaux, 2010).

Na depressão, encontram-se os seguintes sintomas: tristeza e choro fácil; prostração, fraqueza, desânimo ou falta de energia; movimentos lentos ou diminuídos; perda da capacidade de sentir prazer; perda do interesse; diminuição da libido; pessimismo; baixa autoestima; ideias de culpa; perda do apetite e emagrecimento (ou aumento da ingestão alimentar e do peso); insônia (ou sono excessivo); desesperança; preocupações quanto à saúde física (hipocondria); pensamentos ou atos suicidas; descuido da aparência ou da higiene; isolamento social; entre outros. Para o diagnóstico de um episódio depressivo, é necessária a ocorrência de várias destas alterações, especialmente as relacionadas à energia e aos movimentos corporais.

“As horas” é um filme que mostra de forma bem fidedigna a depressão, principalmente no que se refere à personagem interpretada por Julianne Moore. Ela é uma dona de casa que está sempre prostrada e triste, e que ainda apresenta intensos sentimentos de menos valia, desesperança e ideação suicida (Landeira-Fernandez & Cheniaux, 2010).

A mania e a depressão são diferentes, respectivamente, da alegria e da tristeza normais. Sem dúvida é natural ficar alegre quando acontece algo bom, e triste em situações de perda ou frustração; alegria e tristeza são sentimentos humanos normais. No entanto o que é mais significativo no TB não são as alterações do humor, mas sim as frequentes e amplas flutuações dos níveis de energia vital, ou seja, a sensação de vigor, disposição física, ânimo (Cheniaux et al., 2014). Além disso, na mania e na depressão, alegria e tristeza, respectivamente, podem até, em alguns casos, estar ausentes. Soma-se a isso

o fato de que, no TB, ocorrem importantes alterações corporais – relacionadas principalmente ao sono, ao apetite e à libido – e um prejuízo quanto aos instintos de autopreservação, o que não é observado em situações não patológicas.

No TB, pode haver também episódios mistos, nos quais sintomas maníacos e depressivos ocorrem ao mesmo tempo (Cheniaux, 2011a), além de episódios de hipomania, em que os sintomas maníacos são mais leves e menos numerosos. Na hipomania, não só o indivíduo se sente muito bem, mas também ele pode não ter nenhum prejuízo significativo e ainda apresentar um nível de funcionamento acima do seu normal: fica mais alegre, desinibido, sociável e criativo; consegue trabalhar e namorar mais e melhor; e se torna mais atraente e agradável para as outras pessoas. Como é possível para o paciente, seus amigos e familiares verem essa situação como a expressão de um transtorno mental?! A questão é que o indivíduo com TB não fica indefinidamente em hipomania: ou o quadro se agrava e evolui para a mania franca, com todos os seus graves prejuízos, ou advém um episódio de depressão.

Com frequência, os sintomas do TB são erroneamente interpretados pelas pessoas que convivem com os pacientes. Nesse sentido, por exemplo, o comportamento irresponsável, inconsequente ou agressivo da mania pode ser visto como falta de caráter; e a prostração da depressão, como preguiça. Assim, é de grande importância informar e educar o público leigo sobre esse transtorno mental.

Em paralelo às alterações na energia vital e no humor, no TB observam-se importantes alterações cognitivas, afetando, entre outras funções, a atenção e a memória (Camelo et al., 2013).

Durante o curso da doença, os episódios de mania e de depressão,

que em geral duram meses, se alternam, havendo entre eles frequentemente períodos de normalidade, chamados de eufímicos. Na maioria dos casos, os episódios de depressão são mais numerosos e duradouros do que os de mania (Novis et al., 2014). É mais comum que a primeira crise seja de depressão. Com o passar do tempo, os episódios podem se tornar cada vez mais frequentes e mais graves, especialmente se não é realizado o tratamento adequado.

O TB é classificado em: tipo I e tipo II. No tipo I, houve, necessariamente, pelo menos um episódio de mania, sendo frequentes, mas não obrigatórios, os episódios de depressão. No tipo II, nunca houve um episódio de mania, só de hipomania e de depressão.

O diagnóstico do TB é baseado unicamente em critérios clínicos, ou seja, na observação do comportamento do paciente, no relato dele próprio e dos seus familiares e no estudo de sua história, já que não existem exames complementares que possam confirmá-lo. Suas causas são desconhecidas, mas sabe-se que o TB está relacionado a fatores genéticos, bioquímicos cerebrais, neuroendócrinos e psicológicos, entre outros.

A depressão também ocorre no transtorno depressivo maior, mas, neste caso, diferentemente do TB, não há história de um episódio maníaco ou hipomaníaco, por definição. Quadros maníacos e depressivos podem ainda ser secundários a diversos fatores, como substâncias psicoativas, medicamentos e doenças não psiquiátricas. Por exemplo, a intoxicação por cocaína leva a uma síndrome maníaca; e o hipotireoidismo, a uma síndrome depressiva. No entanto, em casos como estes, o diagnóstico de TB não deve ser formulado, pois ele é, por definição, um transtorno mental primário, isto é, de causa oculta.

O TB afeta mais de 1% da população. As mulheres e os homens têm

probabilidades equivalentes de desenvolver o TB tipo I, mas o tipo II é mais comum no sexo feminino. Esse transtorno mental se inicia mais comumente na adolescência ou no início da vida adulta, mas pode começar em qualquer idade, inclusive na infância e na velhice. O TB altera enormemente o comportamento do indivíduo, afetando a sua capacidade para o trabalho ou estudo, assim como o relacionamento com as outras pessoas. Trata-se de um transtorno mental grave e crônico, que, em mais de 10% dos casos, especialmente nos episódios depressivos ou mistos, leva ao suicídio.

O TB causa um grande sofrimento ao paciente nas fases de depressão, de mania disfórica – isto é, com irritabilidade – e nos estados mistos. Só nos episódios de mania (ou hipomania) eufórica, em que há uma alegria patológica, o paciente se sente bem. Todavia, após esses episódios, costumam ficar para os pacientes as terríveis consequências do seu comportamento.

Por outro lado, o TB afeta também de forma muito significativa os familiares e cônjuges dos pacientes, causando neles um alto nível de estresse. Frequentemente os cuidadores de pacientes com TB também adoecem mentalmente. Eles são especialmente afetados pelos comportamentos agressivos, atos e ideias suicidas, a agitação, o falar excessivo, os gastos financeiros impulsivos, o humor triste e o isolamento por parte dos pacientes. Não raramente o TB está relacionado a separações conjugais (Pompili et al., 2014).

Mesmo sofrendo muitos prejuízos no convívio com indivíduos com TB, os familiares são de fundamental importância na evolução desse transtorno mental. É muito comum que os pacientes não sigam de forma adequada o tratamento, principalmente em função da ausência de consciência quanto a estar

doente, na mania, ou da falta de motivação, na depressão. Assim, os familiares frequentemente precisam supervisionar o uso dos medicamentos, acompanhar o paciente nas consultas médicas ou alertar o indivíduo com TB quanto ao surgimento dos primeiros sintomas de um novo episódio maníaco ou depressivo.

O TB é crônico e não tem cura, mas pode ser adequadamente controlado com o tratamento, o qual deve compreender toda a extensão da vida do paciente. O tratamento está relacionado a três momentos diferentes: a mania aguda, a depressão aguda e a eutimia, durante a qual é realizado o tratamento de manutenção. São utilizados diversos medicamentos, especialmente o lítio (Cheniaux, 2011b), psicoterapia (Costa et al., 2011) e, eventualmente, eletroconvulsoterapia (Versiani et al., 2011). Muitas vezes a internação psiquiátrica, de curto prazo, é necessária, especialmente nos casos de depressão em que o risco de suicídio é significativo, e ainda nos casos de mania em que há pouca ou nenhuma consciência de morbidade ou quando o comportamento do paciente coloca em risco as outras pessoas ou a si próprio.

O leigo não deve ter a pretensão de diagnosticar o TB. Se alguém tem um familiar ou amigo que apresenta alterações compatíveis com esse transtorno mental, deve levá-lo a um especialista, um psiquiatra, que é a pessoa capacitada para fazer o diagnóstico e prescrever o tratamento adequado.

Elie Cheniaux

Médico, com o título de especialista em psiquiatria pela Associação

Brasileira de Psiquiatria

Professor associado da Faculdade de Ciências Médicas da

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ)

Professor do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde
Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
(IPUB/UFRJ)

www.eliecheniaux.com

Referências bibliográficas:

- ASSIS-DA-SILVA R., MOGRABI D. C., LANDEIRA-FERNANDEZ, J.,
CHENIAUX, E. O insight no transtorno bipolar: uma revisão sistemática.
Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.63, p.242 - 254, 2014.
- CAMELO E. V. M., NETTO T., VELASQUES B., RIBEIRO P., CHENIAUX E.
Attention impairment in bipolar disorder: a systematic review. Psychology &
Neuroscience. v.6, p.299 - 309, 2013.
- COSTA R. T., CHENIAUX E., ROSAES P. A. L., CARVALHO M. R., FREIRE R.
C. R., VERSIANI M., RANGÉ B. P., NARDI A. E. The effectiveness of
cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder: a randomized
controlled study. Revista Brasileira de Psiquiatria. v.33, p.144 - 149, 2011.
- CHENIAUX E. A mania ansiosa ou depressiva de Kraepelin: relato de um caso.
Revista Brasileira de Psiquiatria, v.33, p.214 - 215, 2011a.
- CHENIAUX E. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão
sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos
modernos. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.33, p.72 - 80, 2011b.
- CHENIAUX E., FILGUEIRAS A., ASSIS-DA-SILVA, R., SILVEIRA L. A. S.,
NUNES A. L. S., LANDEIRA-FERNANDEZ J. Increased energy/activity, not

mood changes, is the core feature of mania. *Journal of Affective Disorders*. v.152-154, p.256 - 261, 2014.

LANDEIRA-FERNANDEZ J., CHENIAUX E. *Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NOVIS F. D., CIRILLO P., ASSIS-DA-SILVA R., NUNES A. L. S., SILVEIRA L. A. S., SILVA A. C. O. E., COSCARELLI P. G., NARDI A. E., CHENIAUX E. A evolução de 102 pacientes brasileiros com transtorno bipolar: os primeiros 12 meses de acompanhamento prospectivo. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. v.36, p.16 - 22, 2014.

POMPILI M, HARNIC D, GONDA X, FORTE A, DOMINICI G, INNAMORATI M, FOUNTOULAKIS KN, SERAFINI G, SHER L, JANIRI L, RIHMER Z, AMORE M, GIRARDI P. Impact of living with bipolar patients: making sense of caregivers' burden. *World Journal of Psychiatry* 2014; 4:1-12

VERSIANI M., CHENIAUX E., LANDEIRA-FERNANDEZ, J. The efficacy and safety of electroconvulsive therapy in the treatment of bipolar disorder: a systematic review. *The Journal of ECT*. , v.27, p.153 - 164, 2011.