



ABRATA
Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

TRANSTORNO BIPOLAR

PERGUNTAS MAIS FREQUENTES NOS
ENCONTROS PSICOEDUCACIONAIS

ABRATA



Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

Editora
PLANMARK



TRANSTORNO BIPOLAR

PERGUNTAS MAIS FREQUENTES NOS
ENCONTROS PSICOEDUCACIONAIS
ABRATA



ABRATA
Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

São Paulo
2013

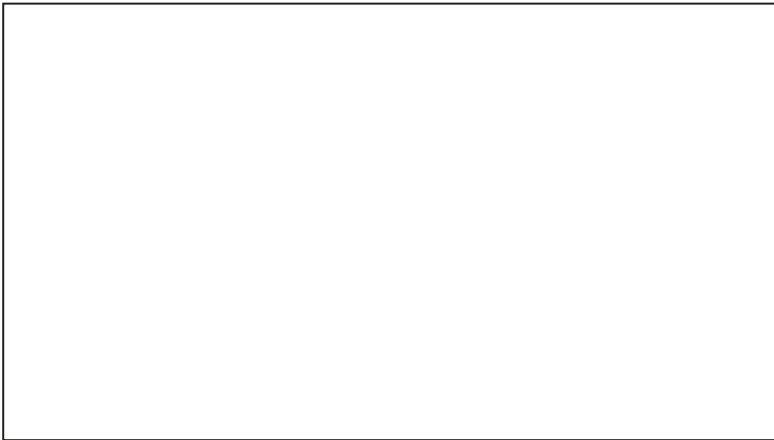
Editora
PLANMARK

© 2013 Planmark Editora Ltda.

Proibida a reprodução total ou parcial deste livro sem a permissão escrita da
Planmark Editora Ltda.

Diretora executiva: Marielza Ribeiro
Gerente administrativa: Lilian Romão
Gerente editorial: Karina Ribeiro
Gerente de novos negócios: Fábio Leal
Coordenadora editorial: Luana Franco
Projeto gráfico: Carlos Alberto Martins
Diagramação: Ezio Tristão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)



■ ■ Editora
■ PLANMARK




© 2013 Planmark Editora Ltda. - Todos os direitos reservados. www.editoraplanmark.com.br
O conteúdo desta publicação é de responsabilidade exclusiva de seu(s) autor(es)
e não reflete necessariamente a posição da Planmark Editora Ltda. OS 3166



Índice

Autores	6
Prefácio	10
A ABRATA	12
Quadro Clínico e Sintomas	15
Tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar	26
Eletroconvulsoterapia	32
Psicoterapia.....	34
Comorbidades Psiquiátricas e Drogas	37
Comorbidades Clínicas.....	42
Gravidez e Pós-parto	46
Transtorno Afetivo Bipolar na Infância e na Adolescência	49
Família e Cuidadores	53
Estigma	55
Tratamentos Alternativos	58
Adesão ao Tratamento e Grupos de Apoio Mútuo	60
Transtorno Afetivo Bipolar e Religiosidade	64
Bibliografia recomendada	66





ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

*O conteúdo deste livreto foi elaborado
por profissionais da Associação
Brasileira de Familiares, Amigos e
Portadores de Transtornos Afetivos –
ABRATA, que agradece o
trabalho voluntário de:*



ALEXANDRINA MARIA AUGUSTO MELEIRO

CRM-SP: 36.139

Médica Psiquiatra

Doutora em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Membro do Conselho Científico da ABRATA

ANDRÉ CARVALHO CARIBÉ DE ARAÚJO PINHO

CRM-BA: 17.015

Médico Psiquiatra

Mestre em Neurociências pela Universidade Federal da Bahia

Pesquisador do Centro de Tratamento de Transtornos de Humor e Ansiedade

– CETHA - Universidade Federal da Bahia

ÂNGELA MARISA DE AQUINO MIRANDA SCIPPA

CRM-BA: 9.897

Médica Psiquiatra

Professora Associada do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Universidade Federal da Bahia - FMB - Universidade Federal da Bahia

Membro do Conselho Científico da ABRATA

ANTONIO LUIS TYCHONSKI RUSSO

Psicólogo e Psicodramatista

Professor Supervisor da Sociedade Brasileira de Psicodrama de São Paulo e da Federação Brasileira de Psicodrama

Presidente da ABRATA

BERNARDETE DE ARAUJO

Engenheira

Vice-Presidente do Financeiro da ABRATA

ELISA BRIETZKE

CRM-SP: 128.292

Médica Psiquiatra

Doutora em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo

Membro do Conselho Científico da ABRATA



ELISABETH MARIA SENE-COSTA

CRM-SP: 21.458

Médica Psiquiatra e Psicodramatista

Mestre em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Professora-Supervisora de Psicodrama pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo e Instituto J. L. Moreno de Buenos Aires – Argentina

Membro do Conselho Científico e Coordenadora-Supervisora do Curso para Formação de Facilitadores dos Grupos de Apoio Mútuo da ABRATA

HELENA MARIA CALIL

CRM-SP: 17.960

Médica Psiquiatra

Livre docente em Psiquiatria Clínica do Departamento de Psiquiatria

Professora Titular do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo

Vice-Presidente da ABRATA

JUDITH FULLEN

Assistente Social

Coordenadora das palestras Psicoeducacionais da ABRATA

LUIS PEREIRA JUSTO

CRM-SP: 85.456

Médico Psiquiatra

Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo

Membro do Conselho Científico da ABRATA

MÁRCIA BRITTO DE MACEDO SOARES

CRM-SP: 62.264

Médica Psiquiatra

Mestre em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Membro do Conselho Científico da ABRATA

MARIA CRISTINA SARTORI CORDEIRO

Técnica em Estatística

Consultora Administrativa da ABRATA



MARTHA HELENA OLIVEIRA NOAL

CRM-RS: 19.336

Médica Psiquiatra

Coordenadora do Ambulatório de Transtornos do Humor do Hospital

Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - RS

Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria - RS

Presidente de Honra e membro da Comissão Científica da AFAB (Associação de Familiares, Amigos e Bipolares)

Membro do Conselho Científico da ABRATA

RODRIGO DA SILVA DIAS

CRM-SP: 69.827

Médico Psiquiatra

Doutor em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Pesquisador do Programa de Pesquisa em Transtorno Bipolar (PROMAN) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Membro do Conselho Científico da ABRATA

ROSILDA ANTONIO

CRM-SP: 45.154

Médica Psiquiatra e Psicodramatista

Supervisora da Sociedade de Psicodrama de São Paulo

Membro do Conselho Científico da ABRATA

SÔNIA MARIA MOTTA PALMA

CRM-SP: 44.219

Médica Psiquiatra da Infância e da Adolescência

Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo

Professora do Departamento de Psiquiatria da Universidade Santo Amaro

Vice-Presidente do Conselho Científico da ABRATA

TENG CHEI TUNG

CRM-SP: 65.297

Médico Psiquiatra

Doutor em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Presidente do Conselho Científico da ABRATA



PREFÁCIO



ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

RICARDO ALBERTO MORENO

Diretor do Programa de Transtornos Afetivos (GRUDA)
Presidente do Centro de Estudos do Instituto de Psiquiatria (CEIP)
Instituto e Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Associado Fundador e Emérito da ABRATA.



O transtorno afetivo bipolar não é uma doença nova ou da moda. Seus primeiros relatos coincidem com os da medicina, há mais de 3000 anos, pelo menos para suas formas clássicas, maníaco-depressiva ou bipolar tipo I. Trata-se de uma doença que apresenta interação entre fatores genéticos (familiares afetados e hereditariedade), biológicos (acometimento de funções cerebrais e do organismo como um todo), psicológico-sociais (relacionados ao estresse e à vida de relação do paciente, da família e do seu ambiente). Sua manifestação clínica é variada e compreende sintomas depressivos, maníacos/hipomaníacos, ansiosos, psicóticos e cognitivos que se repetem ao longo da vida se não forem adequadamente tratados. A doença além de causar sofrimento acarreta em ônus econômico e social no mundo.

A doença tem um bom potencial tratável, isto significa que se adequadamente tratada, com ênfase na prevenção de recaídas, há uma grande chance de a pessoa ter uma vida normal ou muito próxima da normalidade. Eu costumo ser muito entusiasta com meus pacientes porque, apesar da doença ser heterogênea e envolver vários fatores, no tratamento onde o médico administre e gerencie todas as abordagens, o sucesso no controle da doença é quase garantido. Uma das formas de abordagem diz respeito à psicoeducação, objeto deste guia de perguntas e respostas acerca da doença bipolar.

A ABRATA reuniu profissionais com notório saber para responder às perguntas mais frequentemente levantadas pelos frequentadores dos Encontros Psicoeducacionais que promoveu ao longo destes 13 anos de existência. Mais uma vez a ABRATA sai à frente cumprindo seu papel como braço atuante junto à sociedade civil para auxiliar na educação de pacientes portadores de transtorno bipolar, seus familiares e também de profissionais da área da saúde mental. A importância deste manual também se dá porque para o sucesso do tratamento é necessário que haja mudança no estilo de vida do paciente que promova fatores de proteção contra recaídas e isto se obtém mais facilmente quando a pessoa detém informações claras, objetivas e referendadas pelas evidências científicas que lhe permitam avaliar a relação custo/benefício do tratamento e das mudanças necessárias.

ABRATA

Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

1. O que é a ABRATA?

Foi em **1.999** que nasceu o sonho de criar-se uma associação, sem fins lucrativos, voltada à necessidade de atender pessoas portadoras de transtornos do humor: a depressão e o transtorno afetivo bipolar.

Um sonho que criou asas a partir da iniciativa dos próprios portadores, familiares e profissionais da área de Saúde Mental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, através do GRUDA – Grupo de Doenças Afetivas do Instituto de Psiquiatria, que juntos organizaram-se nesse mesmo ano, para torná-lo realidade.

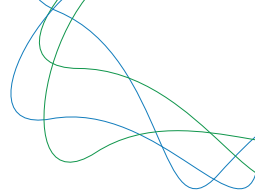
Assim nasceu a ABRATA, uma associação civil, sem fins lucrativos, que engloba representantes de diversas universidades e mantém parcerias com os mais variados segmentos sociais e profissionais. Sua sede é na cidade de São Paulo onde desenvolve múltiplas atividades, com recursos provenientes de contribuições dos associados, eventos de captação, parcerias e patrocínios de empresas.

2. Como a ABRATA pode ajudar portadores, familiares e amigos?

Cumprindo sua missão de informar e educar a sociedade sobre a natureza dos transtornos afetivos, apoiar psicossocialmente os portadores de depressão e transtorno bipolar, seus familiares e amigos, reduzir o estigma e melhorar a qualidade de vida dos portadores de transtornos afetivos (depressão e transtorno afetivo bipolar).

3. Quais as atividades da ABRATA?

O trabalho da ABRATA é de informação e apoio, com vistas a contribuir para inclusão social e criar no portador um sentimento de pertencimento, através das seguintes atividades:



- Atendimento telefônico e eletrônico (*email*) - auxiliam o solicitante a receber apoio e esclarecimentos diversos a respeito da ABRATA, dos transtornos do humor e das demais instituições ligadas ao apoio psicossocial;
- Grupos de Acolhimento - reuniões abertas à população, a cada 15 dias, com o intuito de dar informações sobre a ABRATA e suas diversas atividades;
- Grupos de Apoio Mútuo - grupos constituídos de pessoas que apresentam problemas em comum, ligados aos transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar), cuja finalidade é trocar experiências, compartilhar vivências, buscar soluções e oferecer ajuda, apoio e conforto. São dois tipos de grupo: um para os portadores da doença e outro para os familiares, sendo ambos dirigidos por facilitadores e co-facilitadores, que são todos voluntários portadores e familiares de portadores, treinados para essa função;
- Palestras Psicoeducacionais - palestras ministradas uma vez por mês, por médico psiquiatra ou psicólogo, cujo objetivo é informar os presentes sobre a depressão e o transtorno bipolar, como também auxiliar os portadores e seus familiares em sua adaptação funcional conforme a evolução dos transtornos;
- Cursos abertos sobre os transtornos do humor - palestras informativas de base científica sobre os transtornos do humor, para portadores das doenças, familiares e profissionais da área da saúde e demais interessados, ministradas por médicos psiquiatras e psicólogos;
- Interatividade entre familiares e portadores - grupo vivencial de periodicidade mensal, conduzido por psicólogo, voltado para portadores e familiares de portadores.
- Treinamento de voluntários - os interessados recebem treinamento específico para trabalhar nas diversas atividades da ABRATA
- *Site* e *Blog* ABRATA - páginas *web* nas quais são compartilhadas informações sobre as atividades da Associação, artigos, notícias e comentários sobre os transtornos no humor.

4. Há tratamento médico ou psicoterápico na ABRATA?

Não. A ABRATA não oferece atendimento médico ou psicoterápico, nem distribui medicamentos. Suas atividades são voltadas para a informação e apoio dos portadores de depressão e transtorno bipolar, seus familiares e amigos.

5. Como entrar em contato com a ABRATA se participar das atividades e/ou me tornar voluntário?

Os canais de atendimento da Associação são:

e-mail: contato@abrata.org.br

Site: www.abrata.org.br

Blog: www.abrata.org.br/blog

Fone: 3256-4831 (de 2^a à 6^a feira das 13:30 h às 17:00 h)



QUADRO CLÍNICO E SINTOMAS

6. O que é Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)?

É uma doença que se caracteriza pela alternância de humor: ora ocorrem episódios de euforia (mania), ora de depressão, com períodos intercalados de normalidade. Com o passar dos anos, os episódios repetem-se com intervalos menores, havendo variações e existindo até casos em que a pessoa tem apenas um episódio de mania ou depressão durante a vida.

A pessoa com transtorno afetivo bipolar pode apresentar grandes oscilações no seu estado de humor, atrapalhando muito o andamento de sua vida no trabalho, nas relações afetivas e familiares.

7. Quais são as características do TAB e o que são TAB tipo I e tipo II?

Os estados de euforia/mania/hipomania se caracterizam por exaltação do humor e aumento de energia, pensamento acelerado, ideias de grandeza, impulsividade, aumento da disposição física, diminuição da necessidade de sono e falta de crítica. Os casos mais graves podem apresentar delírios e alucinações.

Os episódios depressivos se caracterizam por humor deprimido, melancolia, com duração de pelo menos duas semanas. Os pacientes apresentam angústia, ansiedade, desânimo e falta de energia, pessimismo, ideias de culpa, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade e fracasso. Em geral, queixam-se de alteração do sono e do apetite. Podem apresentar ideias de morte e até suicídio.

Os episódios mistos apresentam concomitantemente sintomas depressivos e de exaltação de humor

O tipo I é a forma clássica em que o paciente apresenta claramente os episódios de mania alternados com os depressivos. As fases maníacas não precisam necessariamente ser seguidas por fases depressivas, nem as depressivas por maníacas.

O tipo II caracteriza-se por não apresentar episódios de mania, mas de hipomania (mania mais leve) com depressão.

8. Se o portador de TAB sente que está agressivo, com agitação absurda, próximo ao descontrole total e comenta sobre internação, deve-se levar em consideração sua iniciativa?

Sim. É desejável que o portador de TAB ou qualquer outra doença psíquica adquira conhecimentos sobre si mesmo e sobre seus sintomas, que permitam a identificação dos momentos em que não conseguirá conter-se espontaneamente e deverá pedir auxílio profissional.

Se este reconhecimento for precoce é possível prevenir-se uma internação, a partir de intervenções medicamentosas, psicoeducacionais, familiares ou psicossociais.

Quando isto não for possível, uma internação hospitalar poderá ser protetora, evitando-se a exposição a riscos, para si próprio e para terceiros.

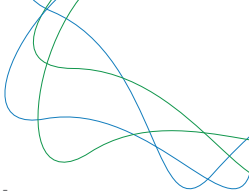
Atualmente utiliza-se em alguns países o cartão de crise, que é um documento elaborado pelo próprio paciente, em períodos de estabilidade, no pleno exercício de sua autonomia, descrevendo, dentre outras informações, como quer ser atendido em situações de reagudizações, preferências por um determinado serviço ou profissional de confiança, reações adversas prévias, etc.

A saúde mental tem evoluído muito nos últimos anos quanto a considerar a importância do papel de quem se trata, que deixa de ser paciente, no sentido de passividade e torna-se sujeito participativo e corresponsável por seu tratamento. Havendo tal maturidade na relação terapêutica, é possível que mesmo em crise, uma pessoa possa identificar qual a melhor medida a ser tomada, ou pelo menos, aceitar o manejo proposto pela equipe assistente.

9. Quais impactos sociais o transtorno afetivo bipolar pode chegar a trazer na vida do portador? Ele pode levar uma vida normal, principalmente no trabalho?

Sim, um portador de bipolaridade pode levar uma vida profissional, familiar e interpessoal normal, desde que faça um rigoroso acompanhamento terapêutico.

Entretanto, aquelas pessoas que tem dificuldade em aderirem aos trata-



mentos propostos, apresentam grande chance de impactos significativos da doença em suas vidas, seja no casamento ou relações afetivas em geral, seja na vida sexual, financeira e profissional.

Divórcios, reprovações acadêmicas, perda de empregos e oportunidades profissionais, exposições sexuais, inadequações sociais, desavenças interpessoais, desestabilização financeira são comuns e podem provocar um maior estigma social.

10. Uma pessoa com TAB pode evoluir para esquizofrenia?

Não. O TAB é uma patologia que afeta basicamente o humor, enquanto a esquizofrenia prejudica mais especificamente os pensamentos, ainda que ambas possam manifestar alguns sintomas semelhantes, respectivamente. O que pode ocorrer é um agravamento da doença, especialmente quando ela não é tratada adequadamente e a evolução do caso ter um curso esquizofreniforme, ou seja, manifestar-se de forma similar a uma esquizofrenia, em função de deterioração cognitiva¹ e psicossocial.

11. Como saber a hora de procurar o médico? Tenho todos os sintomas citados, especialmente mudanças de humor, agressividade e raiva, a ponto de, às vezes, evitar o convívio com os filhos e marido.

O quanto antes! Uma avaliação diagnóstica é fundamental para esclarecer se há uma patologia a ser tratada ou se as manifestações citadas referem-se a reações situacionais.

A pessoa não ter deve receio de buscar ajuda, nem medo de descobrir um diagnóstico. Se ele existe, negá-lo não irá resolver suas consequências. Neste caso, as relações familiares já podem sofrer consequências de uma conduta disfuncional que poderá ser atenuada com uma abordagem terapêutica.

¹ Relativo aos processos da mente envolvidos na percepção, na representação, no pensamento, nas associações e lembranças, na solução de problemas, etc.

Se houver um diagnóstico bem estabelecido de transtorno afetivo bipolar, recomenda-se que a pessoa receba o tratamento indicado ao seu caso, especialmente visando prevenir consequências psicossociais e neuropsicológicas (nas funções executivas cerebrais, como memória, raciocínio, atenção, concentração), que são potencialmente prejudicadas quando um tratamento correto não é estabelecido precocemente.

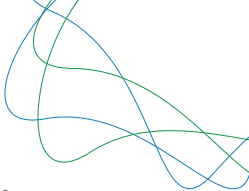
12. O que pode ser quando a pessoa não tem sentimento nem alegrias. Mesmo quando acontecem coisas importantes como a morte de alguém querido ou de coisas menores. Não acha graça em nada. É uma doença? Seria mal de Alzheimer ou é depressão?

Esse estado, chamado de anedonia é a incapacidade de uma pessoa desfrutar prazer com aquelas situações que a satisfazia anteriormente e é um dos sintomas típicos da depressão. Além disso, em episódios depressivos graves pode ocorrer um embotamento afetivo, uma dificuldade de “sentir os sentimentos”. Fala-se num “ensimesmamento”, um processo de guardar as poucas energias disponíveis em si mesmo, com um consequente desinvestimento emocional no entorno.

Geralmente, além da angustia despertada pela própria depressão, as pessoas que vivenciam estes processos sofrem com a culpa de não sentirem o que seria esperado delas, como por exemplo, a tristeza frente a um luto ou a alegria com o nascimento de um filho, o que é muito comum em mulheres que sofrem depressões pós-parto.

13. O que é “ciclagem rápida” e qual seu prognóstico?

A ciclagem rápida é uma das formas de manifestação da bipolaridade, geralmente mais tardia. A expressão é utilizada como um especificador do curso da doença. Caracteriza-se pela ocorrência de quatro ou mais episódios



de oscilação de humor num mesmo ano. Apesar de haver um maior risco de suicídio nas pessoas que apresentam esta forma de manifestação, pode ser “uma condição transitória na evolução da doença”, segundo alguns pesquisadores. Abuso de substâncias e uso excessivo de antidepressivos são dois fatores de risco que podem ser controlados, prevenindo-se assim, a malig-nização do curso do TAB.

14. As responsabilidades são afetadas pela doença? São recuperadas ao longo do tratamento?

Nos períodos sintomáticos da bipolaridade, em geral, o grau de responsabilidade sofre interferências, de acordo com a fase da doença. Compreende-se que uma pessoa em depressão tenha dificuldade de cumprir com seus compromissos, devido aos próprios sintomas depressivos, como o retraimento social, a lentificação psíquica e motora, a sonolência excessiva ou mesmo a insônia, a dificuldade de raciocínio e memória, a sensação de perda de sentido, o derrotismo e pessimismo frente a qualquer tarefa.

Já nas fases de euforia a pessoa pode não cumprir com suas responsabilidades por dificuldade de fixação, em função da hiperatividade tanto física quanto dos pensamentos que tornam-se muito velozes, pela distra-tibilidade (facilmente dispersiva) ou devido a perda ou redução do senso crítico.

A tendência ao envolvimento com atividades prazerosas pode inibir as noções de compromisso e responsabilidade.

Em fases de euforia leve, contudo, o grau de hiperatividade e disposição podem, ao contrário, aguçar o envolvimento em alguns empreendimentos.

Com a estabilização do humor readquire-se a capacidade de responsa-bilizar-se, entretanto, é comum que as pessoas demorem muito tempo para resgatar a credibilidade e confiança perdidas durante períodos de oscilações de humor.

15. O portador da mania tem sentimentos? Importa-se com os outros? Em que nível? Tem “consciência” dos erros que comete ou apenas não mede as consequências?

Sim, mesmo durante um episódio de mania a pessoa tem sentimentos, os quais encontram-se desorganizados, instigados por um turbilhão de emoções, representadas por euforia, irritabilidade, instabilidade emocional, hostilidade, raiva e até tristeza. De acordo com o estágio de gravidade da mania em que se encontra, vai tornando-se difícil importar-se com os outros, devido a certa confusão mental, mediada por grandiosidade, autoconfiança exagerada e em casos graves inclusive uma perda da noção de realidade, acompanhada de alucinações e delírios.

A impulsividade, somada à perda de juízo crítico, compromete a capacidade de medir consequências durante o episódio.

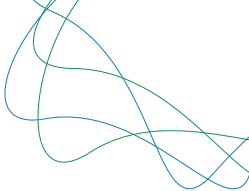
Depreende-se daí, que a “ressaca” moral após a crise seja proporcional à intensidade dos desgastes produzidos, trazendo constrangimentos, arrependimentos e algumas perdas irreparáveis.

16. Ideias suicidas ou desejo de vingança são sintomas? (impulso assassino).

Ideação suicida, a princípio deve ser compreendida como sintoma psiquiátrico, já que “mais de 90% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental que leva ao suicídio”. Quanto a impulsos homicidas, não há uma correlação direta entre sua ocorrência e a existência de patologia psiquiátrica, podendo muitos outros fatores estarem envolvidos como determinantes de atos violentos.

17. O suicídio é mais frequente em pessoas com transtorno bipolar do humor ou transtorno unipolar (só depressão)?

A maioria dos estudos tende a encontrar taxas um pouco maiores de suicídio na depressão unipolar do que no transtorno bipolar, mas a busca



por diferenças entre transtorno bipolar e unipolar pode obscurecer a questão mais significativa de que todos os estudos apresentam taxas bastante elevadas de suicídio em ambos os grupos, em comparação com outras populações médicas e psiquiátricas. Evidências demonstram ainda, que portadores de bipolaridade tipo II e estados mistos estão mais expostos ao risco de suicídio do que bipolares tipo I e unipolares, sendo o episódio misto, “a fase mais perigosa para o risco de suicídio.”

Por tratar-se de um fenômeno complexo, não se pode compreender a questão com uma visão reducionista de que unicamente um diagnóstico seja o fator determinante para este desfecho. Inúmeros são os fatores envolvidos na questão, como as características clínicas e psicodinâmicas individuais, variáveis étnicas, demográficas, religiosas, socioculturais, dentre outras.

O conhecimento científico já demonstrou diferentes medidas de prevenção ao suicídio, como medicamentos, abordagens psicoterápicas e medidas socioambientais.

Assim como atualmente são identificados os fatores de risco para suicídio, também são bem definidos os fatores de proteção, que vão desde o treinamento de habilidades para a resolução dos problemas, para os suicidas em potencial; facilitar o acesso a serviços de saúde e até programas de capacitação para médicos e equipe de saúde estarem mais aptos às abordagens de prevenção do suicídio.

18. Qual a forma mais eficaz (como se pode de maneira prática) diferenciar “sintoma” de “característica pessoal”?

Esta é uma questão recorrente nos grupos psicoeducativos, que não tem uma única resposta, nem receita prática para a diferenciação.

Características pessoais tendem a ser recorrentes, o que chamamos de traços. Quando conhecemos melhor uma pessoa passamos a identificar modos característicos de seu padrão de funcionamento, que ocorrem independentemente das oscilações de humor.

Sintomas costumam ser disruptivos, ou seja, rompem com um curso previsível. É um estado mais pontual, que se manifesta quando das reagudações.

Se traçássemos um gráfico com a linha de vida de uma pessoa, a linha horizontal seria a representação das características pessoais, enquanto a linha vertical simbolizaria um episódio (de depressão ou euforia, por exemplo).

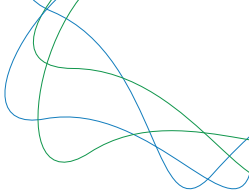
Entretanto, esta descrição didática da diferenciação entre traço (fulano é assim) e estado (fulano está assim) pode ser pouco útil na prática quando características de personalidade intensificam-se em períodos de crise, sintomas residuais confundem-se com características pessoais e comorbidades, ou seja, a ocorrência concomitante de uma patologia clínica com um distúrbio de personalidade.

19. Eu tenho transtorno bipolar, e faço apenas psicoterapia há um ano e meio. Ainda tenho muitos problemas decorrentes do transtorno, tem outras formas de tratar este transtorno?

Mudança psíquica é um processo que depende, dentre outros fatores, de tempo, motivação e determinação. Você reconhece seus funcionamentos ansiosos, evitativos, sabotadores, mas ainda não parece disponível a começar a empreender mudanças para resgatar as perdas que já estão acontecendo em sua vida.

Necessária seria a distinção entre as limitações que o TAB possa trazer, daquelas providas de características de personalidade, evitando deslocar para o diagnóstico, a “responsabilidade” ou um “álibi” para as dificuldades de enfrentamento.

Ajustes no tratamento clínico do transtorno bipolar, quando necessários e incremento do processo psicoterápico de longo prazo são medidas recomendadas para a reavaliação das habilidades profissionais, sociais e interpessoais.



20. Depois que eu comecei a me tratar do transtorno bipolar, eu não saio, não tenho amigos, parece que as pessoas não gostam de conversar comigo. Como devo proceder?

É possível que essa sensação de que as pessoas não se sentem bem conversando com você, seja uma projeção de um sentimento seu, frente a ter que conversar com as pessoas, já que realmente neste momento parece que “nada está bom”. Vale a orientação da resposta anterior, ou seja, reavaliação clínica e psicoterapia, além da adesão rigorosa aos tratamentos e a busca de uma ressocialização, o que inicialmente pode ser feito de forma assistida/protegida, por exemplo, em um grupo de apoio, como disponível na ABRATA, ou a inserção em alguma oficina terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Estas experiências em serviços especializados facilitam o desenvolvimento de habilidades psicossociais que podem influenciar a melhora. Mas para isto, será preciso dar o primeiro passo, que é sair de casa e buscar ajuda.

21. Há cura para o transtorno bipolar?

Não, o transtorno bipolar é uma patologia crônica, assim como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, os quais exigem cuidados continuados, para que não se manifestem suas consequências. Entretanto, o fato de não ter sido descoberta uma cura para o transtorno bipolar, não deve implicar em pessimismo frente a sua ocorrência, já que é uma doença que tem abordagens terapêuticas bem estabelecidas, que podem levar ao controle dos sintomas.

22. Gostaria de saber qual a idade habitual do início do transtorno bipolar, pois há um grande número de adolescentes que desenvolvem essa doença.

O TAB pode se manifestar em diferentes fases da vida, porém há um pico entre os 15 e 19 anos, período mais comum de aparecimento das primeiras

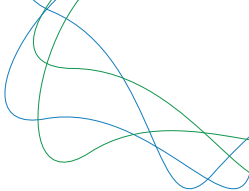
manifestações. Com isto, compreende-se que nas extremidades deste pico, a prevalência é menor, porém crianças pequenas podem ser portadoras, assim como é possível seu início já na fase adulta. Existe uma grande dificuldade de precisar o início da doença, pois há vieses de identificação dos primeiros sintomas, os quais podem ser subestimados por lacunas de memória, ou erroneamente diagnosticados como outras patologias e só posteriormente serem esclarecidos como quadros de bipolaridade, como por exemplo, as crianças “hiperativas” ou os depressivos pseudo-unipolares, que com o passar do tempo vão aumentando as estatísticas do TAB.

23. Qual o risco de uma recaída após um tratamento médico com êxito? Será que o fato de ser bipolar já não é uma coisa tão corriqueira, que as pessoas a nossa volta também não são?

Muitas pessoas a nossa volta são portadoras de bipolaridade. Algumas delas detêm esta informação e outras não. A epidemiologia aponta que cerca de 1,5% da população apresenta TAB tipo I e 0,5%, TAB tipo II. Assim, embora não seja um diagnóstico incomum, também não chega a ser corriqueiro.

O risco de recaída para quem faz tratamento de manutenção é pequeno. Entretanto, se “após um tratamento médico de êxito” a pessoa acreditar que não necessita mais da continuidade dos cuidados e suspendê-los, há uma grande chance de recaída, seja para a euforia, seja para a depressão, o que, de acordo com as características individuais, pode ocorrer em poucos dias ou ao longo de meses.

O risco de recaída é intensamente influenciado pela irregularidade na adesão aos medicamentos prescritos, especialmente os estabilizadores do humor, e ao grau de estressores psicossociais aos quais a pessoa esteja submetida. Estudos também apontam que o grau de hostilidade, comentários críticos e super-envolvimento emocional provindos da família determinam um maior risco de recaída.



24. Através de atitudes positivas com relação ao transtorno bipolar, pode o portador deste mal ter uma produtividade pessoal e com relação à sociedade até mais destacada que aquelas pessoas consideradas normais?

Pode, dependendo das habilidades prévias daquela pessoa. Há estudos sobre criatividade e bipolaridade, porém, estes não são conclusivos sobre uma vantagem explícita da bipolaridade frente a indivíduos não portadores.

Muitas pessoas que se destacaram na sociedade por suas contribuições políticas ou culturais, como artistas, escritores e gestores apresentavam quadros sugestivos de bipolaridade, mas há que se considerar que nem todas as pessoas com bipolaridade destacam-se pela produtividade e criatividade.

Importante salientar o que exatamente entende-se por atitudes positivas com relação ao transtorno bipolar. O cuidado com a qualidade do sono, a diminuição do nível de estresse, a adesão rigorosa à medicação prescrita, a disponibilidade para uma abordagem de autoconhecimento e conhecimento das características da doença (psicoterapia e psicoeducação, respectivamente), a determinação de não usar substâncias psicoativas nem um uso abusivo de álcool, a busca de uma atividade física regular e a manutenção de vínculos afetivos saudáveis (suporte social) são alguns exemplos.

TRATAMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

25. Qual é o objetivo do uso de tranquilizantes para depressão? A ansiedade diminuída facilita o entendimento do paciente sobre o problema? Isso não seria tratá-la?

O uso de tranquilizantes (benzodiazepínicos) de fato não trata a depressão bipolar. Alguns médicos ainda prescrevem porque ele causa sedação e regulariza o sono. Entretanto, as evidências na literatura e na prática clínica apontam uma melhor opção como o uso de neurolépticos de segunda geração, que além de controlar insônia e diminuir ansiedade, fazem parte do grupo de medicamentos que tratam TAB, tanto na fase depressiva quanto na fase de euforia.

26. Trato-me há cerca de um ano e meio e estou quase boa, porém não consigo me livrar do medo, principalmente de ficar sozinha. Não tomando remédios estou me sentindo melhor. No momento só faço psicoterapia. Acha suficiente?

Para algumas pessoas só o tratamento psicoterápico pode ser suficiente, quando já houve remissão completa dos sintomas. Mas na maioria das vezes, cabe ao médico psiquiatra a decisão de manter, reduzir ou retirar totalmente a medicação. Como o TAB é uma doença crônica que evolui por fases, é fundamental a prevenção de novas fases por meio de estabilizadores do humor (carbonato de lítio, carbamazepina, divalproato de sódio, lamotrigina, neurolépticos de segunda geração). As pessoas sentem-se bem sem a medicação, principalmente por livrarem-se dos efeitos colaterais. Entretanto, ela estará exposta ao risco de recaída ou recidiva do TAB, o que afetará sua vida pessoal, social e profissional.



27. A internação é recomendada na doença bipolar?

A internação só é recomendada em alguns casos de maior gravidade, quando há risco de vida, por ideação suicida, ou quando a pessoa não colabora com o tratamento. Há dificuldade por parte das pessoas, quando em crise, de aceitar a medicação, a restrição de dirigir ou trabalhar. Se o médico não puder contar com o auxílio do paciente e dos familiares, a internação passa a ser necessária. Algumas vezes por curto período outras vezes, pela gravidade, pode estender-se por um tempo maior. A internação não deve ser vista como um castigo ao paciente, mas como uma forma de tratamento para melhor cuidar das crises mais graves.

28. Quais os tipos de tratamento e o que pode ser feito para amenizar os sintomas da depressão em paciente bipolar tipo I (ex. não ter ânimo para nada)?

O médico deve avaliar cuidadosamente o portador de TAB tipo I, em fase depressiva, principalmente se há ideação suicida. Diversos medicamentos antidepressivos em dose e por tempo adequado podem ser utilizados em combinação com um estabilizador de humor. Se não houver remissão completa, existe a possibilidade de trocar o antidepressivo, associar outros medicamentos para potencializar o efeito do antidepressivo. Considerar outras medicações que possam estar sendo usadas para outras doenças clínicas e que pioram a depressão, além de uso abusivo de álcool, maconha, cocaína e crack que acentuam a depressão.

29. Com relação a recorrência da depressão, a porcentagem de 50% de ter um segundo episódio e de 80% a 90% de ter um terceiro, podem ocorrer mesmo quando o tratamento é feito por completo?

A depressão unipolar e a depressão bipolar (TAB) são doenças crônicas que

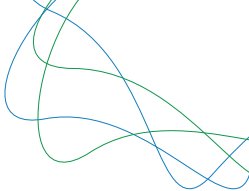
evoluem por fases intercaladas com períodos de normalidade. A probabilidade (%) de novos episódios depressivos recorrerem existe, mas o tratamento de manutenção com psicoterapia, medicamentos, atividade física e psicoeducação têm a finalidade de prevenir recaída ou recorrência, com isso controla-se a doença. Infelizmente cura plena ainda não há. A pessoa deve ser treinada a reconhecer os sintomas iniciais de recorrência e procurar o médico para uma avaliação e reajuste da medicação. Algumas pessoas podem necessitar tratamento para toda a vida. O importante é ter qualidade de vida sem crises.

30. O portador de transtorno bipolar e depressão dependerá de tratamento psiquiátrico e psicológico, durante toda vida? Sempre vai precisar de remédios?

O portador de TAB e depressão necessita de controle durante toda a vida. O médico pode fazer ajustes da dose das medicações dependendo da recuperação e do grau de gravidade. A psicoterapia auxilia muito, pois dá fortalecimento para enfrentar os fatores que podem favorecer as fases depressivas. Cada situação deve ser avaliada pelo médico, pois é individual, dependem da idade, gênero, outras doenças associadas e fatores de enfrentamento.

31. Em quanto tempo os tratamentos começam a dar resultados de melhora da depressão e do transtorno bipolar?

O tempo para o tratamento começar a induzir melhora pode variar de pessoa para pessoa, dependendo da gravidade e da cronicidade do quadro. Mas em média de quinze dias a dois meses, após o ajuste da dose correta da medicação, a maioria das pessoas (dois terços delas) têm melhora significativa. Um terço dos pacientes pode demorar mais tempo, necessitar de troca do medicamento ou outras associações medicamentosas. Uma vez atingida a remissão do quadro, o tratamento deve ser mantido por um ano ou mais por orientação médica.



32. Quais poderiam ser as atividades ou terapias coadjuvantes para portadores de transtorno bipolar?

Como terapia coadjuvante para os portadores de TAB é importante uma atividade física rotineira e prazerosa, pois aumenta a endorfina que melhora o humor das pessoas. Atividade social como forma de reintegração com outras pessoas, pratica de exercícios de ioga, relaxamento, dança, canto, diversão e leveza no enfrentamento das adversidades da vida.

33. O tipo de tratamento é o mesmo para os três tipos de bipolar (tipo I, II e ciclotimia)? Quais as variações que podem ser observadas nos tratamentos? Um paciente pode evoluir de um tipo para o outro?

A característica do bipolar tipo I é que há fases claras de mania e depressão, no tipo II predomina a hipomania e depressão, ou tem familiares com história de bipolaridade. O tratamento pode variar dependendo da gravidade. Em geral tanto o tipo I como o II necessitarão de estabilizador de humor de base, além de medicação específica para as fases depressivas ou de mania. Infelizmente, o paciente pode evoluir do tipo II para o tipo I, ambos são tratados com estabilizadores de humor. Na ciclotimia, as oscilações entre depressão e euforia são de intensidade menor, mas em qualquer tempo a pessoa pode desenvolver episódios de depressão ou mania que necessitarão de tratamento.

34. O que acontece quando o portador de TAB interrompe ou para com os remédios?

Muitas pessoas por preconceito, por não gostar ou não aceitar a doença, ou ainda por pensar que estão curadas acabam por interromper repentinamente a medicação. O abandono do tratamento favorece a recaída em dois a três meses e com gravidade importante. O mais frequente é o retorno dos sintomas, piorando o prognóstico da doença. Quanto mais fases, maior a

probabilidade de novas recaídas. Não é recomendada a interrupção do tratamento. Um planejamento de redução de dose na fase de manutenção é importante com a orientação do médico que está acompanhando o tratamento. O sofrimento que a pessoa passa a cada recaída é grande, sentimento de vergonha, fracasso e de rejeição. Devemos evitar isso.

35. Como fazer para internar um paciente no SUS (Sistema Único de Saúde), se for necessário?

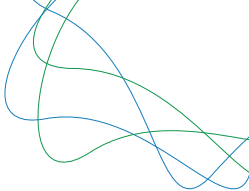
Quando for necessária a internação, o médico do paciente deve indicar e fazer por escrito uma carta solicitando a internação, contendo o diagnóstico e a justificativa. O médico pode ligar para a central de vagas da região e saber qual unidade hospitalar tem vaga para receber o paciente. Se o paciente não tem médico, e está agitado, agressivo, exaltado, ou com risco de suicídio ele pode ser levado a um serviço de emergência para ser avaliado. Lá o médico é quem decidirá por encaminhá-lo para internação ou medicar e tratar em regime ambulatorial.

36. Quando na fase de euforia, o que podemos fazer com os gastos excessivos?

A euforia tem diversas manifestações de exaltação do humor, grandioso, agressivo e descontrole de impulsos. Entre eles está o gasto excessivo. O paciente deve ser conscientizado de que está fora de sua normalidade, reiniciar as medicações sob orientação do médico. A família será orientada para retirar cartões bancários de crédito ou débito, cheques, dinheiro ou evitar que o paciente possa sair sozinho e fazer gastos excessivos por ter crédito com pessoas conhecidas.

37. Em lugar onde não existe o profissional habilitado, a quem, ou onde, o paciente pode recorrer para se tratar?

Para o portador de TAB é sempre melhor um profissional qualificado,



para conduzir o tratamento de forma eficaz e efetiva, que conheça todas as nuances das fases desta doença e como tratá-la. Mas se não existir o melhor a fazer é alertar o próprio paciente para um melhor controle da doença, não deixar de tomar a medicação e seguir as orientações evitando recaída ou mudança de fase. A família deve estar alerta para pequenas modificações e buscar orientação do médico que acompanha. O médico que não está habilitado deve procurar estudar e conhecer melhor a doença, as diversas formas de expressão dela e todas as possibilidades de tratamento. Se o profissional não sentir-se com competência deve encaminhar para outra cidade, município ou estado, isto é, local mais adequado. Por ser uma doença de característica crônica, que evolui por fases, precisa de cuidado constante. O direito a saúde deve ser buscado por todos, pois é dever do Estado.

38. Para onde encaminhar as pessoas de baixa renda para tratamento, está inclusa a medicação?

As pessoas que não tem convênio, ou não possam fazer tratamento particular, devem dirigir-se à UBS (Unidade Básica de Saúde) mais próxima de onde mora. Se lá não tiver médico psiquiatra, a UBS deve encaminhar o paciente para uma AME (Ambulatório Médico de Especialidades) que tenha psiquiatras, para unidades de CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) e CAPs AD (CAPs álcool e drogas). Se houver maior gravidade deve-se encaminhar para hospitais terciários ou hospitais universitários que tenham atendimento psiquiátrico. Quanto à medicação dependerá do que o médico prescrever. Muitas delas já estão disponíveis na rede do SUS. O médico deve orientar o paciente onde ele poderá retirar, fornecendo a documentação necessária, seja no serviço municipal, estadual ou federal.

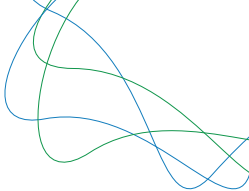
ELETROCONVULSOTERAPIA

39. Por que usar eletrochoque como tratamento?

A eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque é um tratamento usado especialmente para os casos em que há uma má resposta ao tratamento com medicamentos. Muitos portadores, mesmo com o tratamento adequado (medicamentos em doses e duração adequadas, associações de medicamentos, outras estratégias de otimização de tratamento) não apresentam uma resposta adequada e permanecem com sintomas, o que chamamos de “casos resistentes”. A ECT pode ser sim aconselhável em fases de mania grave, com sintomas psicóticos, em casos de má resposta ao tratamento com medicamentos. É sempre uma opção de tratamento. Em situações assim, a ECT é uma opção segura e eficaz e deve ser sempre considerada. Há outras indicações, como por exemplo casos graves com risco de suicídio, nos quais uma resposta mais rápida é desejada.

40. Quantas sessões de eletrochoque são necessárias para o tratamento? Quanto à perda de memória, ela é afetada parcialmente em consequência do eletrochoque, definitivamente? Qual área do cérebro ele atinge e como atinge?

A ECT age nos sistemas de neurotransmissores, neuromoduladores e em receptores envolvidos na regulação do humor. Em geral, utilizamos uma média de 10 a 12 sessões, mas muitos pacientes podem apresentar uma boa resposta já com 4 a 6 sessões, enquanto outros podem precisar de até 16 aplicações. Por isso dizemos que o tratamento tem que ser individualizado, com avaliações periódicas para acompanhar a melhora, para cada paciente. Os efeitos sobre a memória são mais intensos durante os seis meses seguintes, com melhora progressiva.



41. A eletroconvulsoterapia é mais rápida para fazer uma pessoa com TAB internada voltar ao normal?

A ECT tem uma ação rápida e muitas vezes é adotada como opção de tratamento de casos graves, com risco de suicídio, por exemplo, por agir rapidamente. Porém, cada caso deve ser avaliado individualmente, e a conduta deve ser discutida com o médico.

42. A ECT pode deixar sequelas?

Os principais efeitos colaterais são sobre a memória, mais intensos nos seis meses que se seguem a término das sessões e que tendem a melhorar no decorrer do tempo. São raros os casos em que as alterações de memória permanecem por tempo indefinido.

43. A idade do paciente pode interferir nas sequelas da ECT?

A ECT é um tratamento seguro e eficaz para adultos e idosos. No entanto, com o decorrer da idade existe a tendência a apresentar alterações de memória, e os efeitos cognitivos podem demorar mais para se resolver. No passado, quando não eram utilizados relaxantes musculares e anestesia, havia risco de fraturas em idosos, mas com a técnica da ECT hoje, não ocorre mais esse risco.

44. Existe contraindicação para tratamento de eletrochoque? Existe limite de sessões?

São poucas as contraindicações para ECT, e parte delas diz respeito ao risco da anestesia, presente em qualquer procedimento cirúrgico. Em situações como hipertensão intracraniana, arritmias graves ou qualquer contraindicação ao uso da anestesia geral, a ECT pode não ser recomendada.

PSICOTERAPIA

45. Qual a importância da psicoterapia no tratamento do transtorno bipolar?

Como o transtorno bipolar é uma condição complexa, ele requer um tratamento multifatorial. O tratamento medicamentoso é prioritário, mas insuficiente para ajudar os seus portadores a construírem uma trajetória de vida mais estável. Além da medicação, as abordagens psicossociais, dentre as quais a psicoterapia, são fundamentais para que o portador possa:

- Conhecer e aceitar a doença;
- Aumentar a adesão ao tratamento;
- Reconhecer e evitar os fatores de risco de recaída;
- Reconhecer e lidar com os prejuízos que o transtorno acarreta;
- Reconhecer e lidar com o autoestigma e o estigma social;
- Desenvolver mudanças no estilo de vida, de modo a prevenir o surgimento de novos episódios.

46. Quais são os tipos de abordagens psicossociais eficazes para transtorno bipolar?

As abordagens psicossociais mais estudadas no tratamento do transtorno bipolar e que mostraram resultados consistentes são:

- Encontros psicoeducacionais - palestras sobre os diversos aspectos do transtorno, seguidas de discussões e depoimentos dos participantes.
- Terapia cognitiva comportamental (TCC) - trabalha as questões do aprendizado e do desenvolvimento de novas atitudes a partir da modificação das crenças incorretas dos pacientes.
- Psicoterapia familiar - psicoeducação da família e tratamento dos problemas de comunicação entre seus membros.
- Terapia interpessoal e do ritmo social (TIPRS) - psicoterapia interpessoal com treinamento de rotinas de sono, alimentação e atividades sociais.



47. É melhor psicoterapia individual ou grupo?

O atendimento individual possibilita trabalhar com mais detalhes a dificuldade específica de um dado paciente e pode ser importante numa fase inicial do tratamento, quando o portador ainda não conhece bem o seu transtorno, tem muitas dúvidas ou apresenta grande dificuldade para expor seus problemas na frente de outras pessoas.

No entanto, a psicoterapia em grupo proporciona uma experiência ímpar de troca de experiências, de sensação de pertencimento, de compartilhamento de dúvidas, mitos e preconceitos, e de aprendizado mútuo, que contribui para o fortalecimento da autoestima e para o desenvolvimento de habilidades sociais que o atendimento individual não consegue proporcionar.

Dependendo do caso, é possível associar, durante certo tempo, atendimento individual e de grupo.

48. Todos os pacientes bipolares precisam de psicoterapia? Ou pode acontecer de o portador ser tratado apenas com medicamentos?

Todos os pacientes bipolares necessitam de uma abordagem psicossocial, além do tratamento medicamentoso, pelo menos durante algum tempo.

Alguns fatores podem condicionar a aplicação de uma ou outra forma de abordagem. Por exemplo, o estado clínico do paciente pode impedir que ele seja atendido em psicoterapia, mas não impede que sua família faça psicoterapia familiar, ou participe de grupos de apoio mútuo para familiares, para aprender a lidar melhor com a situação. Pacientes maníacos não conseguem ter concentração suficiente para permitir um aproveitamento satisfatório das sessões de psicoterapia ou de encontros psicoeducacionais. Os pacientes muito deprimidos também têm dificuldade para modificar crenças ou comportamentos ligados ao transtorno, porque tendem a absorver apenas os aspectos negativos das informações apresentadas. Assim, o portador pode ser atendido apenas pelo psiquiatra até sua sintomatologia ficar suficientemente controlada para que ele possa aproveitar a psicoterapia.

49. O psicoterapeuta precisa conhecer a doença para tratar um bipolar?

É fundamental que o psicoterapeuta tenha conhecimento do transtorno e possa reconhecer os seus sintomas e sinais significativos, para orientar-se na condução da psicoterapia.

Ao procurar um psicoterapeuta, o paciente e sua família devem se informar se o profissional conhece o transtorno bipolar e apresenta experiência no atendimento de seus portadores.



COMORBIDADES² PSIQUIÁTRICAS E DROGAS

50. Qual a diferença entre o transtorno bipolar e o transtorno de personalidade *borderline*?

O transtorno bipolar caracteriza-se por alterações patológicas do humor (ou seja, não são uma maneira comum da pessoa portadora sentir e se comportar, mas sim uma alteração de seu modo normal de ser), como episódios de depressão, hipomania, mania ou mistos. Estas alterações podem surgir num determinado ponto da vida e passar a se repetir com frequência, trazendo dificuldades no funcionamento psicológico e social. Fora dos períodos em que as pessoas têm sintomas mais agudos, seu modo de sentir e se comportar são parecidos com o que eram antes dos episódios e também parecidos com os de outras pessoas de seu meio. O transtorno de personalidade *borderline* representa um conjunto de características da personalidade, que fazem com que o modo de ser de uma pessoa seja diferente do esperado para o contexto em que vive e principalmente disfuncional. Estas características da pessoa são mais ou menos constantes após o início da idade adulta e não representam uma alteração clara de seu modo de ser, mas sim é o seu modo de ser. As pessoas que têm transtorno *borderline* são caracteristicamente e excessivamente instáveis em seus relacionamentos interpessoais, tendo dificuldades de manter vínculos. São muito impulsivas e tempestuosas em suas manifestações afetivas, devido às intensidades anormais e inadequação no modo de manifestarem sentimentos e se relacionarem. São também intolerantes às variações normais do comportamento de outras pessoas que com elas convivem. Estes indivíduos têm muita dificuldade de constituir imagens satisfatórias de si mesmos e são comumente bastante inseguros. O nível de crítica é geralmente pobre e estas pessoas dificilmente percebem que “funcionam” de modo anormal. É importante frisar que este modo de ser é duradouro e não corresponde a episódios distintos de alterações do funcionamento normal, como no transtorno bipolar. Em todo o caso, devemos lembrar que uma mesma pessoa pode ter os dois tipos de problema simultaneamente.

² Comorbidades são doenças que acometem conjuntamente o indivíduo e se interinfluenciam

51. Há tratamento para o transtorno *borderline* da personalidade?

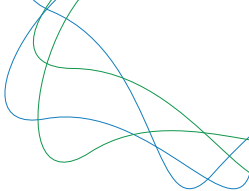
O tratamento é tentado principalmente através de psicoterapia e mais eventualmente com uso temporário de medicamentos. Diversas formas de psicoterapia têm sido utilizadas. As intervenções terapêuticas podem trazer melhora, mas não o desaparecimento do problema.

52. Quais transtornos da personalidade são mais encontrados em quem tem transtorno bipolar?

Ainda há muita polêmica em torno da questão se as pessoas que têm transtorno bipolar são mais propensas a apresentarem um tipo qualquer de transtorno de personalidade como comorbidade. Os tipos mais citados na literatura são o transtorno *borderline*, transtorno histriônico da personalidade e o transtorno antissocial da personalidade. Vale lembrar que estes diagnósticos podem ser erroneamente feitos a partir de comportamentos que as pessoas com transtorno bipolar podem ter durante os episódios de alteração de humor e que, na verdade, não são um modo constante de funcionamento.

53. Quais são as relações possíveis entre transtorno bipolar e ataques de pânico?

Ataques de pânico se caracterizam por episódios repentinos de crescente desconforto psíquico, com forte apreensão e sensações físicas desagradáveis, como taquicardia, sudorese, dor no peito, formigamentos, calafrios e várias outras que fazem com que a pessoa busque ajuda devido ao medo de morrer. Estas sensações físicas não estão fundamentadas em doenças objetivas que sejam suas causadoras. Quando estes ataques ocorrem repetidamente e alteram o funcionamento do indivíduo, dizemos que este é portador de transtorno de pânico. O transtorno de pânico pode ser uma comorbidade em relação ao transtorno bipolar, ou seja, são transtornos que acometem conjuntamente o indivíduo e se interinfluenciam. Os portadores de transtornos do



humor parecem ser mais vulneráveis a outros problemas, como os transtornos de ansiedade, dos quais o transtorno de pânico faz parte. É possível também que uma pessoa portadora de transtorno bipolar tenha, em situações diversas, ataques de pânico, mas que não sejam correspondentes ao diagnóstico de transtorno de pânico, especialmente se ocorrerem de forma isolada.

54. Anorexia e bulimia são sintomas das síndromes³ depressivas?

A falta de apetite pode fazer parte de uma síndrome depressiva e muitas pessoas chamam isto de anorexia. Este tipo de sintoma desaparece com a resolução do quadro depressivo. Todavia, quando se fala em anorexia nervosa e bulimia nervosa o mais apropriado é que estas síndromes sejam associadas aos transtornos alimentares. Estes são diagnósticos independentes dos transtornos do humor, mas podem ocorrer como comorbidades.

55. Quais os riscos de se consumir álcool com antidepressivos? E com estabilizadores do humor?

De modo geral o consumo de álcool deve ser evitado por pessoas com transtornos de humor, pois pode acentuar sintomas e também há risco maior para o desenvolvimento de padrões de abuso e dependência. Além disso, o álcool pode interagir com os medicamentos. O consumo de baixa quantidade (uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de 40 ml de destilado) e de modo esporádico, pode não ser muito arriscado, especialmente se a pessoa está tomando somente antidepressivos que não sejam sedativos e não tenha enzimas hepáticas elevadas. No caso dos estabilizadores de humor os prejuízos com o consumo de álcool podem ser maiores, especialmente com valproato de sódio/ácido valpróico e carbamazepina, devendo ser evitado.

³ Estado que apresenta um conjunto de sintomas e pode ser resultado de mais de uma causa.

56. As pessoas consomem drogas por estarem doentes ou ficam doentes por consumirem drogas?

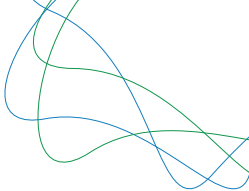
As duas coisas são possíveis. Muitas vezes as pessoas começam a consumir álcool e outras drogas na tentativa de aliviarem os sintomas psíquicos que decorrem de um transtorno psiquiátrico, principalmente quando este não foi diagnosticado e não está sendo adequadamente tratado. Daí ser tão importante pesquisar se a pessoa que está consumindo este tipo de substâncias tem algum problema de saúde mental que não foi detectado. Quando as pessoas fazem tratamentos corretos ficam menos vulneráveis aos problemas com álcool e outras drogas. Por outro lado, o consumo de drogas e uso excessivo de álcool costuma ser muito prejudicial à saúde e adoecem os indivíduos. Quando uma pessoa tem um transtorno psiquiátrico, como transtorno depressivo ou transtorno bipolar e também consome drogas ou bebe em excesso, terá mais problemas no controle de seus sintomas de humor e frequentemente tem uma evolução ruim. É muito importante tratar ambas as condições, pois os ganhos para a pessoa serão grandes.

57. O álcool traz mais prejuízos se consumido com maconha e outras drogas?

Sim. Sabe-se que o álcool aumenta a vontade de consumir outras drogas, inclusive tabaco. Quando consumido junto com maconha, cocaína e outras, pode piorar os efeitos da intoxicação ou fazer com que as pessoas se droguem ainda mais. Quando uma pessoa consome cocaína ou *crack* junto com o álcool há formação de uma outra droga no organismo, chamada cocaetileno, que é muito tóxica, inclusive para o coração.

58. Como cuidar dos problemas com o sono quando se tem um transtorno bipolar?

A primeira coisa é tomar os medicamentos da forma que foi prescrita pelo médico. Quando a insônia persiste, deve-se falar com ele para ver se é ade-



quada uma medida terapêutica adicional. O sono é sempre muito importante para quem tem transtorno depressivo ou bipolar. Também é aconselhável manter uma regularidade de hábitos, procurando deitar e levantar mais ou menos nos mesmos horários. Não se deve passar noites em claro para atividades de lazer, trabalho ou outras. A ingestão de bebidas alcoólicas ou produtos com alto teor de cafeína, como café e chá (exceto a maioria das infusões de flores e frutas) tende a prejudicar o sono. Quem tem insônia deve evitar álcool e não tomar café ou chá após as 16 h.

COMORBIDADES⁴ CLÍNICAS

59. Como deve ser feito o tratamento de pessoas com transtorno bipolar e insuficiência renal? O lítio pode provocar insuficiência renal?

O tratamento de pessoas que tenham transtorno bipolar e insuficiência renal deve ser feito dando-se preferência a medicamentos que não sejam excretados pelo rim, como o lítio. Existem diversas alternativas medicamentosas seguras para serem usadas nessa situação. O lítio é uma causa muito rara de insuficiência renal e, quando usado corretamente e sob condições de monitoração periódica dos seus níveis, esse risco é extremamente baixo.

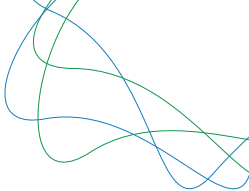
60. As doenças autoimunes têm relação com a depressão? Como é o tratamento dessa situação?

A depressão ocorre com mais frequência em quem tem doenças autoimunes (como lúpus, artrite reumatoide e doenças inflamatórias intestinais) do que na população em geral. Existem várias explicações para essa associação. A primeira delas diz respeito ao desconforto e às limitações de se ter uma doença crônica, que, muitas vezes, limita a qualidade de vida e exige tratamentos continuados. Porém, existem fortes indícios de que, tanto as doenças autoimunes quanto a depressão, estão relacionadas a alterações imunológicas e este seria o motivo da alta frequência dessa associação. O tratamento dessa situação envolve medicamentos específicos e psicoterapia.

61. Pós infarto do miocárdio e alterações de humor, há associação entre essas doenças?

É possível que sim. A medicina já conhece bem a alta taxa de depressão em pessoas que sofreram infarto do miocárdio ou que fizeram cirurgia cardíaca.

⁴ Comorbidades são doenças que acometem conjuntamente o indivíduo e se interinfluenciam



Alguns médicos preconizam, inclusive, usar preventivamente medicamentos antidepressivos nessas condições. Não se conhece totalmente as causas dessa associação, mas acredita-se que tanto o impacto de estar doente quanto alterações em moléculas inflamatórias possam explicar esta associação.

62. Qual a relação entre menopausa e depressão?

A menopausa é um momento da vida da mulher em que é comum o aparecimento de depressão. O hormônio estrogênio produzido pelo ovário age no cérebro e pode ser responsável por manter as regiões que controlam o humor funcionando adequadamente. Em situações em que há uma queda brusca do estrógeno (como na menopausa) haveria maior probabilidade do surgimento de depressão ou de piora de sintomas previamente existentes.

63. O tremor essencial pode ser influenciado pela depressão, transtorno bipolar ou fobia social?

Quadros em que há ansiedade, como a depressão ou as fobias podem ser acompanhados de tremores. Além disso, alguns medicamentos comumente usados nestas condições também podem causar tremores como um efeito colateral. O tremor essencial deve ser diferenciado dessas situações e é definido como o tremor em que não há uma causa determinada.

64. Quando o paciente é portador de transtorno bipolar e tem outro diagnóstico (como, por exemplo, arritmia cardíaca), o tratamento deve começar pelo manejo da doença física ou as duas doenças podem ser tratadas ao mesmo tempo?

Neste caso as duas doenças devem ser investigadas e tratadas. Sabe-se que as doenças físicas não tratadas podem piorar o prognóstico do transtorno bipolar e vice-versa.

65. A obesidade pode causar algum tipo de transtorno de humor (depressão e transtorno bipolar)? Tratando a obesidade, pode diminuir os sintomas emocionais?

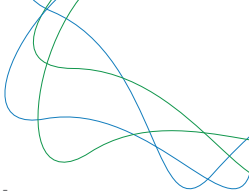
A obesidade diretamente não causa um transtorno do humor, mas sua presença pode afetar emocionalmente o indivíduo. Aspectos como baixa autoestima, discriminação ou estigma, e ser vítima de *bullying* são comuns em quem tem obesidade e, algumas vezes levam ao estresse e à depressão. Além disso, a presença de obesidade complica o tratamento dos transtornos do humor, pois exigem o uso de medicamentos que não induzam ganho de peso. Em obesos, a perda de peso tende a elevar a autoestima, a satisfação com o corpo e a qualidade de vida, favorecendo o bem estar emocional e a saúde mental.

66. Os estabilizadores de humor podem causar doença de Parkinson?

Existe um grupo de medicamentos chamados de antipsicóticos que podem causar, como efeito colateral, tremores semelhantes aos observados na doença de Parkinson. Isso não significa que a pessoa tenha esta doença, já que, quando se troca ou ajusta a dose da medicação esses efeitos desaparecem.

67. Qual é a relação entre depressão e diabetes? Pessoas com diabetes podem usar antidepressivos?

Pessoas com depressão apresentam alterações de glicose e diabetes em maior frequência do que a população em geral. Quando as duas condições estão presentes, elas devem ser tratadas, pois ambas podem comprometer tanto a saúde física quanto a emocional. A diabetes frequentemente leva a sofrimento emocional, por exigir que o indivíduo faça ajustes na alimentação, use medicações em longo prazo, mude seu estilo de vida e se adapte



ao fato de ter uma doença crônica. Se a pessoa tem alguma dificuldade nesta adaptação, pode desencadear a depressão. Pessoas com diabetes devem usar antidepressivos quando indicado e existem diversas medicações disponíveis e seguras nesta condição.

68. A apneia do sono grave pode levar a alterações de humor?

Sim. Esta condição causa ronco acentuado e paradas rápidas e frequentes da respiração, que se associam à redução do oxigênio no cérebro durante o sono. Isso provoca dezenas ou até centenas de despertares durante a noite. A falta de um sono restaurador pode levar à sonolência durante o dia, alterações de memória e de atenção e alterações de humor, como instabilidade de humor e irritabilidade. Pessoas com depressão e transtorno bipolar que tenham apneia do sono devem tratar esta condição.

GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

69. O uso prolongado do lítio poderá interferir na concepção fetal?

Os estudos mais recentes mostram que o risco de malformação cardíaca (Síndrome de Epstein) é apenas um pouco maior do que o risco na população que não faz uso de lítio. O uso de lítio na gravidez ainda foi associado a casos de macrosomia fetal (bebês que apresentam tamanho e peso acima da média) e bem raramente com polidrâmio que é o excesso de líquido amniótico.

70. Quanto tempo após o uso do lítio a pessoa poderá engravidar?

Não há estudos sobre a fertilidade e lítio. Entretanto, podemos dizer que as mulheres bipolares têm uma maior chance de apresentarem irregularidades do ciclo menstrual, por isto podem ter mais dificuldades de saber quando estão em período fértil, mesmo sem medicação. Com o uso do valproato (ácido valpróico ou divalproato de sódio) estas irregularidades podem aumentar. Assim, sempre sugerimos uma avaliação ginecológica para um planejamento adequado de gravidez em conjunto com o seguimento do psiquiatra desde o início.

71. Existe algum remédio que substitui o lítio na gravidez?

Não existe um medicamento que substitua o lítio. Ele pode ser administrado durante a gravidez, com necessidade de uma monitorização mais cuidadosa durante a gravidez, especialmente no terceiro trimestre e no período pré-parto.



72. É possível usar anticonvulsivante durante a gravidez?


Sim é possível. Entretanto os riscos de más formações aumentam significativamente. O ácido valpróico e o divalproato de sódio apresentam o maior risco e devem ser substituídos antes mesmo da gravidez ou no início da gravidez. A carbamazepina também aumenta o risco de más formações e é dose dependente, ou seja, quanto maior a dose maior o risco. A lamotrigina está relacionada com um risco mais baixo do que os outros anticonvulsivantes e parece não estar relacionado à dose.

73. Como uma pessoa portadora de transtorno bipolar do humor tipo I pode planejar uma gravidez com segurança? E nesse período, ela deve tomar algum medicamento?

Pode sim, seria o ideal. Com o planejamento se diminuem os riscos de más formações secundárias às medicações e de uma desestabilização do humor. Qualquer mudança no tratamento deve ser antes discutida entre a paciente, seu companheiro ou família, seu psiquiatra e psicoterapeuta. O acompanhamento de todos envolvidos nesta fase é de fundamental importância. Caso a opção seja de retirada total de medicação, deve estar bem claro para todos que o risco de uma recaída antes e durante a gravidez aumenta muito. E que o reestabelecimento do tratamento medicamentoso se faz necessário quando ocorre a recaída.

74. Uma mulher grávida com hipomania ou depressão pode ser tratada com medicamentos?

Sim, pode ser tratada com medicamentos. A prioridade do tratamento durante a gravidez é a saúde e o bem estar materno. Portanto, sempre que houver uma indicação absoluta de tratamento medicamentoso, ele deve ser feito. O tratamento é individualizado, ou seja, não há uma indicação ou tratamento padrão. Cada situação deve ser avaliada individualmente.



75. Estou com depressão. Fui diagnosticada com TAB, mas há meses que rejeito meu bebê de 10 meses. O que eu faço? A rejeição vai passar?

Este quadro deve ser tratado do mesmo modo que outros quadros depressivos e deve ter o acompanhamento de um psiquiatra e de um psicoterapeuta. Além disso o apoio do companheiro e da família são fundamentais. A rejeição pode ser um dos sintomas depressivos e com o tratamento deve desaparecer.

76. Quanto tempo pode durar a bipolaridade e a depressão pós-parto? Quando se descobre após dois anos, o que fazer?

A depressão pós-parto por definição pode iniciar até o sexto mês após o nascimento. Entretanto, ela pode durar mais tempo, especialmente se não for tratada. O diagnóstico de transtorno bipolar muitas vezes nas mulheres é feito no período após o parto, pois cerca de metade das mulheres podem ter seu primeiro episódio de transtorno do humor (depressão ou transtorno bipolar) nesta fase da vida.



TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

77. Sou bipolar, necessariamente meu pai e minha mãe são?

Não, a história familiar é algo muito importante no quadro de transtorno bipolar, porém a herança desta doença nem sempre se segue desta forma. Ter parentes de primeiro grau portadores de transtorno bipolar não quer dizer que necessariamente os descendentes desenvolverão a patologia, quer dizer que as chances são maiores do que em famílias onde tal patologia não está presente. Portanto, é completamente possível pais não portadores de transtorno bipolar terem filhos portadores, caso esta herança familiar esteja presente, assim como o contrário também pode ocorrer, pais portadores de transtorno bipolar terem filhos sem a doença.

78. Quais tipos de alterações no comportamento nos faz reconhecer numa criança um possível transtorno bipolar e como o profissional da educação poderia encaminhá-la a um especialista, sem denotar discriminação? Que tipo de abordagem facilitaria esse reconhecimento em sala de aula? Como e quando realizar tanto a abordagem quanto o encaminhamento? Como o educador pode auxiliar e/ou lidar com essa criança?

Crianças muito agitadas, com dificuldade para dormir (insônia), interesse sexual e/ou com comportamento masturbatório precoce, quadros compatíveis com “tempestades de humor” à menor frustração, agressividade, grandiosidade (se achar com poderes e/ou habilidades especiais) e principalmente história familiar positiva para transtorno de humor, nos faz pensar no diagnóstico de transtorno bipolar. Em sala de aula em geral são

crianças que não querem fazer lição, são distraídas, apresentam problemas de relacionamento com os colegas, são opositores com os professores. O ideal é uma aproximação com a família para indagar o que está acontecendo e propor uma avaliação com especialista.

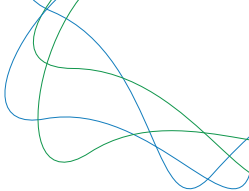
Uma abordagem próxima da família, sem julgamentos de caráter moral, sempre ajudam a afastar esta aura de discriminação, pois muitas vezes a família também não sabe a quem recorrer e não sabe também como proceder com as alterações de comportamento da criança.

A abordagem deve ser feita sempre que a desconfiança de alguma alteração do comportamento da criança surgir, não sendo necessária a presença de sintomas graves. Uma abordagem precoce é sempre o ideal para evitar perdas escolares e/ou do funcionamento social desta criança.

O educador pode ajudar bastante, sendo parceiro do médico e da família. Em muitos casos de transtorno bipolar, a criança precisa ser tratada com medicamentos, e as vezes em horário escolar. Ajudar a administrar estes medicamentos, no horário prescrito é muito importante, pois garante a adesão da criança ao tratamento e a estabilização do seu quadro. Ler sobre o assunto também ajuda muito, pois comportamentos que poderiam ser interpretados como desafiantes ou inadequados, muitas vezes são parte da doença. O conhecimento torna mais fácil lidar com estes casos.

79. Qual a probabilidade do filho de um bipolar apresentar manifestação da doença?

A prevalência de transtorno bipolar em geral é de 0,4% a 2,2% da população. Sabe-se que a chance de um filho de um portador de transtorno bipolar desenvolver a doença é maior do que a população em geral, porém não é regra; filhos de pais bipolares nem sempre desenvolvem a patologia. Porém, crianças com pais biológicos portadores de transtornos de humor têm risco três vezes maior de desenvolver depressão ao longo da vida. Caso alguma alteração seja observada na criança o ideal é procurar uma avaliação com o psiquiatra, para esclarecer quaisquer dúvidas.



80. Como é feita a prescrição de medicamentos quando é diagnosticado o transtorno afetivo em crianças?

Os medicamentos utilizados nestes casos são os estabilizadores do humor. O carbonato de lítio ou o divalproato são os tratamentos de primeira opção nos episódios de mania eufórica (distraibilidade, imprudência, grandiosidade, pensamento acelerado, agitação psicomotora, sono encurtado, tagarelice). Medicamentos antipsicóticos também podem ser necessários caso a criança apresente ou não sintomas psicóticos (delírios, alucinações), quando em crise maníaca. Desta forma, também irá estabilizar o humor, garantir o sono do paciente e proporcionar um melhor resultado para a estabilização do seu quadro. Após a estabilização do quadro, a criança/adolescente deve seguir em acompanhamento psicoterápico e sua família receber apoio psicoeducacional para melhor entendimento da doença.

81. Como dizer a um adolescente de 12 anos que ele é bipolar?

Primeiro este adolescente deve se sentir acolhido e respeitado pelo psiquiatra que o atende. Depois explicar a ele, com uma linguagem simples e objetiva, como os sintomas e as mudanças de comportamento estão prejudicando sua vida como um todo (escola, família, amigos). Combinar com o paciente o que ele irá falar a respeito da sua doença na escola, com parentes e amigos. Pedir para que ele e sua família leiam informações sobre o quadro em sites e ou publicações sérias. Acreditamos que realizando estas abordagens com a criança/adolescente e família conseguiremos uma maior adesão ao tratamento.

82. O que fazer quando o adolescente com transtorno bipolar quer dormir muito tarde com frequência (menos de 6 horas por noite)?

O adolescente primeiramente deve entender seus sintomas e se conscientizar dos prejuízos que o menor número de horas de sono pode causar ao seu quadro,

podendo inclusive levar à recaídas. A informação é fundamental para que o adolescente siga as instruções do tratamento, sendo um aliado deste. Orientar os pais sobre a higiene do sono tais como, manter uma rotina regular para dormir, não permanecer na cama acordado por mais de 5 a 10 minutos, não ver televisão ou ler na cama, evitar o uso de substâncias que interfiram no sono (álcool, cigarro, café, etc), praticar exercício regularmente, entre outros.

83. Na adolescência, já existe um conflito próprio da idade. Como agir com um portador de TAB?

Explicando para o adolescente, que o transtorno bipolar é uma doença e que tem tratamento para controle dos sintomas. Orientar aos familiares que o seu filho (a) apresentará quadros próprios da adolescência que irão se sobrepor aos sintomas da doença mas, que terão uma abordagem diferente.

84. Existem sinais comportamentais precoces que anunciam o transtorno bipolar durante a infância e adolescência?

Sim, agressividade, problemas de comportamento, hiperatividade, impulsividade, desatenção, grandiosidade e instabilidade do humor. A menor necessidade de sono, as “tempestades de humor” e os pesadelos frequentes também são sintomas comum do Transtorno Afetivo Bipolar de início precoce. Lembrar de pesquisar história familiar positiva para TAB.

85. Como podemos diferenciar um sintoma de TAB de uma crise de adolescência?

O adolescente sem TAB apresenta quadros de tristeza, angústia, mau humor e outras dificuldades, mas estas mudanças no comportamento não causam prejuízos e nem são duradouras. Embora possam, às vezes, serem tristes e chorosos, isso geralmente ocorre em resposta a eventos de vida e é de curta duração. Pensamentos de morte ou suicídio são infrequentes. Comportamentos de risco são menos frequentes e/ou menos graves do que no TAB.



FAMÍLIA E CUIDADORES

86. O que deve fazer um portador que não tem a retaguarda da família?


Não devemos considerar como família somente aquelas pessoas com quem se tem laços de sangue, o conceito de família pode ser estendido às pessoas com quem de fato se pode contar - amigos, colegas, vizinhos, etc. É sempre muito importante que o portador tenha o contato telefônico de seu médico, do seu plano de saúde (quando houver) e dos serviços de emergência como o “Resgate” do Corpo de Bombeiros.

87. Como fazer para impor limites ao portador quando está manifestando sintomas da doença, tornando-se agressivo e/ou manipulador nas relações familiares?

O relacionamento familiar pode estar associado com a eclosão e a evolução do transtorno, como: comunicação emaranhada onde todos falam ao mesmo tempo e ninguém ouve ninguém, perda da hierarquia familiar onde a autoridade - que pode ser exercida pelos pais ou algum outro membro da família - não é respeitada; isto é, não há limites nas relações, mas há impaciência, negatividade, desqualificação do outro, perda do sentimento de pertencimento ao grupo familiar - o vínculo compromete seu sentido afetivo gerando angústia e sofrimento, e etc.

Apesar de ser mais fácil identificar os problemas gerados pelo portador quando está sintomático, os demais membros da família também podem estar gerando problemas no relacionamento e não estão percebendo. A orientação psicoeducacional e a psicoterapia familiar auxiliam bastante na identificação de relacionamentos nocivos e na busca de alternativas mais saudáveis no vínculo familiar.

Assim sendo, em primeiro lugar é necessário que a família, junto com seu membro portador conheça a doença em suas manifestações sintomáticas - o



médico psiquiatra e o psicoterapeuta que conheçam transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar) podem fazer isso - e estabeleçam uma “aliança terapêutica” no relacionamento, na qual qualquer membro da família, ou quem o portador autorizar, deve assinalar quando os sintomas da doença estiverem se manifestando. Os membros da família tornam-se “cuidadores” do portador, quando ele estiver com sintomas.

88. Como fazer com o portador de transtorno bipolar, mesmo que a família conheça a doença, e o portador também conheça, mas não a assume, e frequentemente pressione a família a ceder?

Conhecer a doença não é critério suficiente para lidar com ela quando se manifesta, é necessário aprender a identificar na prática cotidiana relações nocivas, impregnadas de sintomas - que podem ser apresentadas pelo portador e/ou provocadas por um ou mais membros da família - e diferenciá-las das relações em que os sintomas e as provocações não estejam presentes.

A colocação de limites pelos membros da família - quando estiverem ocorrendo sintomas da doença - é essencial, primeiro através da palavra, do diálogo. Se isso não for possível e o portador estiver colocando sua vida e/ou seus bens ou a vida e/ou os bens de terceiros em risco, deve-se procurar a ajuda dos serviços de emergência.

ESTIGMA⁵

89. Em uma ficha de exame médico admissional como responder à pergunta - Você sofre ou já sofreu de depressão - sem correr o risco de ser prejudicado?

Essa é uma questão bastante polêmica. Na verdade o ideal seria que o diagnóstico de um transtorno de humor não ocasionasse prejuízos para o trabalhador ou candidato ao trabalho. Portanto, o ideal seria que a pergunta fosse respondida com franqueza e que o entrevistador – geralmente uma pessoa da área de Recursos Humanos, com formação em psicologia - pudesse compreender que o diagnóstico de um transtorno do humor (depressão ou transtorno bipolar) não desabilita o portador. No entanto, temos conhecimento de situações em que esse dado pode ter sido utilizado de forma contrária ao portador em processos de seleção. O ideal seria que a empresa pudesse compreender que o portador em tratamento, com o quadro estável, está apto a assumir responsabilidades profissionais. Porém, entre o mundo ideal e o real pode haver uma distância. Cada situação deve ser avaliada de forma particular e, se possível, que o profissional encarregado da seleção possa avaliar a capacidade profissional do candidato, e não as questões de saúde.

90. Considerando o preconceito social com a psiquiatria, um paciente bipolar poderá ser tratado com um neurologista?

Os transtornos mentais são doenças médicas, como outras, e o ideal é que sejam tratados por especialistas na área, os psiquiatras. Embora todos os médicos tenham uma formação generalista antes de se especializarem, no nosso dia a dia procuramos os ortopedistas para tratar de fraturas, obstetras para fazerem os partos, cardiologistas para cuidar das doenças do coração e o mes-

⁵ Visão negativa e muito arraigada, numa sociedade, a respeito de determinada prática, comportamento ou doença.

mo se aplica aos psiquiatras. Como o tratamento do transtorno bipolar é complexo e, em geral envolve uma equipe multidisciplinar, é sempre recomendado que seja conduzido por um médico psiquiatra com treinamento e experiência na área dos transtornos do humor. É importante combater o preconceito.

91. Existe lei que impeça um portador de transtorno bipolar de realizar um trabalho: professor, médico e outros por considerá-lo incompetente, desajustado, perigoso?

Não, não há lei que impeça. Porém, caso o portador esteja em uma fase de depressão ou de euforia, e os sintomas comprometam seu desempenho ou possam deixá-lo em uma situação de exposição e ele possa ter algum prejuízo profissional com isso, o afastamento temporário do trabalho pode ser importante até que se recupere, mas todas as situações devem ser discutidas entre o portador, a família e o médico, para se avaliar a melhor conduta, caso a caso.

92. Gostaria de saber quais os métodos diagnósticos já que muitos sintomas citados são até incentivados “socialmente” e também vivemos em uma realidade de pressão social e emocional intensa. Não há o risco de uma generalização/ categorização de pessoas como “doentes”?

O diagnóstico de um transtorno do humor (depressão ou transtorno bipolar) se baseia em critérios discutidos por especialistas do mundo todo, que levam em conta a ocorrência de sintomas bem definidos. Esses critérios possibilitam o estabelecimento de uma “linha divisória” entre reações naturais a contratempos e situações estressantes de uma situação em que se diagnostica uma doença médica passível de tratamento. Estar triste como uma reação a um evento significativo da vida não necessariamente implica em estar deprimido, mas quando uma depressão é diagnosticada com base nesses critérios recomenda-se o tratamento. A avaliação diagnóstica criteriosa deve ser feita por um especialista.



93. Por que há tanto preconceito da sociedade em relação ao remédio para depressão?

Em parte porque ainda existe um grande preconceito em relação ao diagnóstico dos transtornos mentais; por outro lado, com a maior divulgação na mídia dos transtornos de humor o termo “depressão” é por vezes banalizado. É importante diferenciar sentimentos naturais de tristeza, frustração e ansiedade que ocorrem como reações a eventos da vida e que fazem parte do nosso dia-a-dia, de uma doença médica.

94. Havia transtornos afetivos no mundo antigo ou isso é apenas inerente ao mundo contemporâneo (sociedade moderna, capitalismo selvagem, solidão em grupo, alta competitividade, etc.)?

Os transtornos afetivos são descritos desde a Antiguidade, um exemplo disso é o termo melancolia que foi usado pelos gregos para descrever estados depressivos, pois acreditavam que a “bile negra” (“melano colis”) regularia o humor depressivo. Além disso, há relatos na Bíblia que descrevem o caso do rei Saul, possível portador de transtorno bipolar. Vemos nas últimas décadas uma referência mais frequente aos transtornos do humor por um maior reconhecimento desses quadros como doenças médicas passíveis de tratamento, por um cuidado maior no estabelecimento do diagnóstico e com a maior divulgação uma busca mais frequente de tratamento.

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

95. Existem tratamentos alternativos para depressão?

São considerados tratamentos alternativos quaisquer tratamentos que não tenham sido aprovados para o tratamento da depressão, por não terem estudos científicos suficientes justificando a indicação. Diversas substâncias, incluindo medicamentos que não são considerados antidepressivos, vitaminas, fitoterápicos, alimentos e também procedimentos não medicamentosos como estimulação magnética transcraniana e fototerapia estão entre os tratamentos considerados alternativos. O seu uso deve ser restrito, e apenas autorizado e acompanhado por médico especialista, em situações clínicas que justifiquem o seu uso, principalmente em situações em que os tratamentos habituais falharam ou não foram tolerados.

96. Homeopatia é um tratamento alternativo válido para a depressão?

O tratamento homeopático tem poucos estudos científicos que justificam o seu uso no tratamento da depressão.

97. Gengibre tem lítio? Quais alimentos podem ser utilizados para o tratamento dos transtornos do humor?

A quantidade de lítio no gengibre não é suficiente para ter algum valor clínico, portanto não pode ser utilizado como fonte terapêutica de lítio.

Entre os alimentos, apenas o óleo de peixe tem alguma evidência científica para indicação no tratamento da depressão.



98. Quais fitoterápicos podem ser utilizados no tratamento da depressão?

Apenas o *Hypericum perforatum* tem estudos científicos que demonstram seus efeitos terapêuticos na depressão leve ou moderada, porém deve ser feito a partir de extratos purificados e padronizados (industrializados), e com orientação médica, pois o seu uso pode atrapalhar a ação de outras medicações que estejam sendo utilizadas pelo paciente.

99. Como é o tratamento com campos magnéticos para depressão?

O tratamento com alguma evidência científica é a estimulação magnética transcraniana, um procedimento padronizado com campos magnéticos de alta intensidade. Outros tratamentos com campos magnéticos não tem quantidade suficiente de estudos, e portanto não devem ser utilizados como opção de tratamento para depressão.

100. A regressão e a hipnose podem ajudar no tratamento da depressão e do transtorno bipolar?

Não há estudos que demonstrem que regressão ou hipnose possam ajudar no tratamento da depressão e do transtorno bipolar.

ADESÃO AO TRATAMENTO E GRUPOS DE APOIO MÚTUO

101. Qual é a melhor abordagem para ajudar um portador a compreender que precisa de tratamento?

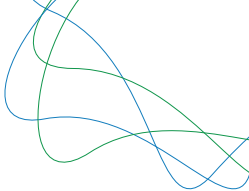
A dificuldade para aceitar tratamento é muito frequente em pacientes bipolares; mais de um terço o abandonam e não comunicam o médico.

De maneira geral, a aceitação do tratamento de qualquer doença envolve quatro etapas:

- Reconhecimento da doença – é preciso que o portador seja informado sobre seu transtorno e consiga reconhecer os sintomas da doença em si mesmo.
- Aceitação da doença - O paciente admite ser portador do transtorno e aceita iniciar o tratamento proposto. Ele não somente reconhece os sintomas, mas começa a ter noção de ser um portador do transtorno em questão.
- Assimilação da doença e seu tratamento - O paciente sente o tratamento como algo seu, que faz parte de sua vida (em vez de algo proposto *de fora*). Nesta fase, o paciente assume a sua participação como corresponsável por seu tratamento.
- Aceitação da mudança na autoimagem - O paciente vive o luto pela perda da noção de que era saudável e aprofunda o conceito de ser portador do transtorno de humor.

102. Caso a pessoa não queira ajuda, que procedimento tomar?

Conforme colocado na questão acima, a aceitação do tratamento é um processo que envolve etapas e pode demorar, para cada pessoa, mais, ou menos tempo. Envolve, além disso, o empenho da família, do paciente e da equipe terapêutica. Tão importante quanto saber qual procedimento tomar,



é saber que atitude assumir para ajudar quem resiste a se tratar. Resumimos adiante atitudes que familiares e amigos podem ter com os portadores para ajudá-los na adesão ao tratamento.

Informar-se sobre o transtorno e seu tratamento. Mostrar interesse em aprender junto com o portador, e trocar ideias sobre esse aprendizado.

Evitar comentários críticos e preconceituosos em relação ao comportamento do paciente.

Ter paciência com as manifestações do quadro, não querer **apressar** a melhora antes do tempo.

Participar de grupos de apoio mútuo (anteriormente chamados de grupos de autoajuda) para familiares, e informar ao paciente sobre as questões discutidas.

Se o paciente apresentar sério risco à sua integridade física ou à de terceiros, chamar serviços de resgate para que ele seja encaminhado a um serviço de urgência e receber o tratamento necessário.

103. Se o portador de transtorno bipolar não aceita que possui a doença, é viável que seja medicado sem o acompanhamento psiquiátrico?

O tratamento do transtorno bipolar é complexo e requer profissionais altamente treinados e capazes de identificar o tipo do transtorno e de prescrever a melhor alternativa terapêutica para cada paciente. Isso é feito pelo médico psiquiatra, que é o profissional mais preparado para instituir o tratamento medicamentoso. No caso de um paciente muito resistente, deve-se primeiro tentar esclarecer a necessidade de consultar o especialista adequado para o caso. Pode-se insistir para que ele faça, por exemplo, “uma consulta sem compromisso”, o que muitas vezes é suficiente para que o paciente conheça o profissional e consiga fazer uma aliança terapêutica, que o ajude a superar a resistência inicial e iniciar o tratamento correto. Começar bem o tratamento, muitas vezes, ajuda o paciente a diminuir sua sintomatologia e, aí sim, fica mais fácil iniciar o processo de aceitação da doença e do tratamento.

104. Quais os passos para realizar uma avaliação médica com objetivo de elaborar o diagnóstico? Quem procurar psicólogo ou psiquiatra? Onde achar especialista gratuito? Quando procurar especialista?

A *avaliação médica* é sempre realizada por um médico, no caso o psiquiatra, pois é ele que detém o conhecimento específico sobre a doença bipolar e poderá fazer um diagnóstico correto. A consulta (particular) poderá ser marcada com um profissional, já conhecido, ou indicado por alguém de sua confiança. Os especialistas gratuitos podem ser encontrados nos convênios médicos, ou nas unidades dos Sistemas Únicos de Saúde (SUS). A pessoa deve procurar os médicos psiquiatras, especialistas em TAB, toda vez que se sentir com sintomas ligados a uma instabilidade do seu humor, que vão da euforia patológica mais leve à depressão mais grave. Esses sintomas serão descritos em outra pergunta.

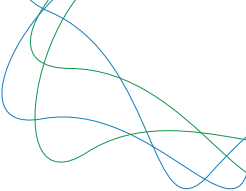
105. Onde achar grupos de ajuda para tratar problemas conjuntos (familiares e portadores)?

A ABRATA possui três atividades direcionadas aos portadores da doença e seus familiares.

- Grupo de Apoio Mútuo (GAM) *para portadores* de Transtornos Afetivos, isto é, depressão e transtorno bipolar - encontros semanais.
- Grupo de Apoio Mútuo (GAM) para familiares e amigos de portadores de Transtornos Afetivos - encontros semanais.
- Grupo de Interatividade com familiares e portadores de Transtornos Afetivos - encontros mensais.

106. O que deve ser feito para participar dos grupos de autoajuda pela primeira vez?

A ABRATA possui dois tipos de Grupo de Autoajuda, que atualmente são



denominados Grupos de Apoio Mútuo (GAMs). Para poder participar de um deles, pela primeira vez, é necessário que, inicialmente, o portador e/ou familiar se inscreva em um dos encontros do *Grupo de Acolhimento*. Neste grupo, a ABRATA será apresentada e todas as informações sobre voluntariado e atividades na instituição serão informadas. Posteriormente, a pessoa interessada poderá dar início à participação nos GAMs, mas a cada sessão semanal terá de se inscrever antecipadamente.

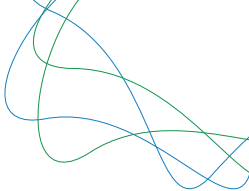
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E RELIGIOSIDADE

107. É possível curar as pessoas com transtorno bipolar (que tenha vários episódios) com algum tipo de doutrina, crença ou religião sem a presença de medicamentos convencionais, ou algum outro tratamento alternativo?

Não é possível tratar o transtorno bipolar, de forma adequada, sem o uso de medicações. Estas devem ser prescritas, pelo psiquiatra, e seu uso, contínuo, é fundamental para o controle do transtorno. Uma crença religiosa não pode substituir o tratamento medicamentoso, porém, isso não quer dizer que religião e medicina não possam caminhar juntas. A religiosidade e a espiritualidade são importantes para a maioria das pessoas e, portanto, a fé, se bem vivenciada, pode ajudar o paciente a enfrentar as dificuldades da doença e de seu tratamento.

108. A religião, de certa forma, melhora, piora ou é neutra para doença do humor?

Depende da forma como a religião é vivenciada pelo paciente. Quando a fé é conduzida de forma radical, excludente, rígida e não integradora, certamente ela pode trazer malefícios, dificultando o enfrentamento da doença e diminuindo a adesão ao tratamento. Porém, assim como já foi demonstrado, por pesquisas em outras doenças clínicas e psiquiátricas, a religiosidade, se vivenciada de forma a integrar o envolvimento do paciente com o seu tratamento e a fé no processo de controle da doença, os benefícios da religiosidade são claros. Lembramos aqui um ditado popular que diz: “faça a tua parte que eu te ajudarei”, baseado em escritos bíblicos que mostram que Deus espera dos homens que eles façam justiça e sigam suas vidas com suas próprias escolhas.



109. O que fazer quando um pai sabe ter depressão, mas atribui tudo a espiritualidade como responsável pelo seu mau êxito profissional ou tudo que começa e não termina, as pessoas o chamam de insuportável e ele não aceita tratamento, nem ajuda. E uma adolescente filha deste pai acha que o pai não gosta dela, só a persegue?

Este é um exemplo em que uma crença religiosa rígida impede que o indivíduo procure tratamento adequado, gerando estresse em toda família. Nesses casos, algum membro da família deve tentar convencer o paciente da importância da avaliação médica, independente da sua crença religiosa. Os argumentos para convencer alguém são variáveis e dependem de cada indivíduo, como exemplos podemos lembrar de textos bíblicos: “faça a tua parte que te ajudarei”; ou dizer “fazer uma avaliação não custa, quem não deve não teme”; “se você não gostar do médico, não precisa seguir as orientações dele”. Nesta fase, o importante é conduzir o paciente a um profissional de saúde. A adesão vai depender da aliança terapêutica, entre paciente e médico. Assim, o psiquiatra e a equipe de saúde devem estar preparados para conversar com o paciente, respeitando sua crença, porém, esclarecendo que o tratamento médico não implica em falta de fé ou descrença e que pode unir-se à espiritualidade, contribuindo para uma recuperação mais rápida. A filha deve ser orientada a entender que o pai sofre de uma doença tratável e que toda a família pode ajudá-lo a ter uma melhor compreensão do seu quadro clínico e busca do procedimento mais indicado.

110. Uma religião é melhor do que outras no processo de ajuda ao paciente com transtorno bipolar?

Em geral não. Cada família, cada paciente deve seguir a sua crença e a sua religião por escolha própria. Entretanto, lembramos aqui, que algumas religiões podem ser mais radicais, a ponto de sugerirem a suspensão dos medicamentos, prometendo a cura das doenças, o que do ponto de vista da medicina não é aconselhável, pois partimos do princípio de que a doença bipolar deve ser tratada com medicamentos e outras abordagens, como as psicoterapias.

Bibliografia recomendada

- ANDREESCU Carmen, MULSANT Benoit H., EMANUEL James E. Complementary and alternative medicine in the treatment of bipolar disorder - A review of the evidence. **Journal of Affective Disorders**. v. 110, n. 1-2, p. 16-26, set. 2008.
- BAGBY R. Michael, QUILTY Lena C., RYDER Andrew C. Personality and depression. **The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie**, Canada, v.1, n. 53, p. 14-25, jan. 2008.
- BODEN J.M., FERGUSSON D. M., Alcohol and Depression, **Addiction**, v. 5, n. 106, p. 906-914, mai. 2011, revisão.
- COLOM, Francesc, VIETA, Eduard. **Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder**. 1ª ed. New York: Cambridge University Press, 2006. 218 p.
- DAVIS L. Uezato, et al. 419. Current Opinion in Psychiatry. **Major depression and comorbid substance use disorders**. New York, v. 1, n. 21, p. 14-18, 2008.
- FRYE M. A., SALLOUM L. M. Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations. **Bipolar Disorder**. v. 8, p. 677- 685, dez. 2006.
- SERPA G., NERY-FERNANDES F, SCIPPA A. MIRANDA. Tratamento de Prevenção Secundária. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 34-44, nov./dez. 2011.
- GOLDSTEIN B.I., BUKSTEIN O.G. Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder: opportunities for early identification and prevention. **Journal of Clinical Psychiatry**, n. 71, p. 348-358, 2010.
- GOODWIN F., JAMISON, K. R. **Doença Maníaco-Depressiva: Transtorno Bipolar e Depressão Recorrente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 1376 p.
- JUSTO Luis Pereira, CALIL Helena Maria. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2004.
- LAGOMARSINO, A. Grupos de usuarios en la Argentina. In: Akiskal, H. S., Cerkovich-Bakmas, M. G. et al. **Transtornos Bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos**. Buenos Aires: Panamericana, 2006. p. 323-336.
- CRUZ A. Mario, et al, The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. **Bipolar disorder**, v. 12, p. 68-76, 2010.
- MELMAN, J. Família e doença mental. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. **Coleção Ensaios Transversais**, São Paulo: Escrituras, 2002.
- MIKLOWITZ, D.J. **The Bipolar Survival Guide: What you and Your Family Need to Know**. New York: The Guilford Press, 2002.
- MIKLOWITZ, D.J. **Transtorno Bipolar. O que é preciso saber**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2009.
- MORENO, R.; MORENO, D. H. **Da Psicose maníaco-depressiva ao Espectro Bipolar**. São Paulo: ABDR, 2005.
- VIETA, E. **Transtornos bipolares. Avances Clínicos y Terapéuticos**. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001.
- WERLANG, B; BOTEGA, N. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.



ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

www.abrata.org.br

e-mail: contato@abrata.org.br

Fone: 3256-4831

