

Transtorno Afetivo Bipolar

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), também conhecido como Transtorno Bipolar do Humor (TBH) ou, antigamente, Psicose Maníaco Depressiva (PMD), é uma doença relacionada ao humor ou afeto, classificada junto com a Depressão e Distímia. O TAB se caracteriza por alterações do humor, com episódios depressivos e maníacos ao longo da vida. É uma doença crônica, grave e de distribuição universal, acometendo cerca de 1,5% das pessoas em todo o mundo.

O TAB é considerado uma doença psiquiátrica complexa e, muito embora tenha um quadro clínico variado, é uma das doenças com sintomatologia mais consistente ao longo da história da psiquiatria. Sua forma típica (euforia-depressão) é bem caracterizada e reconhecível, permitindo o diagnóstico precoce e confiável.

Normalmente sentimos alegria, tristeza, medo, ousadia, energia, desânimo, eloquência, apatia, desinteresse, enfim, em diversos momentos de nossa vida, com maior ou menor intensidade uma grande variedade de sentimentos são experimentados. De modo geral, é normal a pessoa ficar alegre com uma promoção no emprego, com uma conquista amorosa, nascimento de um filho e outras situações agradáveis. Por outro lado, espera-se também que uma pessoa normal experimente tristeza e sofrimento depois de um rompimento amoroso, com doença ou morte de pessoa querida, com a perda do emprego, dificuldades financeiras, etc.

Resumindo, o estado de humor ou ânimo varia freqüentemente ao sabor dos acontecimentos de vida e de acordo com a tonalidade afetiva de cada um. Essas respostas emocionais podem ser adequadas e proporcionais aos estímulos externos, que são as vivências, ou desproporcionais e inadequadas, neste caso, em resposta aos estímulos internos, que são as oscilações do humor ou alterações afetivas.

Durante a fase de euforia do Transtorno Bipolar do Humor, a auto-estima, o vigor e a energia física aumentam e a pessoa passa a agir em ritmo acelerado, fica inquieta e agitada, a necessidade de sono diminui. Começa a ter sentimentos de grandeza, considera-se especial e se sente como se não tivesse limites. Os planos grandiosos e mirabolantes se multiplicam, as idéias fluem rapidamente e não consegue concluir as idéias, pulando rapidamente para outros assuntos.

Há perda da inibição social natural durante a euforia e atitudes inadequadas ou extravagantes aparecem, como fazer compras desenfreadamente ou vestir-se de forma exuberante. Algumas pessoas podem ficar agressivas e algumas outras chegam a ter alucinações e delírios.

No DSM-IV são classificados 2 tipos de TBH. O Tipo I, onde a maioria dos episódios de alteração do humor são do tipo euforia e o Tipo II, ao contrário, ou seja, a maioria dos episódios são depressivos (Figura)



Pelo DSM.IV, a característica essencial do Transtorno Bipolar I é um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Com freqüência, os indivíduos também tiveram um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Por outro lado, a característica essencial do Transtorno Bipolar II é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco

O episódio de **mania** ou **euforia** é o sintoma mais característico do TAB e, em virtude das graves mudanças de comportamento e conduta que provoca, é o que mais resulta em internações agudas. Um grau um pouco mais leve que a mania é a hipomania, praticamente desconhecida pela maioria dos clínicos, é um estado afetivo muito confundido com a personalidade borderline, histriônica (histérica) ou anti-social.

Em nosso meio, segundo dados do Sistema Único de Saúde de São Paulo, mais de 10 mil internações por ano são devidas ao TAB, predominantemente entre as mulheres, pois, em homens, prevalecem os diagnósticos de alcoolismo e esquizofrenia.

As estimativas acerca da prevalência de TAB na população são bastante acanhadas, devido à rigidez dos critérios de diagnóstico propostos pelas classificações atuais. Assim, a prevalência para o Transtorno Bipolar do Humor do tipo 1, que é o tipo com mais episódios de euforia do que depressão, ao longo da vida, nos EUA, alcança 1%. Na cidade de São Paulo essa prevalência é de 1% (Andrade, 2002). Estudos que consideram critérios mais flexíveis de diagnóstico já apresentam uma prevalência de 4% a 8% durante a vida.

Apesar do interesse nestes quadros ter aumentado nos últimos anos, os portadores de TAB continua sendo tardiamente diagnosticados e, conseqüentemente, inadequadamente tratado.

Causas

Em relação às causas do TAB, tem sido muito relevante a sugestão de hereditariedade. Segundo Cardno (1999), a concordância de TAB entre gêmeos idênticos (monozigóticos) varia de 60% a 80%, e o risco de desenvolver TAB em parentes de primeiro grau de um portador de TAB situa-se entre 2% e

15%. A quantidade de gêmeos monozigóticos onde não há concordância de TAB reflete a importância dos fatores ambientais.

A genética considera a TAB como tendo de um "modo complexo" de transmissão, cuja manifestação dependeria da presença de um conjunto de genes que interagem entre si, até o momento de conhecimento pouco definido. Resumindo, compreende-se que o aparecimento dessas doenças de transmissão complexa dependa da presença de um conjunto de genes de suscetibilidade, os quais, ao sofrerem influência do meio, manifestam-se precipitando as alterações necessárias para a eclosão da doença em questão. Sobre os fatores ambientais associados ao Transtorno Bipolar do Humor, Leandro Michelon e Homero Vallada (2005) citam Tsuchiya e colaboradores, que investigaram a possível associação entre TAB e fatores variados, tais como, demográficos (sexo, etnia), relacionados à complicações da gestação ou do parto, estação do ano no nascimento, nascimento em área urbana ou rural, antecedentes de lateralidade, ajustamento pré-mórbido, padrão socioeconômico, eventos estressantes de vida, disfunção familiar, perda de parente e história de epilepsia, trauma craniocéfálico, esclerose múltipla. De relevante ocorreu, nessa revisão da literatura, uma associação entre o TAB e a condição socioeconômica desfavorável, bem como com o desemprego, baixa renda e estado civil solteiro. Também houve associação da TAB com mulheres nos três primeiros meses do pós-parto. O restante dos fatores avaliados não mostrou nenhuma associação com ocorrência de TAB. De modo geral, os estudos foram inconclusivos, exceto para a significativa associação do desenvolvimento de TAB com história familiar positiva, em vários estudos. Volta aqui a questão dos fatores genéticos, porém, a despeito de todos os fatos que sugerem uma fortíssima participação genética no desenvolvimento do TAB, até o momento não foi possível identificar genes ou regiões cromossômicas envolvidos diretamente no aparecimento desta doença. Embora algumas regiões dos cromossomos se mostrem mais significativamente ligadas ao problema, ainda se aguarda a confirmação científica por meio de novas pesquisas e novas técnicas de investigação. Inúmeras alterações na função cerebral têm sido descritas em pacientes apresentando quadros de depressão e mania. Pesquisas utilizando modelos genéticos, neuroanatômicos, neuroquímicos e de neuroimagem no TAB têm trazido importantes hipóteses teóricas e conceituais para o melhor entendimento de como certos mecanismos biológicos podem afetar a manifestação clínica da doença, seu curso e sua resposta aos tratamentos.

Mania

A crise de mania se caracteriza pela expansão e elevação patológica do afeto ou do humor e as funções vegetativas estão também alteradas, como sono, cognição, motricidade e nível de energia. Na mania franca o pensamento é sempre bastante rápido, podendo evoluir para a fuga de idéias, enquanto o discurso é prolixo e a pessoa sente forte pressão para falar. As idéias costumam ser de grandeza (delírio de grandeza ou megalomania), podendo ter outras idéias delirantes, como por exemplo, de perseguição, de objeto de inveja, de messianismo, etc. Como nossa sociedade glorifica quem é extrovertido, quem pensa rápido, quem fala eloqüentemente, essas pessoas podem passar socialmente despercebidas.

No episódio maníaco clássico o humor está expansivo ou eufórico, a necessidade de sono está diminuída, há aumento da energia global, física e mental, aumento das atividades dirigidas a objetivos de trabalho ou prazerosas, aumento da libido, inquietação e até agitação psicomotora. Geralmente a crítica está prejudicada e os julgamentos emitidos se afastam da realidade do paciente.

Há alguma confusão de diagnóstico quando os episódios têm irritabilidade, idéias delirantes paranóides, agitação psicomotora e sintomas depressivos com labilidade afetiva. Nesses casos, pessoas menos avisadas podem pensar em Psicose Esquizofrênica.

De modo geral, as crises de euforia (mania) podem ser caracterizadas pelos seguintes sintomas:

- 1.- auto-estima inflada, grandiosidade, sensação de ser mais e melhor que os outros e, algumas vezes quando tem delírio, reconhecendo ser predestinado a alguma coisa muito importante.
- 2.- necessidade de sono diminuída, sentindo-se bem e repousado com apenas 3 horas de sono.
- 3.- mais eloqüente e loquaz do que o habitual, pressão por falar, interrompendo os outros.
- 4.- perda da inibição social, falta de crítica para com as situações ridículas e vexatórias
- 5.- fuga de idéias (mudança de assunto rápido sem conclusão do anterior) ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo mais do que as palavras podem pronunciar.
- 6.- distraibilidade, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes, dispersão da atenção.
- 7.- aumento da atividade dirigida a objetivos sociais, no trabalho, na escola ou sexualmente.
- 8.- agitação psicomotora, excesso de movimentos
- 9.- envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para insensatez, perigo, inconseqüência, como por exemplo, envolvimento em compulsão para compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos.

As classificações mais utilizadas em psiquiatria enfatizam o quadro clássico da mania. O diagnóstico pelo DSM-IV requer humor persistente e anormalmente elevado, expansivo ou irritável durando pelo menos uma semana.

Outras Classificações

Durante muito tempo o TAB (Transtorno Afetivo Bipolar) foi considerado apenas ao que se considera hoje a sua forma mais grave. A classificação DSM-IV, já com mais de 10 anos, reconhece somente os tipos I e II, entretanto, os pesquisadores estão ampliando os conceitos e os tipos da bipolaridade. Já se fala em Transtornos do Espectro Bipolar e, de acordo com abordagem mais recente, existem quatro tipos de transtorno bipolar, que se caracterizam basicamente pela intensidade e em que ocorre a alteração do humor.

Tipo I: Afeta apenas 1 % da população, é a forma mais intensa, com forte alteração do humor, por apresentar fases de mania plena. Apresenta toda a amplitude de variação do humor, do pico mais alto (mania plena), que pode durar várias semanas, até depressões graves. Em geral, inicia-se entre 15 e 30 anos, mas há casos de início mais tardio. É comum apresentar sintomas psicóticos, como delírios (pensamentos fora da realidade) ou alucinações (ouvir vozes que não existem, por exemplo). Se não for tratado, em geral prejudica enormemente o curso da vida do paciente.

Tipo II: A alteração do humor não é tão intensa quanto no Tipo I, mas apresenta fases de hipomania (pequena mania) e depressão. Assim sendo, nesse tipo a fase maníaca é mais branda e curta, chamada de hipomania. Os sintomas são semelhantes, mas não prejudicam a pessoa de modo tão significativo. As depressões, por outro lado, podem ser profundas. Também pode iniciar na adolescência, com oscilação de humor, mas uma parte dos pacientes só expressa a fase depressiva ao redor dos 40 anos. Com frequência, os sintomas de humor deixam de ser marcadamente de um pólo para ter características mistas, turbulentas.

Tipo III: O Tipo III é semelhante ao tipo II, porém o quadro de hipomania é desencadeado pelo uso de antidepressivos ou psicoestimulantes. É uma classificação usada apenas quando a fase maníaca ou hipomaníaca é induzida por um antidepressivo ou psicoestimulante, ou seja, os pacientes fazem parte do espectro bipolar, mas o pólo positivo só é descoberto pelo uso destas drogas. Sem o antidepressivo, em geral manifestam características do temperamento hipertímico ou ciclotímico. Como regra, devem ser tratados como bipolares, mesmo que saiam do quadro maníaco com a retirada do antidepressivo.

Tipo IV: No tipo IV a oscilação de humor é mais leve e o paciente é, geralmente, uma pessoa com temperamento mais determinado, dinâmico, empreendedor, extrovertido e expansivo, e que, esporadicamente, passa a ter o humor mais turbulento e depressivo na meia-idade. Esses pacientes nunca tiveram mania ou hipomania, mas têm uma história de humor um pouco mais vibrante, na faixa hipertímica, que frequentemente gera vantagens. A fase depressiva pode só ocorrer em torno ou depois dos 50 anos e às vezes é de característica mista e oscilatória.

Além desses quatro tipos, há a ciclotimia, que se caracteriza por um traço de personalidade cujo humor é oscilante e desregulado, e cujas fases não chegam a ser configuradas como mania ou depressão.

Hipomania

A hipomania é um estado semelhante à mania, em grau mais leve, que aparece em pacientes com TAB, no início dos episódios de mania ou, se não for no TAB, no Transtorno Ciclotímico da Personalidade. Observa-se mudança no humor habitual para euforia ou irritabilidade, reconhecida pelas pessoas mais íntimas do paciente.

Há também na hipomania, hiperatividade, tagarelice, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, atividade física, iniciativa, atividades prazerosas, libido e sexo, e impaciência. A hipomania não se apresenta com sintomas psicóticos, não precisa de internação e o prejuízo ao paciente não é tão intenso quanto no episódio de mania.

Como dissemos, em uma sociedade que valoriza demais a extroversão e eloquência, pacientes e familiares podem considerar a hipomania como se fosse uma atitude normal e até desejável. Assim, a hipomania pode ser confundida com estados de alegria desencadeada por eventos positivos, não percebidos pelos outros como exagerados, comparados com o padrão habitual de humor da pessoa. Já a irritabilidade da hipomania pode ser confundida, também, com reações normais aos eventos negativos, como por exemplo, uma má notícia.

Mas a hipomania pode ou não ter fatores desencadeantes, sejam positivos ou negativos. Se esses pacientes não forem tratados, podem apresentar ausência do juízo crítico e proporcionar para si ou para seus familiares, severos prejuízos morais e materiais.

Curso

O Transtorno Bipolar I é um transtorno recorrente, ou seja, mais de 90% das pessoas que tiveram um Episódio Maníaco terão futuros episódios.

Aproximadamente 60 a 70% dos Episódios Maníacos freqüentemente precedem ou se seguem a Episódios Depressivos mas o padrão de alternância é característico para cada pessoa.

O número de episódios durante a vida (tanto Depressivos quanto Maníacos) tende a ser superior para Transtorno Bipolar I, em comparação com Transtorno Depressivo Recorrente. Estudos do curso do Transtorno Bipolar I, antes do tratamento de manutenção com lítio, sugerem que ocorrem quatro episódios em média a cada 10 anos. O intervalo entre os episódios tende a diminuir com a idade.

Aproximadamente 5 a 15% das pessoas com Transtorno Bipolar têm quatro ou mais episódios de alterações severas do humor, tais como, Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Hipomaníaco, que ocorrem dentro de um determinado ano. Embora a maioria das pessoas com Transtorno Bipolar retorne a um nível plenamente normal de funcionamento entre os episódios, alguns deles, entre 20 e 30%, continuam apresentando instabilidade do humor e dificuldades interpessoais ou ocupacionais.

Quando um indivíduo tem Episódios Maníacos com aspectos psicóticos, os episódios subseqüentes têm maior probabilidade de ter aspectos psicóticos. A recuperação incompleta entre os episódios é mais comum quando o episódio atual é acompanhado por aspectos psicóticos incongruentes com o humor.