

MC906 – Introdução à Inteligência Artificial

Trabalho: “Transtorno Bipolar”

Eduardo Costa Zini – RA 008518
Marcelo Furquim da Cruz – RA 009269

Introdução

O transtorno afetivo bipolar era denominado até bem pouco tempo de “psicose maníaco-depressiva” (PMD). Esse nome foi abandonado principalmente porque este transtorno não apresenta necessariamente sintomas psicóticos; na verdade, na maioria das vezes esses sintomas não aparecem. Com a mudança de nome esse transtorno deixou de ser considerado uma perturbação psicótica para ser considerado uma perturbação afetiva.

O transtorno bipolar (TBP) é uma condição psiquiátrica relativamente freqüente, com prevalência na população entre 1% e 2%. É caracterizado por episódios de alteração do humor de difícil controle – depressão ou mania (bipolar I) ou depressão e hipomania (bipolar II), além de outras formas. Os sintomas podem aparecer em qualquer idade, sendo mais comum o surgimento entre o início da segunda e meio da terceira década de vida. A etiologia da doença ainda não é conhecida, mas muitos estudos apontam para a existência de disfunções complexas, incluindo alterações nos receptores e nos pós-receptores de neurotransmissores.

A alternância de estados depressivos com maníacos é a tônica dessa patologia e muitas vezes o diagnóstico correto só será feito depois de muitos anos. O termo mania é popularmente entendido como tendência a fazer várias vezes a mesma coisa.

Características

O início desse transtorno geralmente se dá em torno dos 20 a 30 anos de idade, mas pode começar mesmo após os 70 anos, sendo sua freqüência em homens e mulheres semelhante. O início pode ser tanto pela fase depressiva como pela fase maníaca, iniciando gradualmente ao longo de semanas, meses ou abruptamente em poucos dias, já com sintomas psicóticos o que muitas vezes confunde com síndromes psicóticas. Além dos quadros depressivos e maníacos, há também os quadros mistos (sintomas depressivos simultâneos aos maníacos) o que muitas vezes confunde os médicos retardando o diagnóstico da fase em atividade.

O humor da pessoa oscila de muito eufórico (agitado), para muito triste (com desesperança, desmotivação e desvalia). Como em outras doenças, o TBP afeta não só quem o tem, como também, o cônjuge, familiares, amigos e empregadores. Se depressão e mania forem acompanhadas de alucinações (ouvir, ver, sentir o que não existe) e delírios (pensamentos irrealis à realidade) trata-se do subtipo psicótico. As pessoas que sofrem de TBP levam, em média, 8 anos antes de serem diagnosticadas ou receberem tratamento adequado, o que pode causar grande sofrimento e perdas.

Entre uma fase e outra a pessoa pode ser normal, tendo uma vida como outra pessoa qualquer; outras pessoas podem apresentar leves sintomas entre as fases, não alcançando uma recuperação plena. Há também os pacientes, uma minoria, que não se recuperam, tornando-se incapazes de levar uma vida normal e independente.

A denominação Transtorno Afetivo Bipolar é adequada? Até certo ponto sim, mas o nome supõe que os pacientes tenham duas fases, mas nem sempre isso é observado. Há pacientes que só apresentam fases de mania, de exaltação do humor, e mesmo assim são diagnosticados como bipolares. O termo mania popularmente falando não se

aplica a esse transtorno. Mania tecnicamente falando em psiquiatria significa apenas exaltação do humor, estado patológico de alegria e exaltação injustificada.

O transtorno de personalidade, especialmente o “borderline” pode em alguns momentos se confundir com o transtorno afetivo bipolar. Essa diferenciação é essencial porque a conduta com esses transtornos é bastante diferente.

Principais Teorias Etiológicas

Apesar de se desconhecer a base causal, existe uma interação complexa entre fatores biológicos, genéticos e psicossociais para tentar explicar o Transtorno:

Fatores Biológicos - As teorias dos neurotransmissores, no sistemas noradrenérgico, serotonérgico e dopaminérgico, que tem características semelhantes, pois todos se originam em núcleos localizados no tronco cerebral e se projetam para amplas áreas do pró-encéfalo, têm sido admitidas na etiologia dos Transtornos Bipolares. Além destes, outros neurotransmissores, incluindo o glutamato, neuropeptídeos, como a colecistocinina e o hormônio liberado de corticotrofina, têm sido implicados assim como anormalidades no eixo hipotalâmico - pituitário - tireóide são comuns no Transtorno Bipolar.

Fatores Genéticos - Quando um dos pais apresenta Transtorno Bipolar, existe de 25 a 50% de chance de o filho adquirir Transtorno Bipolar. Quando maior a distância de parentesco, menor a possibilidade de ter um Transtorno Bipolar. Os estudos de gêmeos tem mostrado que a taxa de concordância em gêmeos monozigóticos é de 33 a 90% e gêmeos dizigóticos cerca de 5 a 25%. As associações entre o Transtorno Bipolar I e marcadores genéticos têm sido relatadas para os cromossomas 5,11 e x.

Fatores Psicossociais - Os acontecimentos vitais-estressores precedem, mais freqüentemente, os primeiros episódios de Transtorno do Humor e poderiam provocar alterações nos estados funcionais de vários sistemas neurotransmissores e sinalizadores intraneurais. Dificuldades financeiras, doença na família, perda de uma pessoa importante, uso de drogas, entre outros, podem contribuir para o desencadeamento da doença.

Tipos

Existem quatro formas de TBP:

Transtorno Bipolar Tipo I - Períodos de mania (euforia) com humor elevado e expansivo, grave o suficiente para causar prejuízo no trabalho, relações sociais podendo necessitar de hospitalização contrapostos por períodos de humor deprimido, sentimentos de desvalia, desprazer, desmotivação, alterações do sono, apetite, entre outros. Geralmente, o estado maniaco dura dias ou pelo menos uma semana, e períodos de depressão de semanas à meses.

Transtorno Bipolar Tipo II - Períodos de hipomania, em que também ocorre estado de humor elevado e agressivo mas de forma mais suave. Um episódio de tipo hipomania, ao contrário da mania, não chega a ser suficientemente grave para causar prejuízo em atividades de trabalho ou vida social.

Transtorno Bipolar Misto - Períodos mistos, em que em mesmo dia haveria alternâncias entre depressão e mania. Em poucas horas a pessoa pode chorar, ficar triste, com sentimentos de desvalia e desprazer e, no momento seguinte, estar eufórica, sentindo-se capaz de tudo, falante e agressiva.

Transtornos Ciclotímicos - Períodos em que haveria uma alteração crônica e flutuante do humor marcada por numerosos períodos com sintomas maniacos e numerosos sintomas depressivos que se alterariam. Contudo, não seriam

suficientemente graves nem ocorreriam em quantidade suficiente para se ter certeza de se tratar de depressão e mania. Isto é, pode ser facilmente confundida com o jeito de ser da pessoa, “de lua”.

Os tipos básicos são o I e II. O tipo I é a forma clássica em que o paciente apresenta os episódios de mania alternados com os depressivos. As fases maníacas não precisam necessariamente ser seguidas por fases depressivas, nem as depressivas por maníacas. Na prática observa-se muito mais uma tendência dos pacientes a fazerem várias crises de um tipo e poucas do outro, há pacientes bipolares que nunca fizeram fases depressivas e há deprimidos que só tiveram uma fase maníaca enquanto as depressivas foram numerosas. O tipo II caracteriza-se por não apresentar episódios de mania, mas de hipomania com depressão.

Fases

O TBP apresenta-se em diferentes fases:

1) Maníaca

Tipicamente leva uma a duas semanas para começar e quando não tratado pode durar meses. O estado de humor está elevado podendo isso significar uma alegria contagiante ou uma irritação agressiva. Junto a essa elevação encontram-se alguns outros sintomas como elevação da auto-estima, sentimentos de grandiosidade podendo chegar a manifestação delirante de grandeza considerando-se uma pessoa especial, dotada de poderes e capacidades únicas como telepáticas por exemplo. Aumento da atividade motora apresentando grande vigor físico e apesar disso com uma diminuição da necessidade de sono. O paciente apresenta uma forte pressão para falar ininterruptamente, as idéias correm rapidamente a ponto de não concluir o que começou e ficar sempre emendando uma idéia não concluída em outra sucessivamente: a isto denominamos “fuga-de-idéias”.

O paciente apresenta uma elevação da percepção de estímulos externos levando-o a distrair-se constantemente com pequenos ou insignificantes acontecimentos alheios à conversa em andamento. Aumento do interesse e da atividade sexual. Perda da consciência a respeito de sua própria condição patológica, tornando-se uma pessoa socialmente inconveniente ou insuportável. Envolvimento em atividades potencialmente perigosas sem manifestar preocupação com isso. Podem surgir sintomas psicóticos típicos da esquizofrenia o que não significa uma mudança de diagnóstico, mas mostra um quadro mais grave quando isso acontece.

“... Ele se sente bem, realmente bem..., na verdade quase invencível. Ele se sente como não tendo limites para suas capacidades e energia. Poderia até passar dias sem dormir. Ele está cheio de idéias, planos, conquistas e se sentiria muito frustrado se a incapacidade dos outros não o deixasse ir além. Ele mal consegue acabar de expressar uma idéia e já está falando de outra numa lista interminável de novos assuntos. Em alguns momentos ele se aborrece para valer, não se intimida com qualquer forma de cerceamento ou ameaça, não reconhece qualquer forma de autoridade ou posição superior a sua. Com a mesma rapidez com que se zanga, esquece o ocorrido negativo como se nunca tivesse acontecido nada. As coisas que antes não o interessava mais lhe causam agora prazer; mesmo as pessoas com quem não tinha bom relacionamento são para ele amistosas e bondosas.”

2) Depressiva

É de certa forma o oposto da fase maníaca, o humor está depressivo, a auto-estima em baixa com sentimentos de inferioridade, a capacidade física está comprometida, pois a sensação de cansaço é constante. As idéias fluem com lentidão e dificuldade, a atenção é difícil de ser mantida e o interesse pelas coisas em geral é perdido bem como o prazer na realização daquilo que antes era agradável. Nessa fase o sono também está diminuído, mas ao contrário da fase maníaca, não é um sono que satisfaça ou descansa, uma vez que o paciente acorda indisposto. Quando não tratada a fase maníaca pode durar meses também.

São ainda características da fase depressiva:

- humor para baixo, tristeza, angústia ou sensação de vazio;
- irritabilidade, desespero;
- pouca ou nenhuma capacidade de sentir prazer e alegria na vida;
- cansaço mais fácil, desânimo, preguiça, falta de energia física e mental;
- falta de concentração, lentidão do raciocínio, memória ruim;
- falta de vontade, falta de iniciativa e interesse, apatia;
- pensamentos negativos repetidos amplificados, pessimismo, idéias de culpa, fracasso, inutilidade, falta de sentido na vida, doença, morte (suicídio);
- sentimentos de insegurança, baixa auto-estima, medo;
- interpretação distorcida e negativa do presente, de fatos ocorridos no passado e no futuro;
- redução da libido e vontade de ter sexo;
- perda ou aumento de apetite e/ou peso;
- dores ou sintomas físicos difusos, sofridos, que não se explicam por outras doenças: dor de cabeça, nas costas, no pescoço e nos ombros, sintomas gastrointestinais, alterações menstruais, queda de cabelo, dentre outros;
- em depressões graves, alucinações e/ou delírios.

Tratamentos

O tratamento envolve manejo nas fases agudas e na terapia de manutenção. Os quadros agudos demandam contenção imediata dos sintomas através da farmacologia: estabilizadores do humor, antidepressivos (se necessário), antipsicóticos (se necessário) e, muitas vezes internação hospitalar para proteção do paciente. Os episódios de depressão aguda são tratados, preferencialmente, com antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina, pois são maiores indutores de “virada” maníaca (eufórica) ou hipomaniáca, mais comuns com as ADT (tricíclicos). As fases maníacas podem ser controladas com Carbonato de Lítio, Ácido Valpróico, Carbamazepina, lomotrigina, gabapentina e topiramato.

Se sintomas psicóticos estiverem presentes, é necessário o uso de antipsicóticos ou benzodiazepínicos. Muitas vezes, é necessária a combinação de drogas, isto é, mais de um estabilizador do humor associado, antidepressivos, mesmo na fase de manutenção.

Existem substâncias que propiciam a desestabilização do quadro do humor e que devem ser identificados (tricíclicos, esteróides, álcool e os estimulantes).

O tratamento com lítio ou algum anticonvulsivante deve ser definitivo, ou seja, está recomendado o uso permanente dessas medicações mesmo quando o paciente está completamente saudável, mesmo depois de anos sem ter problemas. Esta indicação se baseia no fato de que tanto o lítio como os anticonvulsivantes podem prevenir uma fase maníaca poupando assim o paciente de maiores problemas. Infelizmente o uso contínuo não garante ao paciente que ele não terá recaídas, apenas diminui as chances disso acontecer.

ETC

O ETC provou ser útil àqueles pacientes que não respondam à medicação, que apresentam alto risco de suicídio, em gestantes e idosos (pois é mais seguro). O seu uso ficou mais limitado com o incremento de novos psicofarmacos, mas sabe-se que 80% dos pacientes mostram melhora substancial.

Psicoterapia

Sabe-se que a terapia cognitiva pode contribuir na adesão do tratamento e na prevenção das recaídas, tornando-se um valioso acessório para o tratamento farmacológico. Como relatado anteriormente, o Transtorno Bipolar não se limita meramente a um problema bioquímico mas, também, psicológico e social (envolve dificuldades pessoais, familiares e sociais). Existem outros tipos de psicoterapias como individual, grupal, de família, conjugal, entre outros, mas, o que importa é se está surtindo resultado na melhora do paciente e na sua qualidade de vida.

Relação entre o TBP e a criatividade

Edgar Allan Poe, Van Gogh, Schuman, Churchill, William Blake, grandes homens da história e das artes, tinham transtorno bipolar. Mas qual a relação entre a criatividade e essa doença?

"Posso afirmar, como "bipolar", que contar com a técnica e a criatividade não é a mesma coisa se comparada a "droga alucinógena" natural chamada euforia. Em quatro anos de oscilações bipolares, compus mais de 100 poemas e desde que comecei o tratamento com lítio, minha criatividade não rendeu se quer um simples versinho. No início foi totalmente frustrante, mas no meu caso, o tempo pode provar que a estabilidade fazia tudo valer a pena. É nessa época que muita gente abandona o tratamento. A euforia criativa vicia (por isso chamo de "alucinógeno" natural) e a mente pacata não traz tanta satisfação. Espera-se que essa busca genética pelo melhor tratamento, e quem sabe um dia, pela cura, esteja completo em cerca de dois anos.."

Essa relação entre transtorno bipolar de humor –euforia e melancolia – e criatividade já era abordada por Aristóteles que indagava (pelo menos, a pergunta é atribuída a ele) por que tantos homens ilustres da filosofia, da matemática e das artes apresentavam essa característica. De acordo com alguns depoimentos, estados depressivos favorecem a percepção de um universo que em estado normal seria impossível apreender e a euforia estimula a criatividade. No entanto, pesquisas realizadas nos últimos 20 anos, sugerem que essa hipótese não é verdadeira. Elas apontam que, na maioria dos casos, a criatividade é uma característica genética encontrada também nos parentes próximos que não são doentes .

Quem estudou esse tema de forma bastante original foi Kay Jamison, uma psicóloga portadora de transtorno bipolar e uma das personalidades mais conhecidas na área. Em seu livro autobiográfico "Uma mente inquieta", publicado há alguns anos e traduzido para o português, a autora relata que só se acertou na vida quando se deu conta do que tinha e pôde tomar medidas preventivas e de precaução, como tomar lítio, que evitassem as crises.

Em outro livro, "Touched with Fire", ainda não traduzido para o português, ela analisa a biografia de grandes líderes políticos, religiosos, militares, intelectuais e

artistas e registra o que falavam e sentiam nos momentos de depressão e de euforia. Um escritor inglês, por exemplo, julgava a depressão não uma inspiração dos deuses, mas uma poeira que recobria o cérebro. Van Gogh, que se matou aos 37 anos com um tiro no peito, atravessava um período de extrema melancolia quando pintou seu último quadro – corvos num campo de trigo. No verão daquele mesmo ano, atravessando uma fase de grande euforia, o tema de um quadro psicodélico é uma fantástica noite estrelada.

Diante das possibilidades de tratamento que existem hoje, teria sido oferecido a Van Gogh, no mínimo, o direito de optar se desejava continuar pintando obras-primas nos estados de euforia e depressão ou se preferia tomar lítio, acalmar as crises e não correr o risco de morrer precocemente.