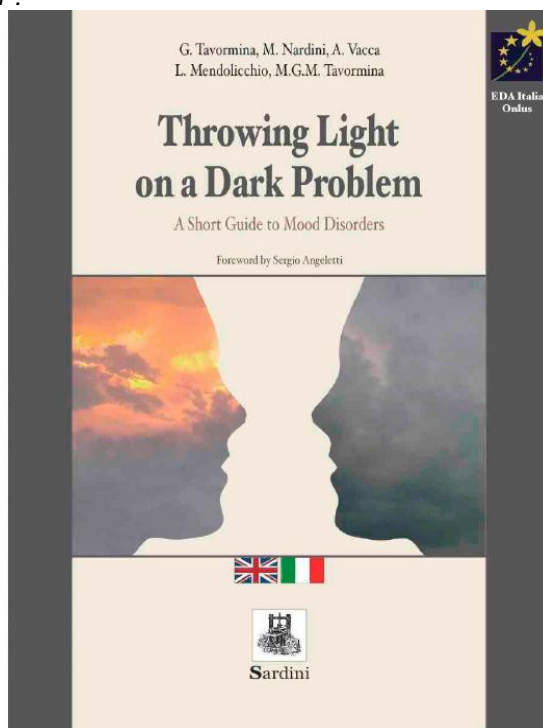


LUZ SOBRE UM MAL OBSCURO

Perturbações do Humor: Identificação, prevenção e tratamento

Tradução portuguesa de Isabel Hub Faria e Maria Luisa Figueira

Original cover :



Autores :

Giuseppe Tavormina (Centro Studi Psichiatrici – Provaglio d’Iseo, BS),

Marcello Nardini (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),

Antonella Vacca (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),

Leonardo Mendolicchio (Università degli Studi di Foggia),

Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (UOSM 57 di Torre del Greco, NA, ASL Napoli 3 Sud).

Todos os direitos reservados para “Associação Italiana de Depressão” (“EDA Italia ONLUS”)



EDA Italia - ONLUS

Associazione Italiana sulla Depressione

piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d’Iseo (BS) - Italy
tel. / fax: +39 030 9882061 - e-mail: segreteria@edaitalia.org
web: www.edaitalia.org
P.IVA: 02897990988

Índice

Prefácio (*Sergio Angeletti*)

Introdução (*Vincenzo Costigliola*)

1. O que são perturbações do humor?
2. O que é a perturbação bipolar?
3. Como pode apresentar-se a perturbação bipolar?
4. Quais são os sintomas da perturbação bipolar?
5. Quais são os principais sinais e sintomas?
6. Que dificuldades se encontram no reconhecimento da perturbação bipolar?
7. As crianças e os adolescentes podem sofrer de perturbação bipolar?
8. Quais são as causas da perturbação bipolar?
9. A perturbação bipolar tem cura?
10. Que medicação é indicada para o tratamento da perturbação bipolar?
11. Quais são as intervenções psicossociais e psicoterapêuticas que existem para tratar a doença?
12. O que são Grupos de Auto-Ajuda?
13. A quem deve dirigir-se para tratar a depressão e a perturbação bipolar?

Bibliografia



EDA Italia ONLUS

Prefácio

Referir a depressão como um mal obscuro é uma forma subtil, um jogo de palavras sofisticado que evoca imagens de natureza psicológica, fotográfica e bioquímica. Nascido da experiência coordenada e plurianual de especialistas internacionais, este pequeno guia para os doentes e para quem, com paciência, quotidianamente, partilha esta fatigante patologia, foi intitulado “Luz sobre um Mal Obscuro”.

“Se te conheço, sei como enfrentar-te” e, possivelmente, combater-te. Trata-se de ajudar a enfrentar, pouco a pouco, dia-a-dia, os avanços e retrocessos desesperadamente estratégicos da depressão.

Mas, agora, este pequeno manual põe a descoberto – ilumina a forma como os tenebrosos ‘vampiros’ que sob o sol se desfazem em pó – o conhecimento científico mais actual contra a depressão, posto em prática e à disposição de quem a experimenta e teme. O mal obscuro, como bem sabemos, parece sempre mais difuso. E torná-lo cada vez mais difuso é o principal objectivo deste manual iluminante, desde já disponível em diversas versões internacionais.

Sergio Angeletti

Introdução

Somos constantemente confrontados com novos eventos envolvendo jovens mães e respectivos filhos, episódios de suicídio e homicídio aparentemente inexplicáveis, pessoas idosas, adultos e adolescentes que não hesitam em cometer acções tão extremas. Provavelmente não entendemos, ao longo do tempo, o seu estado de sofrimento, por ventura não captámos atempadamente os seus pedidos de ajuda, não compreendemos que estavam presos no vórtice da “depressão”.

Mas afinal o que é a depressão, que mal obscuro se instala sub-repticiamente em nós, sem sinais externos visíveis? Estigmatizámos como débeis as pessoas que já estavam afectadas, segregámo-las e tal não é difícil num mundo que premeia a competição.

A Organização Mundial de Saúde considera a depressão a terceira causa de deficiência e a sua incidência tende a desenvolver-se rapidamente, em particular nas mulheres com idades entre os 15 e os 44 anos.

Há dez anos, questionávamo-nos sobre o que se poderia fazer para ajudar concretamente as pessoas com depressão. A medicação tem um papel fundamental, mas não é suficiente. Era preciso, e ainda é preciso, romper o círculo do medo, da desconfiança, da vergonha, do isolamento social que impiedosamente assombra o ‘deprimido’ que sente que não corresponde mais ao modelo cultural competitivo moderno, que já não é capaz de enfrentar uma relação sexual, que não consegue ter um relacionamento construtivo com os filhos nem fazer frente ao stress quotidiano no local onde trabalha.

Era preciso discutir, trazer à luz, uma patologia considerada indício de fraqueza. Era preciso dizer que a depressão é uma doença como as outras e que pode tratar-se.

Foi proposto o Dia da Depressão, dia destinado a informar os agentes de saúde e o público em geral sobre esta patologia que é uma perturbação crescente na sociedade actual. Em conjunto com os colegas de 10 países europeus, foi escolhido o dia 1 de Outubro como data desse evento.

Se, com uma perna partida, facilmente se atribui o ‘estatuto’ de doente, já com uma patologia depressiva é muito mais difícil reconhecer o mesmo estatuto. Ora, se a depressão não é reconhecida, não poderá ser tratada!

A depressão pós-parto é um exemplo claro. Intervêm aí, certamente, fenómenos hormonais mas também é verdade que os sintomas de ansiedade e de stress são frequentemente considerados normais porque associados ao cuidado a ter com o recém-nascido. Então, o que é que podemos fazer? Devemos reconhecer as causas da depressão e os factores que as prolongam. Insistir na necessidade de haver uma formação profissional adequada dos agentes de saúde. Favorecer o conhecimento e divulgar a informação sobre a patologia.

Este pequeno volume pretende ser um contributo real para o conhecimento da patologia, da sua terminologia e das suas causas, um suporte para os profissionais de saúde e uma lanterna ao longo do túnel escuro e tortuoso dos distúrbios do humor. Quanto melhor os conhecermos, melhor os poderemos combater!

Vincenzo Costigliola

Presidente da Associação Europeia da Depressão (EDA)

LUZ SOBRE UM MAL OBSCURO

1. O QUE SÃO PERTURBAÇÕES DO HUMOR?

Perturbações do humor são alterações do foro afectivo e do comportamento que podem ser interpretadas como reacções exageradas a emoções que experimentamos no dia-a-dia. A corrente científica mais reconhecida a nível internacional tende actualmente a falar de Perturbações do Humor na generalidade, partindo do princípio de que “quando o humor não é bom é porque, de facto, é instável”. Uma pessoa em cada cinco tende a sofrer de “instabilidade de humor”. Tal instabilidade manifesta-se através da alternância entre episódios de humor depressivo e outros de irritabilidade e inquietação ou de mania/euforia, a par também de outros sintomas. Estes aspectos levaram a que, a nível internacional, se reconhecesse o conceito de “perturbação bipolar do humor” e de “espectro bipolar”. Para compreender melhor a instabilidade e a variabilidade do humor, imaginamos que é constituído por três componentes: humor, fluxo ou conteúdo das ideias e comportamento motor. Se estas três componentes se encontram em baixo, isso dá lugar a humor deprimido, a redução de velocidade do pensamento e a pouca energia ou vontade de se movimentar, o que constitui o estado depressivo. Se, pelo contrário, as três componentes se orientam para cima, então temos humor eufórico, grande quantidade de ideias e hiperactividade motora, e este estado de humor é referido como maníaco.

2. O QUE É A PERTURBAÇÃO BIPOLAR

A Perturbação Bipolar caracteriza-se pela alternância entre um estado de humor depressivo e um estado de humor maníaco (ou hipomaníaco). Quando a pessoa não transita completamente de um estado para o outro (por outras palavras, quando o doente não está nem completamente deprimido nem completamente maníaco) diz-se que o doente se encontra num estado misto.

Na maior parte dos casos, os sintomas não são facilmente reconhecidos e o doente pode estar mal durante anos, antes de lhe ser feito o diagnóstico correcto e dado tratamento adequado. A idade típica para o início da doença situa-se entre os vinte e os trinta anos. Contudo, pode manifestar-se em qualquer idade. Não há diferenças de incidência entre homens e mulheres, apesar de serem as mulheres as que sofrem mais frequentemente episódios depressivos e menos maníacos. O primeiro episódio pode ser ou maníaco ou depressivo. Quando o primeiro episódio é maníaco, o doente tende a sofrer mais episódios maníacos do que depressivos.

Não deve confundir-se, contudo, os “altos e baixos” normais que todos experienciamos ao longo da vida e que são próprios do nosso quotidiano com experiências severas de perturbação bipolar, as

quais podem arruinar relações interpessoais, causar a perda de emprego e, em casos extremos, levar a tentativas de suicídio. Ao contrário dos “altos e baixos” que todos temos, os sintomas da perturbação bipolar são caracterizados por grande intensidade, duração, persistência e marcada gravidade.

“A Perturbação Bipolar distorce o estado de espírito e as ideias, leva o doente a cometer actos terríveis, destrói a base do pensamento racional e muitas vezes mina a vontade de viver. É uma doença biológica mas os seus efeitos manifestam-se ao nível psicológico. É única entre as doenças pelas vantagens e prazeres que dá, mas traz enorme sofrimento e até suicídio. Tenho muita sorte por não ter morrido desta doença, por ter recebido o melhor tratamento disponível, por ter os amigos, os colegas e a família que tenho”. (Kay Redfield Jamison, *Uma mente inquieta*, TEA, 1995, pg. 20).

3. COMO PODE APRESENTAR-SE A PERTURBAÇÃO BIPOLAR?

São vários os quadros em que a perturbação bipolar se apresenta, porque os sintomas podem variar de um extremo ao outro do espectro do humor (de maníaco a deprimido) e podem também variar em número e em intensidade. Estes aspectos levaram os especialistas a propor o conceito de Espectro Bipolar, entendido como uma quantidade de quadros em que o bipolar típico é apenas a ponta do iceberg. Os quadros mais importantes e conhecidos são:

- Perturbação bipolar I: anteriormente designada por psicose maníaco-depressiva, que afecta mais frequentemente os homens e se caracteriza por episódios maníacos e depressivos de gravidade análoga.
- Perturbação bipolar II: é o quadro mais vulgar, afecta particularmente mulheres e caracteriza-se pela existência de maior número de episódios depressivos do que maníacos.
- Perturbação ciclotímica (ou ciclotimia): apresenta contínua variação de humor cuja intensidade e duração é superior à fisiologicamente esperada.
- Quadros mistos (e estados mistos depressivos ou disforia): existe presença simultânea de irritabilidade, tensão, tristeza e instabilidade emocional, com frequentes somatizações (dores de cabeça, colite, tensão muscular)
- Episódios depressivos (major ou recorrente): contém fases mais ou menos duradoras e persistentes (ou “recorrentes”: periódicas, frequentemente sazonais) de episódios depressivos especialmente severos.

4. QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA PERTURBAÇÃO BIPOLAR?

A perturbação bipolar causa mudanças de humor verdadeiramente dramáticas, que vão de estados de euforia, com ou sem irritabilidade, à tristeza absoluta com total perda da esperança. Estas mudanças de humor ligam-se a variações intensas do nível de energia e modificações do comportamento. Os períodos de euforia são designados como episódios de mania, e os de tristeza como episódios de depressão. Os períodos de presença simultânea de características de euforia-irritabilidade-tensão-tristeza correspondem a estados mistos. Entre os episódios de mania e depressão, o humor pode voltar ao normal e, nesse caso, trata-se de uma condição de eutímia (fase eutímica).

A fase depressiva – Na fase depressiva o humor é triste, indiferente, desanimado, melancólico. A energia é menor e o doente fica facilmente fatigado. A motivação é menor, as iniciativas são poucas e vistas com desconfiança, especialmente se o doente renuncia por medo do insucesso ou com a sensação de que não vai acabar bem. Tem dificuldade em expressar os pensamentos, em fazer projectos, com a sensação de não estar à altura, de ter perdido a capacidade, ou o espírito necessário para agir.

Os sintomas mais comuns do episódio depressivo são:

- Tristeza, pessimismo e desespero;
- Baixa da auto-estima: sentimento de fracasso e perda;
- Tédio e solidão: perda de interesse por tudo, sensação de não se importar com nenhuma das pessoas de quem gosta;
- Desmotivação, não querer fazer nada;
- Desejo sexual escasso ou ausente;
- Concentração difícil, fadiga e falta de energia;
- Alterações do sono (insónia) e do apetite (come muito ou pouco);
- Nos casos mais graves, podem existir intenções de suicídio ou vontade de acabar com a vida.

A fase maníaca - A fase maníaca pode ser considerada como o oposto da fase depressiva. Durante a fase depressiva o doente sente-se infeliz, sem auto-estima e sem energia, enquanto na fase maníaca o doente sente o contrário. Sente-se particularmente feliz, especial, brilhante e sem limites. Fica muito excitado, com muita energia, com pensamento veloz, original e rico. Adquire uma atitude positiva, dominante, exibicionista ou provocadora. Percepciona o contexto como estando próximo, os objectivos como realizáveis, o sucesso como seguro, os obstáculos como irrelevantes, as pessoas

discordantes são criticadas ou atacadas. Em alguns casos, o doente pode ficar psicótico, com sintomas de grandiosidade, misticismo ou com delírios persecutórios.

Os sintomas mais frequentes da fase maníaca são:

- Optimismo excessivo, sensação de ser brilhante, onnipotente e capaz de conseguir tudo o que quer;
- Pensamentos rápidos e discurso veloz: o doente na fase maníaca fala muito depressa e torna-se difícil de perceber;
- Tendência para falar de uma maneira difícil entender (o doente passa de um assunto para outro sem que haja uma ligação lógica, e rimar é por vezes a única ligação entre os pensamentos – fuga de ideias);
- Poucas horas de sono durante a noite sem notar o cansaço e tendo a sensação de reserva de energia inesgotável;
- Percepções fortes: os sons parecem mais altos e as cores mais vivas;
- Projectos grandiosos que, no entanto, não são realistas: o doente acha que tem talentos especiais e que está destinado ao sucesso, o que o leva a começar muitos projectos sem nunca os concluir;
- Total desinibição: enquanto o doente era previamente cuidadoso e prudente, fica agora sem qualquer inibição, diz o que pensa sem pensar nas consequências, é sexualmente muito desinibido (o que pode levar a comportamentos imprudentes e embaraçosos);
- Gastos excessivos e imprudentes, o que faz com que nesta fase os doentes acumulem dívidas enormes e façam maus investimentos;
- Nos casos mais graves, o doente pode ser extremamente agressivo: arranja problemas e cria litígios, podendo mesmo chegar à violência física;
- Nas situações mais graves, o doente pode ter delírios de grandeza e estar convencido de que tem poderes especiais, capacidades extraordinárias, ser amado por pessoas célebres, etc.

5. QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS QUE NÃO PODEM SER IGNORADOS DE MODO A FAZER UM DIAGNÓSTICO PRECOCE DESTAS DOENÇAS?

Fazer um diagnóstico correcto da perturbação bipolar é uma questão essencial de saúde pública. Esta patologia é frequentemente não avaliada, sub-diagnosticada, não tratada ou mal tratada, com consequências sérias que podem vir a ter lugar: deterioração das relações interpessoais, perda de emprego, crises familiares, abuso de substâncias tóxicas, impulsividade, auto agressão ou agressão

de outros (tragédias familiares, suicídio, violação, etc.)

O diagnóstico precoce é essencial para se iniciar o tratamento eficaz. Uma chave para o diagnóstico é a presença, de uma destas formas em, pelo menos, um membro da família.

De modo a fazer-se um *diagnóstico de mania ou de hipomania*, é necessário estabelecer um período distinto e persistente de humor anormal, com características de expansividade ou de irritabilidade. A perturbação de humor tem de ser suficientemente severa para comprometer as actividades de estudo, de trabalho, ou de capacidade de relacionamento social.

Para que se faça o *diagnóstico de depressão* é necessário que exista um período de, pelo menos, duas semanas com perda de interesse e de gosto por todas ou quase todas as actividades.

A depressão tem de ser suficientemente severa para causar mudança de apetite, de peso corporal, perturbação do sono, dificuldade na concentração, sentimento de culpa, inadequação, desespero, podendo também existir pensamentos de morte ou suicídio.

É importante excluir a possibilidade de tais sintomas serem causados por drogas ou outras patologias físicas. O médico deve eliminar esta possibilidade submetendo o doente a um exame físico completo com testes apropriados. Um exame neurológico pode também ser necessário.

Por vezes a pessoa poderá apresentar apenas episódios de euforia/hipomania/mania, ou apenas períodos de depressão, alternando com períodos de humor estável. Se apenas períodos depressivos tiverem lugar, a doença é habitualmente designada de **Perturbação Depressiva Major**, (e assinalada como *recorrente* se o problema ocorre periódica ou ciclicamente).

6. QUE DIFICULDADES SE ENCONTRAM NO RECONHECIMENTO E TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO BIPOLAR?

A dificuldade principal no reconhecimento e tratamento desta doença ocorre na fase maníaca. Normalmente a pessoa que se encontra em fase maníaca recusa ser tratada. Não aceita estar doente e declara que nunca se sentiu tão bem na vida. O doente bipolar experiencia frequentemente a sensação de liberdade durante a fase maníaca. Na fase depressiva, sente-se inibido, falhado, sem perspectivas mas ao passar para a fase maníaca estas sensações desaparecem. Durante os episódios maníacos, sentem-se seguros de si mesmos, livres de fazer o que querem, sem limites. Tudo parece simples de atingir e mesmo os projectos mais ambiciosos parecem realizáveis.

Durante a fase maníaca as faculdades de julgamento e crítica estão enfraquecidas e todos os aspectos inibidores desaparecem e, com eles, desaparecem também as dúvidas e a ansiedade. Contudo, mal este estado psicológico de exaltação chega ao fim, a pessoa que sofre de perturbação

bipolar vê-se confrontada com todas as consequências das suas acções descuidadas e embaraçosas (por exemplo, ter contraído dívidas de milhões de euros, ter-se despedido num momento de fúria, ter sido sexualmente promíscuo sem ter tomado qualquer precaução, etc.)

As fases depressivas vêm frequentemente após as maníacas, e a situação é totalmente oposta. Humor em baixo, sensação de que nada lhe interessa ou dá prazer. Perde o sentido da vida que lhe parece agora profundamente infeliz. O sono e o apetite podem aumentar ou diminuir. O doente sente-se facilmente cansado, falta-lhe energia e tem grande dificuldade em concentrar-se. As fases depressivas podem tornar-se tão severas que podem levar à autoflagelação ou ao suicídio.

O abuso do álcool e/ou de estupefacientes está muitas vezes associado à doença bipolar e pode torná-la ainda mais severa.

O diagnóstico da perturbação bipolar não pode ser feito com base em análises de sangue ou de exames imagiológicos ao cérebro. O diagnóstico baseia-se nos sintomas, na história longitudinal de duração e desenvolvimento da doença e na história familiar se disponível. É por isso extremamente importante relatar ao especialista todos os sintomas, pensamentos, comportamentos do doente, bem como episódios ocorridos na vida de outros membros da família. Por esta razão, é de aconselhar o acompanhamento à consulta por um familiar ou pessoa amiga que possa relatar ao médico as atitudes e comportamento do doente nos últimos meses.

Em suma, os seguintes aspectos devem ser tidos em consideração:

- História familiar de perturbação bipolar ou de suicídio;
- Episódios prévios de hipomania/euforia/irritabilidade prolongados;
- Existência de três ou mais episódios depressivos nos últimos anos;
- Primeira ocorrência (ou recorrência) aguda sazonal (inverno ou verão);
- Episódios prévios de ciclotimia (mudanças de humor de forma constante ou continuada);
- Presença ou associação de sintomas de ansiedade, incluindo pânico ou sintomas obsessivos;
- Dores de cabeça frequentes (enxaquecas), tensão muscular, perturbações gastrointestinais, mudanças de apetite;
- Historial de abuso de substâncias (de forma periódica ou continuada).

Por vezes, durante episódios severos de mania ou de depressão, podem ocorrer **sintomas psicóticos**.

Os mais comuns são:

- Alucinações sensoriais (ouvir vozes, ver coisas que não existem, sentir cheiros que os outros não percebem...)
- Ideias delirantes (opiniões falsas firmemente mantidas e que não podem ser explicadas pela lógica ou pelos valores culturais da pessoa).

Pessoas com perturbação bipolar que apresentem sintomas psicóticos podem receber o **diagnóstico errado de esquizofrenia**.

7. AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES PODEM SOFRER DE PERTURBAÇÃO BIPOLAR?

A perturbação bipolar pode ter início e estar presente em crianças e adolescentes. É importante distinguir entre crises normais de desenvolvimento e a emergência de uma verdadeira perturbação de humor. Pode ser mais frequente se um dos pais sofrer de perturbação bipolar. Ao contrário do que acontece nos adultos, a doença apresenta-se na infância e adolescência com mudanças de humor injustificadas e repentinas que podem observar-se várias vezes no mesmo dia. As crianças são frequentemente irritáveis e agressivas, com tendências destrutivas ou com momentos de extrema felicidade e prazer sem justificação.

Na fase tardia da adolescência a doença apresenta as mesmas características da fase adulta. Pode observar-se tendência para envolvimento em situações de risco e desafio constante da autoridade (pais, professores, etc.).

A doença está frequentemente associada ao uso de álcool e de substâncias ilícitas que permitem lidar com uma grande quantidade de sofrimento mental que os jovens não compreendem e que acham difícil discutir com adultos.

Pensamentos de suicídio são também comuns e não devem ser ignorados. A ajuda de um especialista (psiquiatra ou neuropsiquiatra infantil) deve ser urgentemente procurada.

A ideia de que “quem diz que se quer matar, raramente o faz” e que o objectivo do doente é simplesmente o de chamar a atenção sobre si é, na nossa opinião, fundamentalmente um erro. Ao fazer isso, desvaloriza-se a mensagem que a pessoa está a enviar e subestima-se o risco. Se deixado só, o doente torna-se irritável e desapontado, uma vez que se sente mal compreendido. Em vez disso, é importante prestar-lhe atenção, confortá-lo e encorajá-lo. Uma pessoa que teve a coragem de confessar a alguém os seus propósitos negativos está a querer mostrar que já ultrapassou as suas

capacidades de lidar com o problema: precisa de ajuda e, sobretudo, necessita de apoio.

8. QUAIS SÃO AS CAUSAS DA PERTURBAÇÃO BIPOLAR?

Desconhecem-se as causas da perturbação bipolar. A maior parte da investigação realizada sugere a existência de um **desequilíbrio bioquímico em determinadas zonas do cérebro** que, por sua vez, causa alterações nos sistemas de comunicação entre neurónios.

Os neurónios utilizam neurotransmissores químicos para comunicar entre si. Por exemplo, os neurotransmissores monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina e dopamina), o neurotransmissor aminoácido excitatório glutamato ou, ainda, o neurotransmissor aminoácido inibidor ácido-gaba-amino-butírico (GABA).

A medicação utilizada para tratar a perturbação bipolar ou os *estabilizadores do humor*, actuam nesses sistemas.

Outros estudos sugerem que a perturbação bipolar é consequência do **mau funcionamento dos sistemas de mensagem intracelulares** (o sistema motor existente no interior das células nervosas) em partes específicas do cérebro.

É possível que o desenvolvimento da perturbação bipolar se deva a um processo de ‘*sensibilização*’ ou ‘*reactivação*’.

Esta teoria sugere que os primeiros episódios da doença são desencadeados por **eventos estressantes (luto, perda de emprego, doença crónica, etc.)**, mas que cada episódio causa alterações no cérebro que tornam o episódio seguinte mais provável, até que os episódios acabam por se desenvolver espontaneamente.

Este processo foi inicialmente descrito para explicar a epilepsia e pode, de certo modo, explicar a razão por que certas medicações anticonvulsivantes são eficientes no tratamento da perturbação bipolar.

Eventos traumáticos tais como perdas importantes, doença crónica, abuso de drogas ou graves problemas financeiros podem desencadear episódios desta doença em sujeitos a ela predispostos.

Existe claramente um **predisposição genética** para a perturbação bipolar: ela aparece no interior de famílias. Mais de dois terços das pessoas afectadas por esta patologia têm, pelo menos, um familiar directo que sofre de episódios de variação de humor ou de depressão major.

9. A PERTURBAÇÃO BIPOLAR TEM CURA?

A perturbação bipolar é uma doença crónica. Contudo, a maior parte das pessoas que sofrem desta doença podem alcançar um humor basicamente estável com o tratamento adequado.

O tratamento preventivo de longo prazo é fortemente recomendado e é quase sempre necessário.

Para tratar esta doença não chega tratar o episódio maníaco ou o depressivo, mas sim, o que é mais importante, é a doença que deve ser tratada.

Uma *estratégia terapêutica que inclua medicação e intervenções psicoterapêuticas e psicossociais* é considerada a melhor para tratar a doença ao longo do tempo.

Existem situações onde podem ter lugar grandes mudanças de humor, apesar de o tratamento ser adequado. Nesses casos, é importante, logo após o aparecimento dos primeiros sinais, contactar o psiquiatra que, adaptando a terapia, pode ser capaz de prevenir que este novo episódio se desenvolva totalmente. Outros factores podem desempenhar um papel importante, tais como experiências de vida estressantes, insucessos, consumo excessivo de café, álcool, drogas ou outros estimulantes, graves irregularidades no sono, má qualidade de vida, alguma medicação, doenças concomitantes, traumas e lutos.

As intervenções psicoterapêuticas têm como finalidade ajudar o doente a conhecer melhor o seu funcionamento e a aceitá-lo, a distinguir-se a si próprio e à sua personalidade da doença, a melhorar o controlo do stress e, indirectamente, a reduzir os factores que induzem a recaída.

“De um modo inexprimível, a psicoterapia devolve-o à saúde. De certo modo atribui significado à confusão, põe um travão aos pensamentos e sentimentos assustadores, restaura o controlo, a esperança e a possibilidade de aprender com tudo o que lhe tem acontecido...Nenhum comprimido pode ajudar-me a encarar o problema de eu não querer tomar comprimidos; do mesmo modo, nenhum tipo de psicoterapia é capaz, por si só, de evitar a mania e a depressão. Preciso de ambos”. (Kay Redfield, Una mente inquieta, TEA, 1995).

10. QUE MEDICAÇÃO É INDICADA PARA O TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO BIPOLAR?

Os medicamentos utilizados para o tratamento da perturbação bipolar são prescritos pelos psiquiatras. Tais medicamentos são:

- **Estabilizadores de humor** (estes medicamentos são a primeira escolha, uma vez que são essenciais para o controlo da perturbação e mudanças de humor em ambas as direcções: estes medicamentos incluem lítio e medicação antiepiléptica);

- **Antipsicóticos atípicos** (estas medicações são usada pelas suas propriedades de estabilização do humor);
- **Antidepressivos:** estes medicamentos devem ser apenas utilizados na fase depressiva da doença, em conjunto com os estabilizadores de humor, de modo a reduzir o risco de o doente passar para o polo oposto (mania) e impedir (ou não favorecer) o desenvolvimento da doença, reduzindo a duração dos períodos sem sintomas e o conseqüente aumento dos ‘ciclos da doença’.

11. QUAIS SÃO AS INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E PSICOTERAPÊUTICAS QUE EXISTEM PARA TRATAR A DOENÇA?

Estas intervenções são normalmente levadas a cabo por psicólogos e outros profissionais especificamente treinados, e devem ser levadas a cabo em colaboração com o psiquiatra que está a tratar do doente.

As técnicas mais utilizadas no controlo da perturbação bipolar são:

- Psicoterapia Cognitivo-Comportamental
- Psicoeducação
- Psicoterapia Cognitivo-Construtivista
- Intervenções familiares
- Reabilitação Psicossocial

A **Psicoterapia Cognitivo-Comportamental** é das terapias mais eficazes nesta doença. Pode ajudar o doente aumentando o seu entendimento e controlo da doença e pode ajudar o médico a compreender melhor o desenvolvimento da sintomatologia de modo a que um regime de tratamento mais eficiente possa ser escolhido.

Esta técnica também inclui a **psicoeducação do doente e da sua família**, de modo a que compreendam melhor as diferentes fases da doença. Por vezes, a família subestima alguns comportamentos tais como a insónia, a euforia e a irritabilidade, redefinindo-as em termos de peculiaridades de carácter ou de aspectos ligados à vontade da pessoa, a influência das más companhias ou uma vida controlada.

A **reabilitação psicossocial** é um elemento fulcral no tratamento do doente que, uma vez liberto dos sintomas da doença e com bom conhecimento da sua expressão fisiológica, reocupa o seu lugar na sociedade não só porque se sente melhor e pode voltar a trabalhar mas, também, porque é capaz de

lidar ele próprio com as suas dificuldades, com os elementos destrutivos da doença, e viver de modo a controlar a sua própria doença. Técnicas de reabilitação úteis para o tratamento das perturbações do humor incluem terapia pelo canto, terapia pela dança, terapia pela arte e desporto (em particular corrida, natação e jogos de equipa). O efeito de grupo dilui as tensões pessoais, facilita novos desafios e encoraja a cooperação e a acção sinérgica de modo a atingirem um objectivo comum.

12. O QUE SÃO GRUPOS DE AUTO-AJUDA?

Grupos de Auto-Ajuda ou grupos de ajuda mútua para doentes e seus familiares são pequenos grupos de pessoas que sofrem os mesmos problemas e que se encontram regularmente para partilhar experiências e oferecer reciprocamente compreensão e encorajamento.

É possível encontrar informação, suporte, solidariedade e amizade. Os Grupos de Auto-Ajuda foram aprovados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os grupos de auto-ajuda são uma parte essencial da nova cultura e da nova maneira de encarar os problemas de saúde mental e têm base no conceito novo de encorajar os doentes e as respectivas famílias a compreender a doença e a responsabilizar-se por ela.

13. A QUEM DEVE DIRIGIR-SE PARA TRATAR A DEPRESSÃO E A PERTURBAÇÃO BIPOLAR?

Cada pessoa que sofre de perturbação bipolar deve ser seguida regularmente por um psiquiatra com treino específico no diagnóstico e tratamento desta doença.

O controlo adequado das perturbações do humor é fundamental para a qualidade de vida do doente e da sua família. Isto pode ser feito compreendendo e aplicando alguns parâmetros básicos:

- O psiquiatra deve ser o médico responsável;
- A aliança terapêutica com o doente é essencial para assegurar que o doente segue um plano de tratamento;
- A depressão é uma doença que causa mudanças biológicas significativas. Não é sinal de fraqueza ou de preguiça e não pode ser ultrapassada com um simples acto de vontade (*Tenho de conseguir por mim próprio!*).

Quando os primeiros sinais da doença aparecem, deve-se consultar um médico, num centro de saúde mental ou numa clínica privada, a fim de receber medidas preventivas apropriadas, ajuda e reabilitação, de modo a superar a perturbação do humor.

Tratar a perturbação do humor significa melhor qualidade de vida.

Não sofra sozinho. Informe as pessoas apropriadas.

Não deixe que a vergonha ou o preconceito não o deixem pedir ajuda.

Não acredite que não há nada a fazer.

Lembre-se que, juntos, podemos vencer!

Não fique sozinho na sua tristeza!



Lembre-se que a depressão pode ser combatida e vencida!



Remember that one can
fight depression

and **WIN** !

EDD
European
Depression
Day

Bibliografia :

- 1 – A.VV.: DSM -IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. A.P.A., 2000.
- 2 - AA.VV.: Medicina e salute. Milano, Motta, 2004.
- 3 - Akiskal HS. (1996) - The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol, 16: suppl 1: 4-14.
- 4 - Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. [2003] - In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, eds. Bipolar disorder. Chichester: John Wiley and Sons, 1-52.
- 5 - Agius M, Tavormina G [2009] - "The bipolar spectrum: do we need a single algorithm for affective disorder?". European Psychiatry, 24: suppl 1: P01-218.
- 6 - Agius M, Tavormina G [2007] – “Identifying and treating bipolar illness early”. BMJ, February 19th , 2007.
- 7 - Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. [2003] - Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Disord, 73: 133-146.
- 8 - Ba G. (a cura di) - Metodologia della riabilitazione psicosociale. Milano, F. Angeli, 1994.
- 9 - Baum A.E., et al. (2008) - A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder Molecular Psychiatry, 13(2), 197–207.
- 10 - Bear M.F./Connors, B.W./Paradiso, M.A., (1999) - "Neuroscienze: Esplorando Il Cervello", Masson. Milano.
- 12 - Benazzi F. [2007] - “Mixed Depression and the dimensional view of mood disorders”. Psychopathology, 40:431-439.

- 13 - Benson D.F / Blumer, D., (1975) - "Aspetti psichiatrici delle malattie neurologiche", Bulzoni Editore. Roma.
- 14 - Burton P.R., et al. (2007) - Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls Nature, 447(7145), 661-678.
- 15 - Cassano Giovanni B., (1999) - "Trattato Italiano di Psichiatria", Masson. Milano.
- 16 - Civita A., (1999) - "Psicopatologia. Un'introduzione storica", Carocci Editore. Roma.
- 17 - Clarkson P. (1995) - La relazione psicoterapeutica integrata. Roma, Sovera, 1997.
- 18 - Doron R., Parot F., Del Miglio C. (1988) - Nuovo Dizionario di Psicologia. Roma, Borla, 2001.
- 19 - Fallon IRH., (2000) - "Che cos'è il Disturbo Bipolare", Ecomind. Salerno.
- 20 - Goldberg JF., Harrow M., (2000) - "Disturbi Bipolari" Raffaello Cortina. Milano.
- 21 - National Institute of Mental Health. Depression. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
- 22 - Pinel J. (2000) - "Psicobiologia" il Mulino. Bologna.
- 23 - Sajatovic M, Smith D. (2008) - Subjective experience of bipolar disorder, treatment adherence and stigma. New Research In Mental Health, vol. 18. Ohio Department of Mental Health.
- 24 - Simis A., (2005) - "Introduzione alla Psicopatologia descrittiva". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- 25 - Stephen M., (2005) - "Psicofarmacologia essenziale della depressione e del disturbo bipolare". Centro Scientifico Editore. Torino.
- 26 - Tavormina G. [2010] - "The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders". *Psychiatria Danubina*, 22, suppl 1: 15-17.
- 27 - Tavormina G [2011] - "Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?". *Psychiatria Danubina*, 23, suppl 1: 13-14.
- 28 - Tavormina G - An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. *Psychiatria Danubina*, 2012; 24, suppl 1: 25-27.
- 29 - Zdanowicz N., Myslinski A. ADHD and bipolar disorder among adolescents: nosology in question. *Psychiatria Danubina* 2010; 22:139-142.