



LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**BENEDITA AMORIM DE SOUSA E SILVA  
MARISE DE JESUS ALMEIDA DINIZ  
VERA LUCIA DINIZ MENDONÇA**

**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NA ADOLESCÊNCIA**

São Luís  
2011

**BENEDITA AMORIM DE SOUSA E SILVA  
MARISE DE JESUS ALMEIDA DINIZ  
VERA LUCIA DINIZ MENDONÇA**

**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NA ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Mestrando Francisco de Assis Reis Frazão.

São Luís

2011

Silva, Benedita Amorim de Sousa e

Transtorno Afetivo Bipolar na adolescência. Benedita Amorim de Sousa e Silva; Marise de Jesus Almeida Diniz; Vera Lucia Diniz Mendonça. - São Luís, 2011.

34f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Psiquiatria. 2. Transtorno Bipolar. 3. Adolescência. I. Título.

CDU 616.89-053.6

**BENEDITA AMORIM DE SOUSA E SILVA  
MARISE DE JESUS ALMEIDA DINIZ  
VERA LUCIA DINIZ MENDONÇA**

## **TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NA ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em / /

### **BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Francisco de Assis Reis Frazão** (Orientador)  
Mestrando em Teoria e Clínica da Psicanálise  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

**Profa. Janete Valois Ferreira Serra**  
Mestre em Psicologia Social  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

A Deus, eterna fonte de luz.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de nos fazer conhecer um mundo novo e inusitado, que culminou com a elaboração desse trabalho.

Aos nossos familiares, por nos terem dado força e acreditado no nosso desempenho para realização desse trabalho.

Ao Prof. Mestrando Francisco de Assis Reis Frazão, nosso orientador, pela dedicação e orientação nos momentos de dúvidas.

À Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra, por nortear nossos caminhos para esse estudo.

À Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, pela acolhida, conforto e por ter reforçado que seria possível concluir esse trabalho.

À Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva, pela determinação e contribuições técnico-científicas.

À Marcela Mendonça e Nádia Diniz de Carvalho, filha e sobrinha amadas, pelo apoio e solidariedade.

Aos amigos José Augusto Silva e Bruno Amorim, pela disponibilidade em nos ajudar sempre que era preciso.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para elaboração desse trabalho.

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”*

*Chico Xavier*

## RESUMO

Revisão de literatura realizada no período de 1992 a 2011 sobre Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) na adolescência caracterizado por oscilações de humor, com episódios depressivos e maníacos alternados, considerando-se a adolescência como o período de vida em que as diversas manifestações de comportamento se afloram, trazendo muitas vezes, implicações danosas para o indivíduo e para todos que de sua vida fazem parte. Considera-se o diagnóstico precoce como a melhor forma de prevenção, além do tratamento medicamentoso aliado às várias modalidades de psicoterapias, entendendo-se que o Transtorno Bipolar não é meramente um problema bioquímico, mas também, psicológico e social.

Palavras-chave: Psiquiatria. Transtorno Afetivo Bipolar. Adolescência.

## ABSTRACT

Literature review in the period from 1992 to 2011 on Bipolar Disorder (BD) in adolescence is characterized by mood swings with alternating depressive and manic episodes, considering adolescence as the period of life in the various manifestations of behavior outcrop, bringing often damaging implications for the individual and for all who are part of your life. It is considered an early diagnosis as the best form of prevention, in addition to drug therapy coupled with various forms of psychotherapy, understanding that Bipolar Disorder is not merely a biochemical problem, but also psychological and social.

Keywords: Psiquiatria. Bipolar disorder afective. Adolescent.

## SUMÁRIO

		p.
1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
2	<b>OBJETIVO</b> .....	11
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	12
3.1	<b>Revisão de literatura</b> .....	12
4	<b>ABORGAGEM SOBRE A ADOLESCÊNCIA</b> .....	13
5	<b>TRANSTORNO BIPOLAR NA ADOLESCÊNCIA</b> .....	16
6	<b>A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA PREVENÇÃO DO TRANSTORNO BIPOLAR</b> .....	20
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é também conhecido como Transtorno Bipolar do Humor (TBH), ou como Psicose Maníaco-Depressiva (PMD). É uma doença psiquiátrica relacionada com o humor ou com o afeto, caracterizada por oscilações de humor, com episódios depressivos e maníacos alternados ao longo da vida (ALVAREZ, 2010).

É uma doença crônica, de incidência universal, que acomete cerca de 1% das pessoas em todo o mundo. Dessa forma, há necessidade tanto de um diagnóstico precoce como de um tratamento adequado, em decorrência de um conjunto de consequências danosas, tais como, problemas judiciais com complicações legais, devido ao desvio de conduta; comportamento sexual de alto risco; além da alarmante taxa de suicídio, na faixa de 15%. Outros problemas associados incluem queda de rendimento escolar, repetência, fracasso profissional, divórcio ou comportamento anti-social (ALVAREZ, 2010).

O referido autor lembra que geralmente o paciente apresenta no humor depressivo, alterações de apetite e de sono, dificuldade de concentração e pensamento de cunho negativo e incapacidade de sentir alegria ou prazer, redução da energia, agitação psicomotora ou, ao contrário, lentificação, podendo ocorrer ideação suicida e/ou sintomas psicóticos.

As manifestações clínicas da Mania variam de acordo com a intensidade e o predomínio dos sintomas afetivos das alterações psicomotoras e da presença de sintomas psicóticos. Em sua forma clássica, se caracteriza por humor exageradamente expansivo (eleção), aceleração no ritmo do pensamento e pensamento delirante de grandiosidade. Dependendo da gravidade do episódio maníaco, as idéias delirantes podem confundir o quadro com o surto esquizofrênico, complementa Alvarez (2010).

Sobre a etiologia da doença, Alvarez (2010) afirma que ainda são inconclusivos, uma vez que os pesquisadores não sabem exatamente o que causa o Transtorno Bipolar. É provável que não exista um fator único, mais sim uma combinação de fatores que propicia o desenvolvimento da bipolaridade. Para Alvarez (2010), a Genética certamente tem influência, podendo aumentar a probabilidade de alguém desenvolver a doença, mas não se pode determinar com segurança quem irá desenvolver o quadro, baseando-se na genética (por exemplo,

um gêmeo pode desenvolver a doença, e o outro não). Estatísticas mostram que, filhos de pacientes bipolares apresentam um risco maior de desenvolver o quadro. A hipótese mais bem aceita na comunidade científica é a que defende o ponto de vista de que existe uma vulnerabilidade determinada geneticamente e que fatores ambientais e psicossociais funcionam como gatilhos a dispor sua manifestação (ALVAREZ, 2010).

Segundo Fu-I (2004) para que haja um diagnóstico mais preciso, é recomendável que os adolescentes tenham seus quadros clínicos bem descritos, com avaliação minuciosa e sistematizada de todos os sintomas, verificando-se a frequência de ocorrência e o grau de comprometimento de cada manifestação, embora não se devam esquecer os aspectos psicossociais, os quais são de fundamental importância, a fim de que não haja um detimento somente em relação aos sintomas.

Considerando-se o TAB como uma doença psiquiátrica que, segundo a literatura, tem geralmente o seu início durante a adolescência, bem como o risco de suicídio aumenta de forma drástica nesta fase, justifica-se a realização desse estudo, fomentando-se a necessidade do diagnóstico precoce, assim como do acompanhamento médico, imprimindo-lhes seriedade no encaminhamento, apontando-se para a possibilidade dos benefícios que uma intervenção, também precoce, poderá proporcionar.

## **2 OBJETIVO**

Estudar o Transtorno Afetivo Bipolar na adolescência.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

#### 3.1 Revisão da literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da pergunta:** o que a literatura descreve sobre Transtorno Bipolar na adolescência?

- **Localização e seleção dos estudos:** Foram considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em Base de Dados eletrônica tais como: Google Acadêmico. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, BIREME e Scielo.

- **Período:** 1992 a 2011.

- **Coleta de dados:** Foram coletados dados relativos ao Transtorno Bipolar na adolescência considerando-a como um período de intensas transformações físicas, mentais e sociais na vida do indivíduo, as quais irão formar o seu senso de identidade. Discorre-se sobre o diagnóstico precoce enfocando as várias modalidades de tratamento, como vistas a prevenir o referido transtorno, garantindo-lhe qualidade de vida. Descritores: Psiquiatria; Transtorno Bipolar; Adolescência.

- **Análise e apresentação dos dados:**

Abordagem sobre a adolescência;

Transtorno Afetivo Bipolar na adolescência;

A importância do diagnóstico precoce na prevenção do Transtorno Bipolar.

#### 4 ABORDAGEM SOBRE A ADOLESCÊNCIA

A palavra Adolescência deriva de “*Adolescere*, uma palavra latina que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem” (BECKER, 1994). É uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (BECKER, 1994; PALACIOS, 1995; KAPLAN, 1996; CASTRO, 1998; ALMEIDA, 2008), que levarão a criança a se tornar adulta, acrescida da capacidade de reprodução, conforme ressalta Zagury (1996), mostrando que “o adolescente vivencia tal conquista como a irrupção de um novo papel, que modifica sua posição frente ao mundo e que também o influencia em outros planos da vida dele”.

Por sua vez, Souza (2007) assegura que a adolescência é um período de intensas atividades e transformações na vida mental do indivíduo, o que, por si só, leva a diversas manifestações de comportamento que podem ser interpretadas por leigos como sendo doença. Assim sendo, muitas das manifestações ditas normais podem se confundir com doenças mentais ou comportamentos inadequados. Oportunamente, a autora acima citada descreve sobre normalidade, neuroses e psicoses comuns na adolescência, fazendo a diferenciação entre elas:

[...] Normalidade, fase da vida em que a pessoa se descobre como indivíduo separado dos pais. Isso gera um sentimento de curiosidade e euforia, porém também gera sentimentos de medo e inadequação. Assim sendo ele procura exemplos, de pessoas próximas ou não - ídolos artísticos ou esportivos, entre outros - para construir seu caráter e seu comportamento. Também é visível a necessidade [...] de contrariar a vontade ou as idéias dos pais, [...] em decorrência da necessidade do adolescente de separar-se dos pais, ser diferente deles, para construir sua própria identidade como pessoa [...]. No que diz respeito à neurose, conceituada como distúrbio de aspectos da personalidade, podendo-se citar [...] Transtornos de humor: grupo onde se incluem as doenças depressivas, [...]. Transtornos Alimentares: onde se incluem a Bulimia (ataques de "comer" compulsivo seguido, muitas vezes, do ato de vomitar) e Anorexia (diminuição intensa da ingestão de alimentos). Transtorno de Conduta: o uso de drogas, é um tipo de alteração de comportamento bastante visto na adolescência. Transtorno do Uso de Substâncias Psicoativas: caracterizam-se por comportamentos repetitivos de contrariedade a normas e padrões sociais, conduta agressiva e desafiadora. Transtorno de ansiedade: pessoas que vivem com um grau muito intenso de ansiedade, chegando a ter prejuízos no seu funcionamento, por exemplo, social, em decorrência dessa ansiedade.

Sobre as psicoses, diz-se que são consideradas como distúrbios da personalidade total, envolvendo aspectos afetivos, de pensamento, de percepção de si e do mundo. Vale ressaltar que, dentre os transtornos emocionais da adolescência

é o mais temido, tanto por sua gravidade e impacto que produz no entorno do paciente, quanto pelo prognóstico e necessidade de tratamento imediato. É classicamente definida como “a perda do contato com a realidade. Significa dizer que a avaliação, o julgamento da realidade, feito pelo paciente está prejudicado” (SOUZA, 2007).

Adolescência é uma etapa importante da vida humana, intermediária entre a infância e a idade adulta, na qual são percebidas notáveis alterações em diferentes níveis, tais como, físico, mental e social. O início biológico da adolescência é marcado pela aceleração rápida do crescimento esquelético e pelo começo do desenvolvimento sexual. O início psicológico evidencia-se pela aceleração do desenvolvimento cognitivo e pela consolidação da formação da personalidade. Do ponto de vista social, a adolescência é o período de preparação intensificada para o papel eminente do jovem adulto. As alterações nesse processo de transição é algo marcante, a criança perde suas características peculiares e nem por isso, adquire as competências que capacitam o ser humano a assumir o papel de adulto (OERTER; DREHER, 2002).

Os referidos autores discorrem que muitas sociedades marcam o início da adolescência com rituais da puberdade ou ritos de passagem que celebram a aquisição de *status* de adulto com seus deveres e responsabilidades correspondentes. A complexidade da vida moderna costuma postergar a chegada à condição de adulto. Como fase definida, a adolescência é variável – na idade de início, na duração, no ritmo de crescimento, no desenvolvimento sexual e na maturação mental. É importante que a adolescência e a puberdade, ocorram sincronicamente. Quando não ocorrem simultaneamente, e muitas vezes não ocorrem, os adolescentes enfrentam desequilíbrios e um estresse maior. A adolescência termina na idade adulta.

Torna-se prudente enfatizar que dois principais fatores explicam por que a adolescência se tornou uma temática de interesse universal: “A explosão demográfica do pós-guerra, que trouxe como substancial consequência o crescimento percentual da população jovem mundial; A ampliação do intervalo da faixa etária com as características da adolescência” (OSORIO, 1992). Por sua vez, Palacios (1995); Levi; Schimitt (1996) pontuam que a concepção de adolescência, tal como se a concebe atualmente, remonta do final do século XIX, quando a partir da industrialização e implantação do sistema de produção em massa, os adultos

passaram a se dedicar, mais amiúde, ao trabalho, e seus filhos tiveram de permanecer mais tempo nas instituições de ensino existentes. A própria industrialização, demandou mão de obra mais qualificada.

É essencial frisar que existem algumas diferenças quanto à definição de faixa-etária da adolescência. Para a Organização das Nações Unidas (ONU), a adolescência situa-se entre os 15 e 24 anos; enquanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define entre os 10 e 20 anos de idade; no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece outra faixa etária, dos 11 aos 18 anos (OERTER; DREHER, 2002).

Com relação ao período de desenvolvimento, Bronner (2011) afirma que a adolescência pode ser classificada em Puberdade, Fase intermediária e Final, e é um processo que se estende em torno dos doze aos vinte e dois anos de idade, coincidindo com o cessar do crescimento físico, bem como descreve: “1ª adolescência (Puberdade) - entre 11 e 14 anos (meninas) – entre 12 e meio e 16 anos (meninos); Intermediária - 15 aos 18 anos; Final - 19 a 22 anos”. Dentre as tarefas de desenvolvimento pertencentes principalmente às fases intermediária e final da adolescência, Bronner (2011) cita:

Aceitar o físico adulto e suas características pessoais;  
Desenvolver independência emocional dos pais e figuras de autoridade;  
Desenvolver perícia na comunicação interpessoal;  
Realizar relacionamento com colegas e outras pessoas, tanto individualmente como no grupo;  
Aceitar-se e confiar nas próprias habilidades e possibilidades;  
Fortalecer o autocontrole em base de uma escala de valores e princípios;  
Ter modelos humanos para identificação.

Sendo o período de adolescência caracterizado por um conjunto de transformações biopsicossociais (mudanças físicas, hormonais, emocionais e cognitivas), Bronner (2011) acrescenta que “neste processo de reorganização de personalidade e ajustamento, torna-se muito difícil para o jovem o fracasso, a crítica, a falta de reconhecimento e aceitação (real ou imaginária). O jovem busca emancipação ao mesmo tempo em que necessita de apoio”. Ressalta também algumas características do adolescente e a atitude preferencial a ser mantida por pais e educadores:

- 1) A tarefa principal do adolescente é encontrar a IDENTIDADE – daí a importância de estar envolvido num ambiente social apropriado com líderes positivos e afetivos e com um critério de valores.
- 2) O jovem tem grande preocupação com sua IMAGEM (não só aparência, mas a idéia que fazem dele). Muita cautela deve ser tomada para que não se sinta inadequado. Deve-se investir e incentivar suas habilidades e em demonstrar aprovação e aceitação genuínas. Pais e educadores devem estar atentos a oportunidades para demonstrar admiração e atitudes positivas, a iniciativas válidas e manter uma postura respeitosa e afável para com os jovens.
- 3) Durante este processo de reorganização de personalidade o jovem precisa provar a si mesmo e para os outros que não é mais criança. Pais e educadores devem continuar guiando, mas segundo padrões já abordados acima. É a busca da AUTONOMIA.
- 4) Os adolescentes, principalmente em função da grande sensibilidade tendem a olhar para as suas questões “com lente de aumento”: uma palavra mais dura, uma espinha na testa, uma atitude criticada, um cumprimento menos efusivo, uma nota mais baixa, são razões para que se sintam desconfortáveis Bronner (2011).

## 5 TRANSTORNO BIPOLAR NA ADOLESCÊNCIA

Autores como Leibenluft et al (2003); Fu-I (2007) asseguram que o TB é um transtorno psiquiátrico com característica penetrante (*pervasive*), com alterações clínicas que podem permear todo o período de desenvolvimento, “devido a um caráter penetrante e impregnante dos sintomas sobre o modo de pensar e comportar-se de um indivíduo, regendo sua adaptação social, acadêmica e profissional”. Acrescentam também que para uma melhor compreensão dos sintomas e sinais do TB de início precoce, “é necessário entender quando e como ocorre o desenvolvimento emocional”. Para tanto, diversos aspectos devem ser contemplados, dentre os quais, destacam-se:

- **Regulação emocional** – auxilia na compreensão do caráter normal ou patológico de labilidade e mudança de humor, assim como do significado de euforia ou irritabilidade.
- **Noção e compreensão da realidade** – para definir a presença ou não de grandiosidade.
- **Temperamento** – que pode interagir, dependendo do caso, com piora sintomatológica.
- **Cognição social e nível de desenvolvimento da linguagem** – que influenciam a recepção e a assimilação de estímulos externos, a pragmática da expressão e o relato de sintomas.
- **Puberdade** – seu início tem papel fundamental no desenvolvimento cerebral e está associado a um aumento substancial da ocorrência de depressão e esquizofrenia.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID 10, pode - se definir Transtorno Bipolar como:

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares (F31.8) (CBREMT, 1993).

Torna-se oportuno esclarecer que Leibenluft et al (2003), propuseram três tipos clínicos de TB, que estão sendo avaliados pelo NIMH-EUA, como sugestão para o critério descritivo do fenótipo de TB em crianças e adolescentes. Entretanto, essa classificação, apesar de ser quase unânime no meio científico, ainda aguarda inserção oficial no DSM. Sobre os tipos clínicos, os referidos autores discorrem:

O primeiro é o **tipo bem-definido (*narrow*)**, cujos casos satisfazem totalmente os critérios do DSM-IV para TB de tipo I, com presença obrigatória de humor eufórico ou exaltado ou grandiosidade. Os episódios de mania devem durar sete dias ou mais, e os de hipomania, no mínimo quatro dias, e o início e o fim de cada fase devem ser bem-definidos. O segundo é o **tipo intermediário**, que se divide em dois subtipos:

- **Intermediário I** – há presença de sintomas de euforia, exaltação ou grandiosidade e outros sintomas de hipo (mania), porém a duração dos sintomas é menor do que o exigido pelo DSM-IV para crise de (hipo) mania.
- **Intermediário II** – não há presença de humor eufórico nem de grandiosidade, mas de humor irritadiço, hiperatividade e outros sintomas de (hipo) mania, com duração prolongada. Os tipos intermediários em geral recebem o diagnóstico de (hipo) mania sem outra especificação (TB-SOE), segundo os critérios do DSM-IV. O terceiro tipo, a **desregulação grave do humor (*severe mood deregulation*)**, refere-se ao caso daquelas crianças constantemente mal-humoradas, chateadas ou entristecidas, com reação exagerada por interpretar de forma negativa os estímulos emocionais ou ambientais. Em geral, são hiperativas, distraídas, dormem pouco e falam muito. Existe uma frequência aproximada de três ou mais explosões de raiva por semana. Essas crianças têm dificuldade crônica de relacionamento dentro e fora de casa, com prejuízo de socialização no lar e na escola e no funcionamento global. Faz parte do diagnóstico desse tipo clínico história familiar positiva de transtorno afetivo.

Para a OMS (1993), os pacientes portadores de THB do tipo I são aqueles que tiveram pelo menos uma fase de mania ou estado misto. Já os portadores de THB do tipo II, são aqueles que apresentaram episódios de hipomania, alternados com episódios depressivos. Com muito critério, Tramontina et al (2003 apud Wagner, 2009) pontua que em adolescentes a prevalência é estimada em 1% ao longo da vida tanto o bipolar I quanto o bipolar II. Relata que em um estudo de amostra clínica realizado em Porto Alegre no Hospital de Clínicas identificou uma prevalência dessa doença em jovens com menos de 15 anos em torno de 7,2%. O início precoce geralmente ocorre com um episódio de depressão e não de mania.

Estima-se que 20 a 40% dos jovens mudarão o diagnóstico para bipolaridade dentro de cinco anos da depressão, complementa Stubbe (2008).

Também de forma criteriosa, Couto; Negrão (2002) se pronuncia dizendo que o referido transtorno é caracterizado por período de um quadro depressivo, geralmente de intensidade grave, que se alternam com períodos de quadro opostos à depressão, como a euforia. É importante enfatizar que, antes mesmo da doença manifestar-se, o adolescente apresenta sinais de comportamentos não justificáveis, tais como, evidentes episódios de euforia e alegria, alternando com irritabilidade e momentos marcantes de raiva, contrastando com um período de normalidade. É importante enfatizar que pode apresentar outros sintomas. Mais especificamente, discorre:

Na adolescência, o quadro clínico costuma surgir a partir dos 15 anos, sendo que o pico de maior incidência ocorre entre 18 e 25 anos. Devido a os adolescentes apresentarem alterações de humor consideradas normais, há dificuldade de um diagnóstico preciso, pois é nessa fase que, em geral, os adolescentes estão sob maior estresse, mais inseguros e indefinidos, demasiadamente bombardeados pelos hormônios. É também nesse momento da vida que se expõem mais a comportamentos de risco; a sexualidade fica mais exacerbada e as drogas o seduzem. Portanto, os fatores biopsicossociais favorecem a eclosão do transtorno bipolar. Além disso, certas situações de estresse contribuem para o desenvolvimento ou precipitação do problema (COUTO; NEGRÃO, 2002).

Com relação aos sintomas do Transtorno Bipolar na Adolescência, Couto; Negrão (2002) cita os mais frequentes: demasiada aflição quando separado da família; ansiedade ou preocupação excessiva; dificuldade ao levantar-se pela manhã; hiperatividade e excitação à tarde; sono agitado ou dificuldade para conciliar o sono; terror noturno ou insônia no meio da noite; concentração comprometida na escola; dificuldades em organizar tarefas; aborrecimento; distração com estímulos externos; ecolalia; logorreia; mudanças de humor bruscas e rápidas; humor irritável, alegres ou tolos e acessos de raiva ou fúria explosivos e prolongados.

Levando-se em consideração os aspectos clínicos, Fui-I (2004) argumenta que tanto crianças como adolescentes podem ter sintomas psicóticos durante as crises de (hipo)mania e cita dentre estes, os mais relatados em crianças:

Alucinações visuais (ex: ver cabeças voando no ar), alucinações auditivas (ex: "o diabo e o anjo estão falando comigo") e delírios de perseguição (ex: "outros meninos estão atrás de mim por inveja"). Delírios de grandeza também ocorrem (ex: ter poder de controlar o futuro). Geller et al (2000; 2002 apud Fui-I, 2004) encontraram 23% de crianças e adolescentes em (hipo)mania com alucinações (principalmente de comando, imperativo e religioso) e 34,6% de delírios (principalmente de grandeza, de perseguição, de referência e de culpa).

Ressalta-se que as alucinações, nesses casos, são mais variadas e não se restringem em alucinações auditivas que chamam pelo nome do paciente como nos casos de depressão. Lembrem também, que a presença de sintomas psicóticos em um adulto com TAB indica pior prognóstico e maior dificuldade de tratamento, mas ainda não se definiu se o mesmo aconteceria com crianças e adolescentes (GELLER et al, 2000; 2002 apud FUI-I, 2004).

Outra característica identificada pelos referidos autores “é que crianças e adolescentes freqüentemente apresentam mudanças de estado de humor mais rápidas do que os adultos e podem até alternar estado de depressão e de (hipo)mania várias vezes em um mesmo dia”. Destacam ainda que, além da presença obrigatória de humor exaltado ou eufórico ou grandiosidade nas crises de (hipo)mania no caso de TAB-IA, a duração da crise de (hipo)mania pode ser variada, chamando-se atenção para a presença de ciclos ultra-rápido ou contínuos em crianças, sintomas esses que eram pouco identificados anteriormente. A exemplo disso, Geller et al (2000 apud FUI-I, 2004) cita que uma das crianças com diagnóstico de TAB tipo-II estudadas em sua pesquisa, chegou a apresentar 104 episódios de +/- 4 horas de duração em 104 dias diferentes.

Nessa mesma linha de raciocínio, Pereira (2011) contribui dizendo que crianças e adolescentes portadores de THB podem apresentar evidência de prejuízo acadêmico ou social, sofrimento clinicamente significativo, isolamento social, agressividade, comportamento delinquente, ansiedade e depressão de comprometimento mais grave, maiores riscos de acidentes e exposição sexual devido á impulsividade, co-morbidades com TDAH, transtornos de conduta e transtornos por abuso de substâncias.

Torna-se prudente concordar com Pereira (2011) quando a autora diz que Erik Homburger Erikson, autor da Teoria Psicossocial do Desenvolvimento Psicossocial, considera a adolescência “o período psicológico mais importante da vida do indivíduo, pois é quando ocorre a transformação psíquica crucial para a formação do senso de identidade”. Daí a necessidade de que esta vivência seja proporcionada de forma mais saudável, uma vez que estão em processo de desenvolvimento e há o risco repercussões negativas na vida adulta.

Do ponto de vista fisiopatológico, postula-se que o (TAB) está relacionado a disfunções nos circuitos cerebrais relacionados à regulação das emoções. Considerando-se que há diferenças importantes na maneira como as emoções são

vivenciadas e expressas em diferentes culturas, é natural inferir que o diagnóstico de (TAB) e seu manejo se encontram sob influência de fatores culturais (ALMEIDA, 2009).

## **6 A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA PREVENÇÃO DO TRANSTORNO BIPOLAR**

O Transtorno Bipolar diz respeito a um grupo de condições clínicas nas quais uma polarização do humor tanto para depressão quanto para elevação é destaque e considerada fundamental. A causa do THB é desconhecida e os estudos sugerem que esteja relacionada á vulnerabilidade biológica, provavelmente determinada por múltiplos genes e os chamados gatilhos ambientais. É considerado patológico por Fui-I (2007) uma vez que há um “conjunto de sinais e sintomas com duração e gravidade suficiente que podem levar o indivíduo à perda da sua capacidade funcional”.

O diagnóstico é clínico, pois se baseia na avaliação clínica do paciente. As principais fontes de informação são os pais ou os responsáveis e a própria criança ou adolescente. A escola é considerada uma importante fonte de informações, bem como o depoimento de familiares, vizinhos ou amigos das crianças e dos adolescentes. A referida avaliação deve ser realizada por um profissional especializado, que é o médico psiquiatra da infância e adolescência (WAGNER, 2009; PEREIRA, 2011).

No entendimento de Almeida (2009), o diagnóstico deve sempre ser realizado por médicos psiquiatras ou neurologistas em conjunto com psicólogos, que ao diagnosticarem e acompanharem a criança, jovem ou adulto, se preocupa em dar também orientações à família e à escola, salientando-se que estes transtornos afetem seriamente o desenvolvimento e o crescimento emocional dos pacientes podendo ser a criança, o jovem ou o adulto. É preciso esclarecer ao paciente e aos seus familiares sobre os sintomas da doença, suas causas, como ela pode seguir durante a vida da pessoa, quais os riscos, que atitudes tomar durante a depressão e na mania (euforia), como se preparar para as recorrências, complementa a autora.

Mesmo para o psiquiatra, o diagnóstico pode ser demorado, considerando as alterações de humor características de cada fase do desenvolvimento. Os primeiros sintomas são percebidos, principalmente, pelos pais, professores, pediatras, clínicos

e ginecologistas. O acompanhamento adequado com um médico de sua confiança é a melhor garantia de conhecimento sobre os dois polos deste transtorno, pois, a mudança frequente de seguimento de tratamento dificulta a ampla visão de cada caso. Por isso, é importante investir na relação médico-paciente, quando é possível, a fim de evitar o início de uma nova e longa jornada de investigação, bem como os riscos das frequentes e disseminadas prescrições de antidepressivos, que nesses casos, seria um fator complicador do curso da doença. Também é importante enfatizar as sobreposições de sintomas de humor e sintomas de déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade que, muitas vezes, são diferenciadas somente com um conhecimento aprofundado sobre o paciente (PEREIRA, 2011).

A OMS (1993); APA (2002) afirmam que atualmente são aceitos os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da CID-10 e os do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, além de considerar que:

O diagnóstico de um episódio maníaco é realizado pela presença de alterações do humor caracterizadas por este estar elevado, expansivo ou irritável com duração de pelo menos uma semana. Durante o período de alteração do humor três ou mais dos sintomas seguintes devem estar presentes de forma persistente e num nível significativo (quatro se o humor for apenas irritável): auto-estima inflada ou grandiosidade; diminuição da necessidade do sono; pressão de fala; fuga de idéias ou aceleração do pensamento; distratibilidade; agitação psicomotora; aumento de atividades dirigidas a objetivos e excessivos envolvimentos em atividades prazerosas que tenham alto potencial para conseqüências desastrosas (APA, 2002).

Almeida (2009) compreende que os diagnósticos de transtornos da saúde mental na infância são difíceis, mesmo para os especialistas, pois é alta a prevalência de co-morbidades, ou seja, o aparecimento de dois transtornos simultaneamente, e o pleno desenvolvimento e crescente da criança que altera o quadro constantemente; o que exige conhecimento profissional, experiência e observação minuciosa do médico, do psicólogo, da equipe envolvida e prudência da família.

Segundo Pereira (2011) ainda não há exames de imagem disponíveis para confirmação do diagnóstico, embora a Ressonância Magnética por Espectroscopia tenha demonstrado diferenças de neurometabólitos em crianças que tem a co-morbidade de THB e TDAH (hiperatividade) quando comparadas àquelas apresentam somente TDAH, o que por enquanto, tem aberto caminhos para uma série de investigações de neuroimagem no Transtorno de Humor Bipolar Juvenil. Por

sua vez, Fui-I (2004) afirma que para definição de diagnóstico, aconselha-se que as crianças tenham seus quadros clínicos bem descritos, com avaliação cuidadosa e sistematizada de todos os sintomas, verificando a frequência de ocorrência e o grau de comprometimento de cada sintoma. Atualmente, recomendam-se os seguintes instrumentos de apoio ao diagnóstico para TAB-IA:

K-SADS versão PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version*), K-SADS com seção de transtorno afetivo e de ciclagem rápida de WASH-UKSADS e *Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (WASH-U-K-SADS). Note-se que a versão brasileira de K-SADS-PL já foi validada e se encontra disponível no nosso meio. Outro instrumento semiestruturado para exploração de sintomas e sinais independente do diagnóstico é o CBCL (*Child Behavior Checklist*). Esse instrumento tem sido empregado em recentes pesquisas e mantém a sua importância nos estudos de TAB-IA. A versão brasileira deste também já se encontra disponível [...].

A autora Pereira (2011) oportunamente lembra que um dos motivos para a baixa detecção pode ser a diferença da apresentação clínica destes transtornos nas crianças e adolescentes, comparados aos adultos. A dificuldade está em identificar as características atípicas do humor irritável, tempestades afetivas, crises graves de descontrole de impulsos, curso da doença crônico ou episódico, ciclos rápidos que variam entre tristeza e euforia, tristeza e irritabilidade, grandiosidade, confrontação e desrespeito acentuados com os limites geracionais (pais e professores), quadros mistos, início do quadro com episódio depressivo, hiperssexualidade (atitudes inadequadas no convívio social, masturbação excessiva), casos positivos na família e altas taxas de co-morbidade com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Com muita propriedade, Almeida (2009) esclarece que, independentemente da idade, quanto mais rápido o TAB for diagnosticada, menos irá interferir na estruturação da personalidade das crianças, no caráter do adolescente, nas relações profissionais e familiares do adulto e na imagem do indivíduo com mais idade. As argumentações acima conduzem ao entendimento de que os prejuízos decorrentes da falta de diagnóstico e do acompanhamento médico, psicológico e psicopedagógico, “vão do fracasso escolar à evasão, da baixa auto-estima à depressão, da rejeição do grupo ao isolamento, às drogas, à gravidez precoce, à promiscuidade sexual e marginalização, dentre outras”.

## ▪ Tratamento

Entendendo-se que na adolescência o quadro clínico costuma surgir a partir dos 15 anos e tem características muito diferentes das que se observam na infância, Almeida (2009) discorre que o pico de incidência, porém, ocorre entre 18 e 25 anos. A autora também diz que a doença é para a vida toda, podendo hibernar por meses ou anos, logo, o tratamento deve ser planejado para atender as necessidades a curto, médio e longo prazo.

Fui-I (2004) torna claro que o tratamento precoce produz benefícios tanto para a criança ou adolescente, como para a família. É realizado através do uso de medicações estabilizadoras do humor e antipsicóticos atípicos, que são consideradas medicações de primeira linha, baseadas nos poucos estudos existentes. É importante lembrar que o uso de psicofármacos na infância e adolescência tem suas peculiaridades e a monitorização clínica deve ser mantida.

Além dos aspectos biológicos e psicológicos envolvidos, considera-se parte fundamental do tratamento a promoção de um ambiente social saudável, com o calor das relações afetivas, busca de atividades prazerosas, disciplina com horários adequados de rotina de sono e de alimentação, bem como de uma atividade física regular que proporcione gasto de energia, redução do stress e sensação de bem-estar (PEREIRA, 2011). Por outro lado, Souza (2005) afirma que o objetivo do tratamento, portanto, “é manter o paciente sem sintomas. Assim, a meta principal é a remissão e não apenas a resposta clínica (redução de 50% dos sintomas observados), que é comumente usada como medida de desfecho nos ensaios clínicos”. Segundo Souza (2005) tratamento do transtorno bipolar é dividido em três fases:

Aguda, continuação e manutenção. Os objetivos do tratamento da fase aguda são: tratar mania sem causar depressão e/ou consistentemente melhorar depressão sem causar mania. A fase de continuação tem como meta: estabilizar os benefícios, reduzir os efeitos colaterais, tratar até a remissão, reduzir a possibilidade de recaída e aumentar o funcionamento global. Finalmente, os objetivos do tratamento de manutenção são: prevenir mania e/ou depressão e maximizar recuperação funcional, ou seja, que o paciente continue em remissão.

Fazendo-se referência ao tratamento medicamentoso, diz-se que só deve ser iniciado após o consentimento dos pais e que, antes de iniciá-lo, a criança deve

passar por uma avaliação das funções hepática, tireóidea e renal, da contagem sanguínea e uma avaliação cardiológica. Autores como Moraes; Silva; Andrade (2007) acrescentam que as medicações de escolha, nesse caso, “são os estabilizadores do humor, podendo-se utilizar também, de acordo com a necessidade, os antipsicóticos, os ansiolíticos e os hipnóticos” e, sobre os quais, (Fu-I, 2007) discorre:

Dentre os estabilizadores de humor, destacam-se o carbonato de lítio, a carbamazepina e o valproato que são utilizados com mais frequência e que foram bem estudados, sendo que esses dois últimos são medicamentos anticonvulsivantes, porém usados em psiquiatria como estabilizadores do humor. Atualmente outros medicamentos estão sendo usados no tratamento da doença bipolar em crianças e adolescentes como os antipsicóticos atípicos como a risperidona, a quetiapina, a olanzapina, e a ziprazidona, porém necessitam de estudos clínicos realizados em crianças e adolescentes do tipo duplo-cego, controlado com placebo para terem a sua evidência terapêutica comprovada em níveis mais elevados. Os antipsicóticos (risperidona, haloperidol, pimozida) podem ser usados durante as fases de mania quando as crianças ou os adolescentes apresentarem sintomas psicóticos ou quando for necessário controlar a irritabilidade ou a agressão. Os ansiolíticos benzodiazepínicos devem ser evitados, pois podem causar efeitos paradoxais de comportamento em crianças pequenas, como desinibição.

Como outra modalidade de tratamento tem-se as Psicoterapias que somente a partir do século XIX começaram a ser estudadas sistematicamente e definida por Osório (2004), autor que propõe a utilização do termo – no sentido restrito da palavra – para designar todo o “processo sistemático, com fundamentação no conhecimento dos psicodinamismos da mente, e que, através da instrumentação de uma relação interpessoal (terapeuta/paciente), propõe-se a determinar mudanças no funcionamento mental do indivíduo”.

Por sua vez, Cordioli (2008) também cita as Psicoterapias como eficiente forma de tratamento, esclarecendo que as melhores indicadas “são as que contem elementos psicoeducativos e que possam diminuir a angústia da criança e da família, destacando-se dentre elas, as psicoterapias de família, de apoio e cognitivo-comportamental”. Para Friedberg; McClure (2004), o segredo do tratamento está no encontro da combinação ideal para cada paciente, justificando-se que “o transtorno bipolar não é meramente um problema bioquímico, mas também um problema psicológico e social”.

Autores como Miklowitz et al (2000); Rothbaum; Astin (2000 apud Souza, 2005), concordam que a Psicoterapia pode reduzir os fatores de risco de recorrência (paciente permanecendo eutímico), melhorando a adesão, propiciando as mudanças

no estilo de vida, permitindo a detecção precoce de sintomas prodrômicos e melhor gerenciamento de dificuldades interpessoais e, dentre os principais objetivos do tratamento psicoterápico no transtorno bipolar, Perry et al (1999 apud Souza, 2005), citam:

Adesão - é fundamental aumentar a adesão do paciente ao tratamento;  
 Funcionamento social e ocupacional - melhorar o desempenho dos pacientes em atividades sociais e laborativas;  
 Melhorar a detecção de sinais precoces de recorrências;  
 Educar o paciente acerca de sua doença e suas medicações (explicar os vários sintomas, esclarecer sobre prognóstico, instalar esperança, envolver familiares);  
 Promover um estilo de vida saudável, por exemplo, regularizar o ciclo sono-vigília;  
 Criar de forma colaborativa estratégias de lidar com estresses, que, se não administrados apropriadamente, podem provocar um episódio depressivo.

De acordo com o Dr. Rubens Pitliuk, Membro Internacional da Associação Psiquiátrica Americana e Chefe de Equipe de Psiquiatria do Hospital Albert Einstein em São Paulo, a Psicoterapia é importante, por que:

- Aumenta a adesão ao tratamento. A psicoterapia ajuda a manter o uso disciplinado dos medicamentos. **Para tanto**, os Psicoterapeutas [...] **devem ser conhecedores** dos quadros clínicos e dos medicamentos, **para que possam ajudar o médico** a observar se os medicamentos estão funcionando conforme o esperado ou se estão causando efeitos colaterais, etc.
- Ajuda a manter o ritmo das atividades diárias, do lazer, do sono, que são importantes na manutenção da saúde.
- A psicoterapia detecta sintomas e recaídas em estágios bem iniciais.
- Ela minimiza o impacto negativo da doença na vida pessoal, social, acadêmica e profissional.
- Você vai ao Psicoterapeuta com muito mais frequência que ao Psiquiatra, e um psicoterapeuta experiente consegue identificar a presença de efeitos colaterais de medicamentos.
- Ela ajuda a diferenciar o que é sintoma da doença e o que é uma circunstância normal da vida que possa estar deixando a pessoa mais ansiosa ou mais triste, por exemplo (PITLIUK, 2011).

O referido autor ainda esclarece que mesmo as doenças com carga genética, como por exemplo, Depressão, Bipolar, Psicose, quase nunca passam para todos os membros de uma família, só para uma minoria. A utilidade da Psicoterapia, nesses casos, “é identificar fatores de vida desencadeantes e aprender a evitá-los ou administrá-los melhor, de modo que o gen não se manifeste”.

Considerada por Scarpato (2010) como um método de tratamento, “a Psicoterapia consiste numa aplicação dos conhecimentos da Psicologia e da Psicopatologia na clínica psicológica, sendo também chamada de Psicologia

Clínica”, possibilitando muitos benefícios para o indivíduo, dentre os quais, destacam-se:

- desenvolvimento da capacidade de autogerenciamento, aprendendo a dialogar com os estados internos, a regular os estados emocionais e adquirir autonomia.
- desenvolvimento da capacidade de auto-observação e auto-reflexão.
- sair dos padrões estereotipados e criar novas narrativas de si, novos modos de compreender e conduzir a própria vida.
- desenvolver habilidades interpessoais como capacidade empática - saber se colocar no lugar do outro -, capacidade de comunicação, assertividade, resolução de conflitos, etc.
- fortalecimento psicológico - ampliação da resiliência - para aumentar a tolerância e a capacidade de crescer com as dificuldades que a vida apresenta.
- favorecer a saúde integral, física e psicológica.
- busca de sentido existencial.
- amadurecimento psicológico.

Autores como Gelder; Mayou; Geddes (2002); Soar (2009) relacionam seis aspectos que, explícita ou implicitamente, estão presentes em praticamente todas as formas de psicoterapia:

1. Boa aliança de trabalho: relação de confiança baseada nos aspectos maduros e adaptativos do paciente (e do terapeuta);
2. Escuta empática: capacidade de empatia, ou seja, de colocar-se no lugar do outro, sem se confundir com este; e de continência, que significa ser capaz de tolerar os sentimentos e comportamentos do paciente;
3. Auxílio na expressão das emoções: ajudar a identificar, nomear e expressar sentimentos que estão na fonte do sofrimento psíquico;
4. Função pedagógica, como esclarecimentos, sugestões e interpretações: refere-se ao autoconhecimento e a todo o processo de aprendizado, sobre si mesmo e sobre a natureza do sofrimento, sendo mais explícita nas modalidades de apoio e cognitivo-comportamentais;
5. Apoio e encorajamento: auxílio ao paciente na tarefa de exploração dos próprios sentimentos, fantasias e impulsos, e no processo de mudanças pessoais e relacionais;
6. Reforço às capacidades adaptativas: valorizar os mecanismos adaptativos, maduros, e as estratégias de enfrentamento às limitações pessoais e aos sintomas.

De forma bastante enfática, Chalub (2011) acrescenta que deve ser estabelecida entre psicoterapeuta e paciente uma relação afetiva bi-pessoal, por vezes chamada de "transferência", na qual do lado do paciente deve haver confiança e disposição para mudar e do lado do terapeuta, aptidão para ajudar. Ou seja, “o psicoterapeuta não pode se envolver emocionalmente com o paciente, pois além de ser um erro técnico, pode gerar questões éticas. A relação afetiva bi-pessoal deve ficar dentro de limites bem estabelecidos. Esta regra é denominada "neutralidade””.

Sobre Psicoterapia familiar, Chalub (2011) afirma [...] que “se aplica aos principais membros da família de um paciente (pais, irmãos e outras pessoas importantes), reunidos em conjunto, onde são tratados os problemas emocionais comuns e as dificuldades de relacionamento”. Segundo Gentil Filho (2011) os pais devem aprender quando ceder – isto é crucial no início do tratamento - e quando devem ser firmes. Contendas ou disputas familiares devem ser reduzidas ao mínimo. Os irmãos podem servir como olhos e ouvidos confiáveis para uma criança cujas percepções estão confusas.

Em se tratando da Psicoterapia de apoio, Lima (2011) a considera como uma forma de psicoterapia diretiva que “visa a dar suporte emocional ao paciente, tranquilizando, confortando, esclarecendo, acolhendo”, dentre outros, e cita como principais objetivos:

Restabelecimento rápido do equilíbrio psicológico; adoção de medidas que visam o alívio dos sintomas; reforço das defesas; melhoramento da adaptação ao meio; afastamento de pressões ambientais demasiado intensas; promoção do crescimento emocional, ajudando a ultrapassar etapas do desenvolvimento; melhoria da capacidade de julgamento da realidade; aumento da autoestima, dentre outros.

No entendimento de Madeira (2011), a Psicoterapia “procura por um lado, fazer desaparecer uma inibição ou um sintoma incômodo para o paciente, por outro, a manejar o conjunto do seu equilíbrio psíquico”. Pode ser realizada por terapeutas de diversas origens teóricas, que utilizam técnicas diferentes. Pretende ser uma terapia pragmática voltada para a queixa, sintoma ou sofrimento. E, corrobora afirmando que a Psicoterapia de Apoio está indicada para indivíduos com as seguintes características:

- Situação reactiva, que em situações normais são bem adaptados;
- Patologia psicológica ou psiquiátrica grave;
- Situação de grande ansiedade;
- Dificuldade em controlar os seus impulsos, com necessidade de exteriorizar afectos de maneira destrutiva para eles e para os outros;
- Imaturidade e depressão;
- Dificuldades emocionais;
- Dificuldades interpessoais;
- Dificuldades em falar dos sentimentos e em falar sobre eles;
- Dificuldades em aceitar a mudança.

Fazendo-se referência à Psicoterapia Cognitivo-Comportamental ou TCC, diz-se que “é um tipo de Psicoterapia onde o mais importante não é descobrir a causa de determinado comportamento ou sintoma, mas sim, como mudar esse comportamento ou sintoma”. Quase sempre tem tempo de duração determinado,

geralmente de 4 a 6 meses com uma sessão por semana (PITLIUK, 2011). Dentre as técnicas utilizadas para mudança de comportamento, o autor cita:

- **Reversão de hábito** para aumentar a percepção do paciente de cada episódio que traz desconforto e da capacidade de interromper isso por meio de uma resposta mais adequada.
- **Aumentar a consciência** para identificar os fatores desencadeantes e as seqüências de acontecimentos associados com determinado sintoma ou comportamento.
- **Monitorização e registro** de cada ocorrência, anotando informações como dia e hora, localização, pensamentos, sentimentos, etc. que podem ser úteis ao tratamento.
- Utilização de uma **resposta adequada** para controlar a reação.
- **Motivação** para a manutenção do tratamento.
- Treinamento de **relaxamento**.
- **Controle de stress**: como quase todos os sintomas de quase todas as doenças costumam aumentar ou reaparecer em fases de mais stress, a Terapia Cognitivo-Comportamental também pode ensinar maneiras eficientes de controlar o stress: controle de respiração, relaxamento muscular e técnicas cognitivas para ajudar o controle da angústia.
- **Prevenção de recaídas**: o paciente aprende a lidar com os fatores desencadeantes de recaídas.

Na concepção de Soar (2009), a Terapia Cognitivo-Comportamental resulta da combinação de técnicas comportamentais e de técnicas provenientes da terapia cognitiva de Aaron Beck, cujo pressuposto central “é o de que os sintomas resultam de formas disfuncionais e mal adaptativas de pensamento”. Ou seja, “esse conjunto de técnicas baseia-se na modificação de aspectos do pensamento (cognição) e do comportamento do indivíduo e, conseqüentemente, dos sentimentos em relação aos outros e a si próprio”.

Soar (2009) assegura que a TCC tem sido reconhecida como eficaz para o controle de sintomas de vários transtornos mentais, entre os quais, os obsessivo-compulsivos, fóbicos, de pânico, depressivos, alimentares e, inclusive, de personalidade. Trata-se de um modelo de interação psicoeducativa, “no qual o terapeuta ocupa uma função muito mais diretiva e pedagógica que nas terapias baseadas no conhecimento psicanalítico”. Acrescenta-se ainda, que a Terapia Cognitivo-Comportamental segue os seguintes pressupostos:

- (1) análise comportamental: registro dos pensamentos e comportamentos em associação com eventos desencadeantes, e que nada ou pouco tem a ver com a “análise” feita pelo psicanalista;
- (2) aproximação gradual: organização de tarefas na forma de etapas a serem cumpridas; e
- (3) formato experimental: o incentivo a experimentar mudanças (SOAR, 2009).

Ressalta-se também, que do conjunto de técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental, algumas derivam mais diretamente do modelo de terapia cognitiva, enquanto outras são mais propriamente comportamentais. As técnicas cognitivas seguem quatro estágios: “(a) o pensamento mal-adaptativo é identificado; (b) o pensamento é contestado; (c) formas alternativas de pensar são trabalhadas; e (d) são experimentadas novas formas de enfrentar situações” (SOAR, 2009). Nas técnicas comportamentais, o autor acima citado torna claro que incluem um conjunto de princípios e técnicas complementares, utilizadas em associação com as anteriores, e com maior ou menor ênfase dependendo do problema a ser tratado:

(a) treinamento de relaxamento, para evitar a reação ansiosa; (b) exposição, principalmente nos transtornos fóbicos, com o que se busca a dessensibilização; (c) prevenção de resposta, principalmente nos rituais obsessivos, busca a supressão do ritual através do enfrentamento; (d) parada do pensamento, que a utilização de um estímulo que ajude a interromper o pensamento obsessivo; (e) treinamento de assertividade, utilizado especialmente para superar fobias sociais, com o objetivo de aumentar a confiança do paciente; (f) autocontrole, que inclui o uso de automonitorização e o auto-reforço; (g) manejo de contingências, ou seja, identificar e controlar comportamentos indesejáveis (por exemplo, explosões de raiva) e recompensar mudanças positivas; e (h) terapia de aversão, que é baseada no reforço negativo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os eixos teóricos, tornou-se evidente que o Transtorno Afetivo Bipolar ocorre quando o indivíduo apresenta episódios de humor eufórico, exaltado ou excessivamente alegre, o que em Psiquiatria é chamado mania ou episódios maníacos e cuja denominação, vem do fato de que os pacientes alternam episódios em que ficam deprimidos, com outros representados por um estado de humor e polaridades opostas.

Por sua vez, a adolescência caracteriza-se por um período em que há dificuldades de diagnosticar os transtornos mentais, seja pela ocorrência de sintomas típicos dos transtornos emocionais, ou pelos equívocos induzidos pela peculiaridade dessa fase de desenvolvimento. Então, cabe aos profissionais de saúde, firmar diagnósticos diferenciados, com especial atenção aos sinais de humor cíclico, além de realizar uma análise acurada a respeito do histórico familiar.

Contextualiza-se a importância e necessidade da detecção precoce a partir de uma avaliação vislumbrando-se aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e tratamento adequado para um melhor prognóstico da doença, para que possam ser implementadas estratégias terapêuticas adequadas, além de inserir a família como co-ator na dinâmica da doença, constituindo-se, pois, nos pilares fundamentais para a promoção de uma melhora na qualidade de vida dos envolvidos. Torna-se prudente conceber a prevenção como medida de promoção em saúde, cujo significado implica pensar o homem em sua totalidade, propiciando-lhe bem-estar físico, mental e social.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marina da Silveira Rodrigues. Transtorno Afetivo Bipolar: percurso da infância, adolescência e idade adulta. 6 fev.2009. Disponível em: <<http://psicoterapiamarinaalmeida.blogspot.com/2009/02/transtorno-afetivo-bipolar-percurso-da.html>>. Acesso em: 28 maio. 2011.
- ALMEIDA, Thiago de. Evolução do conceito e visões sobre a adolescência. **Rede Psi**, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=976>>. Acesso em: 27 maio. 2011.
- ALVAREZ, A.C.D. O transtorno bipolar afetivo na adolescência: aspectos psicodinâmicos. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 50-53, abr./maio./jun. 2010. Disponível em: <<http://adolescenciaesaude.com/detalheartigo.asp?id=189>>. Acesso em: 26 maio. 2011.
- APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BECKER, D. **O que é a adolescência?** 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 98 p. (Coleção Primeiros Passos).
- BRONER, Rebeca. **Incrível adolescência**. 2011. Disponível em: <<http://www.chabad.org.br/biblioteca/artigos/incriveladole/home.html>>. Acesso em: 27 maio. 2011.
- CASTRO, A.A. Formulação da pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Revisão sistemática com e sem metanálise**. São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <<http://www.metodologia.org>>. Acesso em: 29 maio. 2011.
- CASTRO, L. R. **Infância e adolescência na cultura de massa**. Rio de Janeiro: Nau, 1998.
- CBREMT. Transtornos afetivos - segundo a Classificação Internacional de Doenças- Décima revisão (CID X). In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PARA A DÉCIMA REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS. 1993, São Paulo: Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, 1993. Disponível em: <<http://www.emtr.com.br/cid10F30a39.htm>>. Acesso em: 27 maio. 2011.

CHALUB, Miguel. **Psicoterapias**. 2011. Disponível em: <  
[http://emedix.uol.com.br/doi/psi006\\_1f\\_psicoterapias.php](http://emedix.uol.com.br/doi/psi006_1f_psicoterapias.php)>. Acesso em: 30 maio.  
2011.

CORDIOLI, A.V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed,  
2008. Disponível em: <http://www.mentalhelp.com/psicoterapia.htm>. Acesso em: 30  
maio. 2011.

COUTO, Fernanda Pyramides do; NEGRÃO, Rafaella Gevegny. Transtornos mentais  
na adolescência. Disponível em: <  
[http://artigos.netsaber.com.br/resumo\\_artigo\\_11525/artigo\\_sobre\\_transtornos\\_mentais\\_na\\_adolesc%C3%Aancia](http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_11525/artigo_sobre_transtornos_mentais_na_adolesc%C3%Aancia)>. Acesso em: 29 maio. 2011.

FRIEDBERG, R.; McCLURE, J. M. **A prática clínica de terapia cognitiva com  
crianças e adolescentes**. Tradução de Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed,  
2004.

FU-I, Lee. Transtorno afetivo bipolar na infância e na adolescência. **Rev. Bras.  
Psiquiatr.**, São Paulo, v.26, supl.3, p. 22-6, oct. 2004. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1516-44462004000700006>>.  
Acesso em: 26 maio. 2011.

\_\_\_\_\_. **Transtorno bipolar na infância e na adolescência**. São Paulo: Segmento  
Farma, 2007.

GELDER, M.; MAYOU, R.; GEDDES, J. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara  
Koogan, 2002.

GENTIL FILHO, Valentim. **Transtorno bipolar**. 2011. Disponível em: <  
<http://www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/1124/transtorno-bipolar>>. Acesso  
em: 29 maio. 2011.

KAPLAN, L. J. **Adolescencia, el adiós a la infancia**. Buenos Aires: Paidós, 1996.  
342 p.

LEIBENLUFT, E. et al. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. **Am J  
Psychiatry**, v.160, n.3, p.430-7, mar. 2003.

LEVI, G.; SCHIMITT, J. C. História dos jovens: da antiguidade à era moderna.  
Tradução de Cláudio Marcondes. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 372 p.

LIMA, Rangel. **Atendimento clínico**. Concórdia, SC, 2011. Disponível em:  
[http://www.rangellima.com.br/arquivos\\_internos/index.php?abrir=atendimento\\_clinico](http://www.rangellima.com.br/arquivos_internos/index.php?abrir=atendimento_clinico)  
>. Acesso em: 29 maio. 2011.

MADEIRA, Telma Barreto. **Psicoterapia de apoio**. 2011. Disponível em: [http://www.psicologia.telma-madeira.net/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=60](http://www.psicologia.telma-madeira.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=60). Acesso em: 29 maio. 2011.

MIKLOWITZ, D.J. et al. Family-focused treatment of Bipolar Disorder: 1-year effects of a Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy. **Biol Psychiatry**, v. 15, n.48, p. 582-592, 2000.

MORAES, C.; SILVA, F.M. B. N.; ANDRADE, E. R. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. **J. Bras. Psiquiatr.**, 56, supl. 1, p.19-24, 2007.

OERTER, R.; DREHER, E. "Jugendalter". In: OERTER, Rolf; MONTADA, Leo. **Entwicklungspsychologie**. Weinheim: Beltz, 2002.

OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OSORIO, L. C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 103 p.

\_\_\_\_\_. **O futuro da psicanálise e outros ensaios correlatos**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1996.

PALÁCIOS, J. O que é a adolescência. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação**: psicologia evolutiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 263 - 272. v. 1.

PEREIRA, Juliana Gomes. **Transtorno de Humor Bipolar na Infância e Adolescência**. 2011. Disponível em: <<http://drajuliana.site.med.br/index.asp?PageName=Transtorno-20de20Humor20Bipolar-20na-20Inf-E2ncia-20e-20Adolesc-EAncia>>. Acesso em: 28 maio. 2011.

PITLIUK, Rubens. **Psicoterapia, Psicanálise, Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Psicoterapia Analítica**. 2011. Disponível em: <<http://www.mentalhelp.com/psicoterapia.htm>>. Acesso em: 29 maio. 2011.

SCARPATO, Artur. **Uma Introdução à psicoterapia**. 2010. Disponível em: <<http://www.psicoterapia.psc.br/scarpato/psicoter.html>>. Acesso em: 30 maio. 2011.

SOAR FILHO, E.J. O médico e a família do paciente. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G.J.C.; FURTADO, N.R. (org.). **Psiquiatria para estudantes de Medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

SOAR, Ercy. Psicoterapias. **Homo Complexus**, 1 abr. 2009. Disponível em: <<http://homocomplexus.blogspot.com/2009/04/psicoterapias.html>>. Acesso em: 29 maio. 2011.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.32, supl.1, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000700010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700010). Acesso em 30 maio. 2011.

SOUZA, Glennia Geane. Saúde mental na adolescência. **Rede Psi**, dez. 2007. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=976>. Acesso em: 29 maio. 2011.

STUBBE, D. **Psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WAGNER, Cláudio Joaquim Paiva. Transtorno do Humor Bipolar: a importância do diagnóstico precoce na infância e na adolescência. **Revista de Psicologia da IMED**, v.1, n.1, p. 28-38, 2009. Disponível em: <<http://revistapsico.imed.edu.br/index.php/path01/article/view/9/9>>. Acesso em: 28 maio. 2011.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. São Paulo: Record, 1996. 277 p.