

Preferia que a vida acabasse. (Transtorno Bipolar)

Edson Saggese

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria.

Doutor em Ciências da Saúde pelo IPUB/UFRJ, psiquiatra, psicanalista, professor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

A mãe de Marcos (15 anos) procura o ambulatório infantojuvenil do Instituto de Psiquiatria, queixando-se que o filho não dorme há uma semana. Marco se diz *o filho preferido de Deus* e se considera um gênio capaz de aprender em um só dia tudo que os médicos sabiam. Irrita-se facilmente, tendo agredido a mãe que classifica de traidora. Um mês após o início do tratamento está entristecido, chorando com frequência, comendo pouco, demonstrando muita apreensão quanto ao futuro e dizendo que *se não melhorasse de todo, preferia que a vida acabasse*.

A família refere que Marcos já apresentava períodos de forte exaltação e exagerado aumento da autoestima alternando-se com períodos normais ou de tristeza. Ele teve problemas escolares desde cedo, apesar de ter tido um desenvolvimento psicomotor normal. Entrou na escola com sete anos e repetiu uma vez cada uma das séries do primário. Sempre foi retraído e tímido, muito dependente da mãe, que se poderia chamar de *superprotetora*, é a figura dominante numa família em que o pai abusava do álcool. Marcos tem uma irmã três anos mais nova. Não são relatados outros casos de transtornos mentais na família.

As entrevistas com o adolescente parecem acontecer com duas pessoas diferentes. Em uma

ele é expansivo, fala muito, sorri com frequência, irrita-se quando é contrariado ou interrompido pela mãe e demonstra muita familiaridade com o médico que mal conhece. Na outra, com o intervalo de poucas semanas, é muito retraído, quase não fala e quando o faz é num tom quase inaudível. A dificuldade de comunicação conduz a que quase todas as informações tenham que ser buscadas com a mãe e o adolescente não se opõe a que ela, praticamente, fale por ele.

Percurso

Chegando num ambulatório especializado numa fase de exaltação do humor Marcos foi tratado com antipsicóticos e em um mês estava sem sintomas. Poucas semanas após novamente atendido, já em fase de depressão, iniciou o uso de medicação antidepressiva melhorando em duas semanas.

A sucessão de problemas fez com que o paciente deixasse de ir à escola, apesar de voltar, paulatinamente, ao seu estado normal. A família tinha muito receio de deixá-lo sair só e o próprio Marcos passou a ficar mais inseguro nessas ocasiões. Começou a frequentar o CARIM, fazendo progressos quanto a sua desenvoltura social.

Marcos voltou a ter problemas na ocasião de apresentar-se ao Serviço Militar, tendo um novo quadro crítico, semelhante ao que apresen-

tara aos 15 anos. Ficou muito inseguro, dividido entre a vontade da mãe que seguisse a carreira militar e seu medo das pressões que tal escolha acarretaria. Deixou de tomar parte da medicação para que não notassem seu tremor - efeito colateral do remédio - quando chegasse ao quartel. A mãe desejava que ele fizesse *boa figura* na sua apresentação ao Exército.

Marcos recuperou-se desse episódio e continuou frequentando o CARIM e seguindo o tratamento combinado que inclui o uso de medicação para estabilização do humor¹ e psicoterapia individual. Torna-se claro a dificuldade de separação entre mãe do filho: mesmo durante a permanência no serviço a mãe quer ficar junto ao adolescente que também se coloca numa posição de dependência mesmo nas fases em que não está em crise.

Após ter completado 18 anos a equipe pretende transferi-lo para um CAPS de adultos, mais perto da sua casa. Marcos resiste e diz que gosta do serviço onde está *porque é papariado*. Apesar de ter mais de 18 anos, não se pode considerar que Marcos esteja no final da adolescência, dado à sua fragilidade subjetiva que aponta para a ameaça que constitui processo de separação característico das demandas da vida adulta.

Diagnóstico

A principal hipótese diagnóstica para o caso de Marcos é de *Transtorno do Humor Bipolar* (a antiga *Psicose maníaco-depressiva*). Esses quadros são atualmente diagnosticados com frequência na adolescência. Há algumas décadas pensava-se que eram raros nesse período etário. Podem se associar com outros comportamentos de risco, como o uso de álcool e drogas e atitudes suicidas. Com frequência, mas não obrigatoriamente, encontramos outros casos na família (pais, avós, tios, primos etc.).

Esses transtornos caracterizam-se pela alternância do humor. Por períodos de dias, semanas ou meses o adolescente está na fase depressiva: sem ânimo, dorme demasiado ou muito pouco, perde o interesse pelas atividades que antes gostava etc.; em outros períodos, com duração também irregular, ele mostra-se agitado, muito falante, dorme pouco, irrita-se com facilidade ou está muito irreverente, fazendo *gracinhas* inoportunas ou exageradas (fase maníaca ou hipomaníaca). A situação clínica dos pacientes pode apresentar maior gravidade quando existe atividade delirante: delírios de grandeza e poder durante as fases maníacas e de culpa, ruína ou doença nas fases depressivas. Esses períodos podem alternar-se ou serem interrompidos por fases em que o adolescente parece bem, como no estado anterior ao

começo dos problemas. A evolução desse transtorno, quando tratado corretamente, geralmente permite grandes intervalos saudáveis, conquanto permaneça a possibilidade de desestabilizações ao longo da vida.

Em termos subjetivos pode-se pensar que existe uma situação básica de depressão que às vezes se acentua, às vezes é recoberta pelo estado maníaco. Muitos adolescentes bipolares apresentam extrema dependência a uma figura significativa, em geral a mãe, e podem referir um estado de quase *não existência* quando afastados dessa figura. A extrema dependência costuma alternar-se com revoltas malsucedidas, numa tentativa extrema de desligar-se desse outro visto como *todo poderoso*.

Quanto ao risco de suicídio que pode acompanhar os estados depressivos mais graves pode-se inferir que a pessoa está identificada com o próprio objeto do seu ódio, voltando assim seus impulsos destrutivos contra si mesmo.

Diagnósticos diferenciais

Transtornos Bipolares são frequentemente confundidos com outros quadros psicóticos como a Esquizofrenia e também, durante as fases maníacas ou hipomaníacas, com os Transtornos da Conduta.

Notas

1. Os estabilizadores do humor são medicações usadas profilaticamente para evitar ou reduzir a frequência de quadros depressivo e maníacos em pacientes com transtorno bipolar. Os mais usados são o Carbonato de Lítio (Carbolítium), o Ácido Valproíco (Depakene, Depakote) e a Carbamazepina (Tegretol).

Para saber mais

Lewis, M. - Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.