

TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Cláudio Joaquim Paiva Wagner¹

RESUMO

O transtorno do humor bipolar caracteriza-se pela presença de episódios alternados de depressão, mania e de episódios mistos. Pode, também, se manifestar através de um episódio de hipomania, que é semelhante à mania, porém, sem apresentar sintomas psicóticos e com menor interferência na vida funcional da criança e do adolescente. Para diagnosticar a mania, deve-se observar o humor, que geralmente encontra-se irritável ou expansivo por uma semana ou mais, podendo estar associado a outras características, como aumento da auto-estima, diminuição da necessidade do sono, necessidade de falar além do usual, fuga de idéias. Os critérios de diagnóstico utilizados e aceitos são os da CID –10 e do DSM –IV-TR, os mesmos utilizados para os adultos. O presente artigo tem por objetivo destacar a importância do diagnóstico precoce para minimizar os prejuízos funcionais advindos do não tratamento. Para isso, ressalta a necessidade do conhecimento dos critérios diagnósticos DSM-IV-TR e das suas especificidades na apresentação do transtorno na infância e adolescência.

Palavras-chave: transtorno afetivo bipolar; infância; adolescência.

BIPOLAR MOOD DISORDERS: THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

ABSTRACT

The bipolar mood disorder is characterized by the presence of alternating episodes of depression, mania and mixed episodes. It can also happens an episode of hypomania, which is similar to mania, but without psychotic symptoms and less interference in the life of children and adolescents. To diagnose the mania, you should see the humor, which usually is expansive or irritable for a week or more, may be associated with other characteristics, such as increased self-esteem, decreased need for sleep, need to speak more than usually, flight of ideas. The criteria of diagnosis used and accepted are those of ICD -10 and the DSM-IV-TR, the same used for adults. This article aims to highlight the importance of early diagnosis of bipolar mood disorder, to minimize the functional losses resulting from not treating the disorder. To do so, emphasizes the need for knowledge of the diagnostic criteria DSM-IV-TR and its peculiarities in the presentation of the disorder in childhood and adolescence.

Key words: Bipolar disorder; childhood; adolescence.

¹Mestre em Psicologia do Desenvolvimento UFRGS. Médico Psiquiatra da Infância e Adolescência, Professor Adjunto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina e Psicopatologia do Curso de Psicologia da Universidade de Passo Fundo, RS.

Introdução

O transtorno do humor bipolar (THB) na infância e na adolescência era raro de ser diagnosticado até pouco tempo, e muitos psiquiatras não acreditavam que ele poderia ocorrer em crianças.

Nessa faixa etária, esse transtorno é caracterizado por se apresentar de forma contínua, através de uma alternância de episódios maníacos e depressivos. Essa alternância do humor é conhecida como ciclagem rápida, onde a irritabilidade é a alteração do humor mais marcante com poucos períodos de humor eutímico entre os episódios (*Child & Adolescent Bipolar Foundation, CABF, 2002*).

No século XIX, Kraepelin e Esquirol já haviam chamado atenção dos estudiosos para ocorrência de bipolaridade nessa faixa etária. (Assumpção Jr., 1995). Até o início dos anos oitenta, essa condição, em adultos, era chamada de psicose maníaco-depressiva, termo cunhado por Kraepelin em 1889 (Sadock & Sadock, 2007). A partir de novos estudos, verificou-se a presença de formas mais leves de euforia, como a hipomania, e crianças com hipomania se parecem muito com a criança hiperativa o que exige um conhecimento especializado para fazer o diagnóstico diferencial (Tung, 2007).

Em crianças, esse distúrbio se caracteriza pela presença de mais irritabilidade, disforia, psicose, sintomas esquizofreniformes, hiperatividade, mania mista, ciclagem rápida, cronicidade e carga familiar. (Hales & Yudofsky, 2006). O diagnóstico dessa doença em crianças se torna bem mais difícil, porque a manifestação clínica, também pode se apresentar apenas como piora de comportamentos inadequados que já existiam anteriormente.

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 (Organização Mundial da Saúde, OMS, 1993).

Não existem estudos epidemiológicos significativos que avaliem a incidência e prevalência de bipolaridade em crianças. Em adolescentes a prevalência é estimada em 1% ao longo da vida tanto o bipolar I quanto o bipolar II. 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 ao redor de 7,2% ((Tramontina, Schimitz, Polanczyk & Rohde, 2003). 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 (Stubbe, 2008).

Este artigo tem por objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre a Doença Bipolar na Infância e Adolescência, chamando a atenção dos profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes sobre essa possibilidade diagnóstica e ilustrando com dois casos clínicos atendidos no interior do estado do Rio Grande do Sul.

Definição

O THB 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. Mesmo existindo controvérsia quanto à distinção entre flutuações normais do humor e do THB propriamente dito, principalmente depressivo, pode-se dizer que esse transtorno é patológico

quando há um conjunto de sinais e sintomas com duração e gravidade suficiente que podem levar o indivíduo a uma perda da sua capacidade funcional (Fu-I, 2007).

Estudos recentes relatam que pacientes com THB do tipo I tiveram pelo menos um episódio de mania. Alguns tiveram episódios depressivos prévios e a maioria terá episódios de mania ou de depressão (*American Psychiatric Association, APA, 2002*). Por sua vez, os pacientes com THB do tipo II tiveram um ou mais episódios hipomania precedidos ou não por episódios depressivos.

O episódio de hipomania é semelhante a um episódio de mania, porém com intensidade mais leve, sem a presença de sintomas psicóticos e com menor interferência na vida funcional da criança e do adolescente. Outra forma de apresentação do transtorno é por meio de um episódio chamado de misto, que se caracteriza por um período de tempo mínimo de uma semana, durante o qual são observados os sintomas tanto de um episódio maníaco quanto de um episódio depressivo maior (Lima, 2004).

A criança ou o adolescente pode experimentar uma rápida alternância do humor com duração de horas ou dias, ou uma mescla de sintomas tanto maníacos como depressivos, caracterizados por tristeza, irritabilidade ou euforia. A apresentação sintomática mais freqüente envolve agitação, insônia, desregulação do apetite, características psicóticas e ideação suicida (Sadock & Sadock, 2007).

É importante salientar que o episódio misto não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou droga de abuso e deve interferir significativamente na vida funcional da criança e do jovem. Os sintomas, tais como os vistos em um episódio misto, podem ser decorrentes dos efeitos diretos de medicamentos antidepressivos ou de outros prescritos para outras condições médicas gerais como, por exemplo, o uso de corticosteróides. Essas apresentações não são consideradas episódios mistos e não contam para o diagnóstico de um transtorno bipolar do tipo I, sendo melhor consideradas como um transtorno de humor induzido por substâncias (APA, 2002).

Algumas evidências sugerem a possível existência de uma “diátese”, ou seja, um marcador bipolar em indivíduos que desenvolvem episódios do tipo misto, após um tratamento somático para a depressão. Esses indivíduos podem ter uma maior probabilidade de no futuro desenvolverem episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos, sem estar relacionado ao uso de substâncias ou tratamentos somáticos para a depressão (Stubbe, 2008).

Diagnóstico

O diagnóstico do transtorno do humor bipolar em crianças e adolescentes é clínico, ou seja, ele 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 presença de um episódio de mania deve incluir a observação de um humor elevado, expansivo ou irritável por pelo menos uma semana associado a outras características, como aumento da auto-estima; diminuição da necessidade do sono; crescimento da quantidade da fala para além do usual; fuga de idéias ou pensamento acelerado; distraibilidade; tagarelice ou fala apressada; crescente atividade direcionada a um determinado objetivo como trabalhar ou estudar demais; agitação psicomotora; imprudência (envolvimento excessivo em atividades prazerosas que levem a conseqüências negativas como gastar demais) (CABF, 2002).

Diferentemente de adultos com transtorno bipolar, as crianças maníacas raramente apresentam humor eufórico. Nelas, ao contrário, o sintoma mais comum de mania pode ser irritabilidade, com acessos prolongados de raiva e/ou agressividade (Moraes, Silva & Andrade, 2007).

As crianças com transtorno bipolar com idade inferior a nove anos demonstram mais irritabilidade, choro e agitação psicomotora do que crianças com transtorno bipolar com maior idade, que, geralmente, se apresentam com os sintomas tradicionais de mania, como euforia e grandiosidade (Stubbe, 2008). Quanto mais precoce é o início do transtorno bipolar, maior a frequência de episódios mistos, ou seja, sintomas depressivos e maníacos alternados por horas ou dias ou apresentando-se concomitantemente, bem como a presença de ciclos rápidos (CABF, 2002).

A caracterização da mania iniciada na infância pode ser de difícil diagnóstico, uma vez que a superposição de seus sintomas com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e ou transtorno de conduta poderão estar associados com a hiperatividade (Faraone et al., 1997). Em decorrência da hiperatividade física e agitação, o transtorno bipolar pode ser confundido com o TDAH grave. Assim, os sintomas de distraibilidade, impulsividade, hiperatividade podem assinalar tanto transtorno bipolar como TDAH e transtorno de conduta.

O transtorno de humor bipolar que ocorre em crianças com menos de 12 anos e adolescentes com menos de 15 apresenta mais irritabilidade, ciclagem rápida, baixa recuperação interepisódica e alta comorbidade com transtorno de oposição desafiador e ou transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Já o transtorno de humor bipolar que ocorre em adolescentes com mais de 15 anos apresenta alta co-morbidade com abuso de substâncias, sintomas de ansiedade e quadro mais similar às apresentações típicas dos adultos (Rohde, 2002).

Crianças maníacas possuem porcentagens significativamente mais elevadas de psicose, transtornos ansiosos múltiplos, transtornos de conduta e de oposição desafiante além das evidências de funcionamento psicossocial claramente mais comprometido, quando comparadas a crianças com TDAH sem mania. O TDAH não demonstra maior comprometimento do humor (Wozniak & Biederman, 1996).

Estudos comparativos entre crianças com mania e com TDAH constataram que os jovens maníacos apresentavam mais psicopatologia, como psicose, agressão, hostilidade, excitabilidade, mudanças rápidas do humor, afeto inapropriado, negligência com os outros (Nieman & Delong, 1987). Os transtornos bipolares considerados graves eram classificados como “esquizofrênicos”, caracterizados por psicose e isolamento social. O transtorno bipolar frequentemente se apresenta com psicose, principalmente em adolescentes, os quais parecem esquizofrênicos, com vários sintomas psicóticos de primeira ordem como delírios e alucinações, podendo, com frequência, ser erroneamente diagnosticados (APA, 2002).

Critérios de Diagnóstico

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 (OMS, 1993; APA, 2002).

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; distraibilidade; agitação psicomotora; aumento de atividades dirigidas a objetivos e excessivos envolvimento em atividades prazerosas que tenham alto potencial para conseqüências desastrosas (APA, 2002).

Predisposição ao Transtorno

Episódios de mania na infância e na adolescência, historicamente, sempre foram questionados, havendo, portanto, um desprezo quanto ao seu diagnóstico (Vieta, 2001). A predisposição genética é um fator que deve ser considerado como probabilidade para desenvolver transtorno afetivo bipolar. A idade de início precoce pode ser significativa na incidência familiar. Os parentes daqueles que demonstraram início precoce são de uma a quatro vezes mais prováveis para desenvolver transtornos afetivos em relação àqueles que demonstram início tardio (Strober, 1992). Aproximadamente 21% de adolescentes com depressão evoluem para transtorno bipolar, e os casos de início precoce sugerem herança genética (Faraone et. al., 1997).

Crianças – diferentemente de adultos, cujos sintomas são episódicos – apresentam, com freqüência, mudanças rápidas de humor e podem alterar depressão e mania várias vezes em um mesmo dia (Stubbe, 2008). No episódio em mania, a criança demonstra aumento de irritabilidade, com humor instável, sendo comuns momentos isolados de choro. Pode se auto-agredir e ser agressiva com os outros. É inquieta, fala muito mais rápido do que de costume, expõe distraibilidade acentuada, podendo ter redução da necessidade de dormir. Pode, também, possuir pensamentos fantasiosos e de grandeza, como discutir com a professora de igual para igual e acreditar ter poderes mágicos, sofrendo até acidentes por crer fielmente nesses poderes. A hipersexualidade, comum na mania, pode ser expressa na criança de acordo com a faixa etária do seu desenvolvimento e pode ser caracterizada por baixar as calças no recreio, uso de tele-sexo, masturbação excessiva ou inadequada (Ebert, Loosen & Nurcombe, 2002).

Os sintomas alucinatórios e delirantes são mais característicos e comuns na adolescência. Devido à semelhança do quadro de hipomania com o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), a confusão entre esses dois quadros é freqüente (Asbahr, 2007; Rohde, Miguel Filho, Benetti, Gallois & Kieling, 2004).

Estudos em crianças e adolescentes com controles psiquiátricos e controles normais verificaram que o TDAH era mais comum nos casos de transtorno bipolar iniciados na infância, se comparados aos casos iniciados na adolescência, sugerindo, nesse sentido, um sinal de um transtorno bipolar de início muito precoce (Faraone et. al., 1997).

Na adolescência, os episódios de mania se parecem com o dos adultos. O humor exaltado é mais perceptível, podendo haver uma combinação de humor exaltado e depressivo. Podem, ainda, os adolescentes apresentarem fuga de idéias, como também idéias de grandeza; diminuição do sono e comportamento bizarro, extravagante. Os sintomas psicóticos são mais freqüentes do que na fase adulta, sendo, muitas vezes, difícil o diagnóstico diferencial com a esquizofrenia (Vieta, 2001).

Para ilustrar os aspectos descritos acima, serão apresentados a seguir dois casos clínicos de crianças e adolescentes que apresentam o diagnóstico de THB na infância e adolescência, onde a primeira manifestação do transtorno iniciou com um episódio depressivo. Foi obtido um termo de consentimento livre e esclarecido através dos seus responsáveis, preservando-se as identidades dos sujeitos.

Caso clínico ilustrativo 1

M., 13 anos, sexo feminino, branca, estudante da 7ª série do Ensino Fundamental, acompanhado da mãe, comparece à consulta, por apresentar conduta agressiva em relação aos familiares. Durante a entrevista, diz gostar muito de armas. Tem andado com faca ou canivete para se defender das pessoas. Não têm amigas. Relata que “sua única amiga é sua cachorra, que é braba, de porte grande, agressiva e com o céu da boca preto”. Gostaria de ter uma cachorra “Fila”, porque “até a língua é preta”.

Implica muito com uma prima de três anos de idade, ameaçando-a de espancá-la. Quando questionada sobre o porquê da agressividade para com a sua prima, afirma apenas não gostar dela. Segundo relato da mãe, M., ultimamente, tem-se isolado, falando apenas o necessário com os familiares. É muito desconfiada e apresenta dificuldades de conciliar o sono.

O diagnóstico foi de um episódio depressivo com sintomas psicóticos, porém uma esquizofrenia do tipo paranóide não tinha sido totalmente descartada. A menina foi tratada, inicialmente, com um antipsicótico, mais especificamente com haloperidol 5mg, dois comprimidos ao dia, biperideno 2 mg, dois comprimidos ao dia e com um antidepressivo inibidor seletivo de recaptação de serotonina (fluoxetina 20 mg), uma cápsula ao dia e psicoterapia de apoio semanal.

Passados quatro meses de tratamento, a paciente passou a apresentar sintomas que até então não tinham aparecido. Ficou mais falante do que o habitual – hiperativa, chamando a atenção de todos, ao contar piadas, rindo de modo exagerado e implicando com os familiares através de tapas e empurrões. Apesar das reclamações dos pais, fazia brincadeiras inadequadas, como desligar repetidas vezes o disjuntor de luz quando eles estavam tomando banho. Demonstrava, também, dificuldades em acatar ordens, mantendo-se insone e ainda muito irritada. Foi, então, suspenso o antidepressivo e mantido o antipsicótico e, também, solicitados os exames laboratoriais e uma avaliação cardiológica.

O tratamento com um estabilizador do humor foi iniciado, utilizando-se o carbonato de lítio 300mg, dois comprimidos ao dia porque a família não apresentava condições financeiras de usar outro tipo de medicamento em função do alto custo dos mesmos. Os pais foram orientados, bem como a paciente, sobre o seu problema e sobre os cuidados que eles tinham que ter com a medicação e o tratamento. A primeira litemia foi de 0,35 mEq/l. A litemia ideal é de 0,6 a 1,3 mEq/l. A dose de carbonato de lítio foi aumentada para três comprimidos ao dia. Os exames de laboratório não evidenciaram alterações no hemograma, na uréia, creatinina e nas provas de função da tireóide. A avaliação cardiológica não apresentou problemas e o ECG foi normal. A segunda litemia mostrou um lítio de 0,61 mEq/l. A menina, ainda, apresentava-se sintomática, com raiva e agressividade verbal, vinha às consultas uma vez por semana. O carbonato de lítio foi, então, aumentado para quatro comprimidos de 300mg ao dia. Já a próxima litemia foi de 1,0 mEq/l. Clinicamente, a paciente melhorou, tornando-se mais fácil manejá-la e orientá-la.

Caso clínico ilustrativo 2:

J., 15 anos, do sexo masculino, branco, estudante do segundo ano do Ensino Médio, veio à consulta, no mês de março, por apresentar, desde o início das aulas, tristeza e desânimo

acentuado que, até então, nunca havia tido. Ele se queixou de tristeza sem causa para tal, que era também acompanhada de angústia e dificuldade de manter a atenção nas tarefas escolares, repercutindo negativamente em seu desempenho escolar. Relatou, ainda, falta de prazer nas atividades habituais, como, por exemplo, não querer mais sair de casa, não ouvir música, apresentando pensamentos negativos em relação a si mesmo, baixa auto-estima e isolamento dos amigos e da família.

O adolescente apresentava história familiar de transtorno bipolar tanto do lado materno quanto do paterno. O diagnóstico inicial foi de um episódio depressivo maior. Foi-lhe receitado, então, um antidepressivo inibidor seletivo de recaptção de serotonina (fluoxetina 20 mg), uma cápsula via oral ao dia. .

O paciente apresentou melhoras do quadro depressivo e, após quatro meses de tratamento, passou a apresentar alterações do humor significativas, marcadas por uma irritabilidade e euforia concomitante. Falava de maneira rápida, interrompendo os outros e apresentando dificuldade para ouvi-los. Também tinha crises explosivas e de agitação de difícil manejo. Não conseguia dormir e se mostrava agressivo com os familiares, tendo que ser internado. A família foi orientada sobre a doença e o seu manejo. Após exames de rotina, o adolescente passou a receber carbonato de lítio de 300 mg, quatro comprimidos ao dia, com uma litemia de 1,0 mEq/l. Foi introduzido, também, um antipsicótico, no caso, clorpromazina de 25 mg, três comprimidos ao dia, em função da agitação e insônia. O paciente seguiu em acompanhamento, pois ainda permanecia com alguns sintomas maníacos, porém aceitava com maior facilidade orientações sobre a sua doença.

Comentário

Nos dois casos ilustrativos apresentados, os sintomas maníacos iniciaram após o uso de antidepressivos. Sabe-se que pacientes em uso de antidepressivos podem apresentar uma reação adversa conhecida como virada maníaca, sendo melhor diagnosticados, nesses casos, como portadores de um transtorno mental induzido por substância, mas somente a evolução dos pacientes poderá definir se eles serão portadores ou não de THB. No caso dos pacientes acima, após eles terem suspenso o tratamento por um período de mais de seis meses, retornaram com sintomas maníacos clássicos, confirmando o diagnóstico de bipolaridade do tipo I, pois apresentavam sintomas maníacos acompanhados de sintomas psicóticos sem estarem em uso de antidepressivos, confirmando os dados de pesquisa, nos quais o episódio depressivo ocorre geralmente antes de um episódio maníaco (Stubbe, 2008). O carbonato de lítio foi o estabilizador do humor utilizado para o tratamento destes pacientes em função de ter um custo mais acessível, mas, também, por ser uma medicação eficaz no tratamento do THB Infantil (Patel et al., 2006; Kafantaris et al., 2003; Kowatch et al., 2000). Existe uma limitação na prescrição de medicamentos estabilizadores de humor mais recentes em função do alto custo dos mesmos.

Tratamento

O tratamento do paciente com transtorno bipolar deve passar por uma avaliação detalhada no sentido de evitar prováveis causas orgânicas para o aparecimento dos sintomas. Nesse momento, dados sobre o comportamento da criança em família e na escola se tornam fundamentais, pois o diagnóstico preciso é muito importante para se chegar à terapêutica

adequada (Fu-I, 2007). Uma vez diagnosticado o transtorno bipolar, é imprescindível fornecer à criança ou ao adolescente, bem como a sua família, orientações e informações sobre a doença seu curso e seu tratamento que inclui o uso de medicamentos, uma monitorização cuidadosa dos sintomas, uma educação a respeito da doença, a indicação de uma psicoterapia para o paciente e para a família, uma redução de eventos estressantes como brigas e discussões, uma boa nutrição, o uso de exercícios físicos e sono regular e uma colaboração das pessoas próximas da criança como os familiares, os amigos e os professores (Rohde, 2002).

O tratamento medicamentoso só deve ser iniciado após o consentimento dos pais e antes de iniciá-lo a criança deve passar por uma avaliação das funções hepática, tireóidea e renal, da contagem sangüínea e uma avaliação cardiológica. 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. 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 (Moraes, Silva e Andrade, 2007) . 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 (Fu-I, 2007).

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 (Fu-I, 2007).

As psicoterapias melhores indicadas são aquelas que contenham elementos psicoeducativos e que possam diminuir a angústia da criança e da família. Dentre elas, destacam-se as psicoterapias de família, de apoio e cognitivo-comportamental (Cordioli, 2008). O segredo do tratamento está no encontro da combinação ideal para cada paciente. O transtorno bipolar não é meramente um problema bioquímico, mas também um problema psicológico e social (Friedberg & McClure, 2004).

Conclusão

O Transtorno do Humor Bipolar em crianças e adolescentes é uma doença séria que pode trazer muitos prejuízos para o paciente e seus familiares, caso não seja tratada precocemente e adequadamente. Tentativas de suicídio, prejuízo escolar, abandono escolar, uso de substâncias psicoativas, discórdia familiar, dificuldades de relacionamento interpessoal e retraimento social podem ser alguns desses prejuízos (Friedberg & McClure, 2004). As conseqüências dependem de vários fatores como a idade do início, a gravidade dos sintomas, a quantidade dos episódios, a instalação do tratamento adequado, o apoio familiar e da associação com outras doenças físicas ou mentais, bem como, das características pessoais dos seus portadores (Lafer, Almeida, Fráguas & Miguel, 2000).

O transtorno bipolar em crianças e adolescentes geralmente tem uma apresentação atípica e um curso crônico, com humor irritável marcado por explosões de agressividade com

sintomatologia mista e ciclos rápidos, lembrando os quadros de apresentação atípica do adulto (Fu-I, 2004). Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento otimizado desses distúrbios são essenciais para diminuir o sofrimento dos pacientes, além de reduzir a cronicidade, a morbidade e a mortalidade associadas a tais condições. Intervenções psicossociais em associação com o uso de medicações devem ser realizadas para tratar crianças e adolescentes com o transtorno (Rohde & Tramontina, 2005). Intervenções utilizando a terapia cognitivo-comportamental demonstraram aceitabilidade e efetividade quando focadas no paciente e nas famílias para o tratamento do transtorno do humor bipolar em crianças e adolescentes (Friedberg & McClure, 2004; Rohde & Tramontina, 2005).

Referências Bibliográficas

- Asbahr, F. R. (2007). *Transtornos de ansiedade na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- American Psychiatric Association, APA. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais .DSM-IV-TR*. (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Assumpção Jr., F. B. (1995). *Psiquiatria Infantil Brasileira: um esboço histórico*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Child & Adolescent Bipolar Foundation, CABF (2002). *About Pediatric Bipolar Disorder* [on-line] [citado em 20 janeiro 2009].Disponível em: http://www.bpkids.org/site/PageServer?pagename=lrn_about.
- Cordioli, A.V. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Ebert, M. H.; Loosen, P. T. & Nurcombe, B. (2002). *Psiquiatria: diagnostico e tratamento*. Trad. Maria Cristina Monteiro, Lúcia Porto e Alceu Filmann. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Wozniak, J., Mundy E., Mennin, D. & O'Donnell, D. (1997). Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (8), 1046-1055.
- Friedberg, R. & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Trad. Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed.
- Fu-I, L. (2004). Transtorno afetivo bipolar na infância e na adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (supl. 3), 22-6.
- Fu-I, L. (2007). *Transtorno bipolar na infância e na adolescência*. São Paulo: Segmento Farma.
- Hales, R. E. & Yudofsky, S. C. (2006). *Tratado de psiquiatria clínica*. (4ª Ed.). Trad. Cláudia Dornelles, Cristina Monteiro e Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed.

- Kafantaris V., Coletti D.J., Dicker, R. Padula, G., Kane, J.M. (2003). Lithium treatment of agude mania in adolescents: a large open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 1038-45.
- Kowatch, R. A., Suppes, T., Carmody, T.J., Bucci, J.P., Hume, J.H., Kromelis, M., Emslie, G.J., Weinberg, W.A. & Rush, A.J. (2000). Effect size of lithium, divalproex sodium and carbamazepine in children and adolescent with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(6), 713-20.
- Lafer, B.; Almeida, O. P.; Fráguas Jr, R. e Miguel, M. C. (2000). *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80 (supl. 2), 11-20.
- Moraes, C., Silva, F.M. B. N. & Andrade, E. R. (2007). Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica *J. Bras. Psiquiatr.*,56 (supl. 1), 19-24.
- Nieman, G. W. & Delong, R. (1987) Use of the personality inventory for children as an aid in differentiating children with mania from children with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26, 381-388.
- Organização Mundial da Saúde, OMS (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Patel, N., DelBello, M. P., Bryan H., Adler, C. M., Kowatch, R. A., Stanford, K., Strakowisky, S.M. (2006). Open-label lithium for the treatment of adolescents with bipolar depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*,45 (5), 289-97.
- Rohde, L. A. Transtorno Bipolar em Crianças e Adolescentes (2002). In: *XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. Simpósio: Novas Abordagens do Diagnóstico e Tratamento do TAB e TDAH. Florianópolis.
- Rohde, L. A., Miguel Filho, E. C., Benetti L., Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Rev. Psiq. Clin.*, 31 (3), 124-131.
- Rohde, L. A. & Tramontina, S. (2005). O tratamento farmacológico do transtorno bipolar na infância e adolescência. *Rev. Psiq. Cli.*, 32 (supl. 1), 117-127.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiátrica clínica*. (9ª Ed). Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed.

- Strober M. (1992). Relevance of early age-of-onset in genetic studies of bipolar affective disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 606-610.
- Stubbe, D. (2008). *Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre: Artmed.
- Tramontina, S.; Schimitz, M.; Polanczyk, G. & Rohde, L. A.. (2003). Juvenile Bipolar Disorder in Brasil: Clinical and Treatment Findings. *Biological Psychiatry*, 53 (11), 1043-1049.
- Tung, T. C. (2007). *Enigma bipolar: conseqüências, diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar*. São Paulo: MG Editores.
- Vieta, E. (2001). *Transtornos bipolares: avances clínicos y terapêuticos*. (1ª ed.) Madrid: Médica Panamericana.
- Wozniak, J. & Biederman, J. (1996). A pharmacological approach to the quagmire of comorbidity in juvenile mania *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35_(6), 826-828.

Endereço para correspondência:

Av. General Neto 383, sala 801
Galeria Mazzoleni, Centro
Passo Fundo, RS
CEP 99010-020
E-mail: cjpw@via-rs.net

Recebido em 20/02/2009
Aceito para publicação em 05/03/2008.