

OLHANDO A PERTURBAÇÃO BIPOLAR

(2006)

Sandra Carla Leal da Fonseca
Enfermeira no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém
Portugal

Contactos da autora

Telem: 963830526

Email: sandra.leal@sapo.pt

RESUMO

É com frequência que os nossos doentes fazem inúmeras perguntas sobre a doença mental, especialmente na preparação do regresso a casa, assistindo-se por vezes com um sentimento de impotência e solidão, às dúvidas e inquietações que sentem os familiares do doente mental.

Ao elaborar este manual senti alívio e força necessária sabendo que dou o meu contributo para a melhoria da informação e continuidade dos cuidados aos doentes mentais, especialmente os doentes com perturbação bipolar.

Quero partilhar com doentes e familiares, o desejo de recuperar o respeito por todos os que se vêem afectados pela doença mental; não existem bons nem maus doentes, mas apenas pessoas que sofrem. A força nasce do facto de permanecerem unidos neste longo processo.

Quis não só dar o apoio técnico aos doente internados no departamento de psiquiatria e saúde mental de Santarém, mas também contribuir para uma preparação do regresso a casa com melhor qualidade de vida, com mais informação e envolvimento da família.

É a eles que dedicamos o nosso trabalho, surgindo a publicação deste manual como meio de divulgação aos técnicos de saúde, doentes e familiares.

Palavras-chave: perturbação bipolar, doentes bipolares, doença mental

“Todos os seres humanos estão familiarizados com emoções de alegria e de tristeza. Os adultos saudáveis experimentam essas emoções de um modo previsível, geralmente como resposta a um estímulo externo.

Em contraposição, os indivíduos que sofrem de transtornos do humor experimentam um grau profundo de alegria ou tristeza, aparentemente não relacionado com estímulos externos e por um longo período. Além disso, invadem todo o ser e podem flutuar amplamente de uma para a outra.”

Mereness, (1996:202)

“Embora na base de todas estas formas (de doença maníaco-depressiva) estejam os mesmos processos mórbidos, elas são todavia tão diferentes no comportamento clínico, na evolução e no prognóstico, que se poderia talvez falar de um grupo mórbido com origem numa raiz comum”.

Emil Kraepelin, cit in Mondimore Francis(2003:49)

INTRODUÇÃO

Por vezes, costuma estabelecer-se uma fronteira bem delimitada entre os sãos e os doentes “como se a saúde mental fosse uma qualidade com que se conta, sem risco algum de perdê-la ao longo da vida ou a doença mental impedisse qualquer possibilidade de estabelecer vínculos saudáveis consigo próprio e com o seu círculo familiar e social”. (Basteiro, et al, 2003).

Não é tão clara como parece a fronteira entre saúde e doença mental, existindo na nossa sociedade a crença que o doente mental:

- Funciona sempre como doente.
- Está incapacitado para levar a cabo qualquer aspecto da sua vida.
- Nunca poderá estar melhor.

Basteiro, et al, 2003



*Existem muitas maneiras de definir **saúde mental**, mas proponho partir de uma perspectiva abrangente, segundo a qual, **saúde mental** será qualidade devida e não apenas ausência de doenças. Saúde mental é ter projectos próprios e partilhados para desfrutar e transformar o mundo em que vivemos.*

***Tem-se capacidade para viver, trabalhar,
Lidar com as perdas e situações dolorosas.***

HISTORIAL

Os transtornos do humor principalmente a depressão, têm sido documentados desde os tempos mais remotos. Um papiro egípcio de 1500^A.C, contém um discurso sobre a velhice que diz que “o coração torna-se pesado e não recorda o passado”.

A doença mental, particularmente, a doença bipolar foi descrita como um estado de loucura relacionado com a exaltação de humor, pelos gregos. Hipócrates (460-375 a.c.) o maior dos médicos da Grécia Antiga, conhecia muito bem os sintomas da depressão e acreditava que a mesma resultava de um excesso de bílis negra, chamada melancolè na língua grega.

Tal como sublinha, Mário, Maj, et al (2002), a relação desta perturbação com a melancolia só foi notada no I século antes de Cristo, por Soranus, que descreveu a mania como uma doença que podia remitir ou passar para um estado de melancolia.

O Velho Testamento regista um comportamento errante do Rei Saul, sempre que o seu estado de ânimo oscilava entre a excitação e a depressão. Possivelmente se vivesse hoje, essa figura histórica receberia o diagnóstico de perturbação afectiva bipolar.

Areteu de Capadócia (150 anos d.C) foi mais explícito, estabelecendo a relação entre os estados de humor, descrevendo o estado de mania tal como o conhecemos na psiquiatria contemporânea.

As teorias sobre as causas dos sintomas deste transtorno cessaram praticamente durante a era medieval, e os sintomas que actualmente reconhecemos como originários das condições psiquiátricas eram atribuídos a feitiçaria ou a possessão demoníaca. Quando a Idade das Trevas cedeu passo à Renascença e ao Iluminismo, a “doença mental tornou-se novamente um objectivo mais de físicos do que sacerdotes e iniciaram-se as tentativas modernas de compreender e classificar as doenças”(Mondimore,2003:84).

A melancolia e a mania foram muitas vezes consideradas como perturbações separadas, no entanto Robert James (1705-1776), relacionou as duas:

“Há uma necessidade absoluta de reduzir a melancolia e a loucura«mania» a uma única espécie de perturbação, e conseqüentemente de as considerar numa visão conjunta [...] verificamos que ambas surgem da mesma causa e origem comum, isto é, excessiva congestão de sangue no cérebro [...] Verificamos que os doentes melancólicos caem facilmente na loucura, a qual quando removida, a melancolia se revela novamente”. (cit in Mondimore:84).

Jules Baillarger (1809-1890), publicou em 1854 um artigo que descrevia a doença a que chamou *La folie à double forme* e duas semanas mais tarde, Jean Pierre Falret (1794-1870)

correu a publicar um artigo na mesma revista em que insistia que ensinava há dez anos sobre *La folie circulaire* aos seus alunos do hospital de Salpêtrière.

Após a publicação dos seus artigos estes dois autores escreveram várias cartas de «eu primeiro», no entanto qual deles merece o crédito de ter sido o primeiro a descrever a perturbação bipolar, é uma questão sobre a qual os estudiosos ainda discordam.

Mas os historiadores da Medicina não discordam sobre a identidade do psiquiatra que publicou a primeira descrição abrangente das perturbações do humor e estabeleceu a base do sistema de classificação das doenças mentais que ainda hoje conhecemos.

Tal como descreve Mondimore (2003), foi o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926), que em 1899 consolidou o conceito moderno de perturbação bipolar, na sexta edição do seu manual sobre doenças mentais que tanta influência teve. Embora ele não fosse o primeiro a sugerir que a mania e a depressão constituem, ambas as expressões de uma só perturbação, Kraepelin foi o primeiro a articular de uma forma clara que todas as perturbações do humor estavam relacionadas:

“A insanidade maniaco-depressiva [...] inclui, por um lado todo o domínio da chamada insanidade periódica e circular, por outro, a mania simples, e a maior parte dos estados mórbidos denominados melancolia [...] Ao longo dos anos eu tenho me convencido cada vez mais que todos os estados mencionados representam apenas manifestações de um processo mórbido”

Kraepelin cit in Mondimore (2003:85).

CARACTERÍSTICAS DA PERTURBAÇÃO BIPOLAR

A doença bipolar, tradicionalmente era designada por doença maníaco depressiva, é uma doença psiquiátrica caracterizada por variações acentuadas de humor, com crises repetidas de depressão e de humor.

Pensa-se que o que está na origem das crises seja uma falha na estabilidade da transmissão dos impulsos nervosos ao cérebro, o que torna o indivíduo mais vulnerável ao stress. Em regra a primeira crise é provocada por um choque emocional forte – uma ruptura afectiva, uma morte, um divórcio...Os episódios podem ser graves moderados ou fortes e têm uma duração variável. Há pessoas cujas fases maníacas duram dias, outras meses. Da mesma forma, umas podem vir a ter uma ou duas crises durante toda a vida, enquanto outra recaem várias vezes no ano. Em muitos casos os doentes apresentam historial familiar de transtorno bipolar.

Na fase maníaca o estado de humor está elevado, assim como a autoestima, há sentimentos de grandiosidade, podendo existir manifestações delirantes de grandeza, considerando-se a pessoa especial, com poderes e capacidades únicas. O indivíduo pode apresentar uma forte

pressão para falar ininterruptamente, as ideias correm rapidamente a ponto de não concluir. Há também uma perda de consciência de da sua própria patologia, tornando-se socialmente uma pessoa inconveniente.

Pode surgir sintomas psicóticos, típicos até da esquizofrenia.

A título de melhor ilustrar este tipo de sintomatologia, ouçamos a descrição do comportamento observado durante a entrevista de acolhimento de enfermagem e nas 24 horas seguintes, de uma doente de 47 anos, internada nesta unidade de psiquiatria, em fase maníaca.

L...sente-se muito bem, a maior, sem limites para as suas capacidades....tem uma energia inesgotável...

Fala incansavelmente dos seus planos, mal consegue finalizar uma ideia e já está a falar de uma lista interminável de outros planos....aborrece-se quando é interrompida, reagindo com hostilidade...não reconhece qualquer forma de autoridade, embora rapidamente se esqueça o motivo da sua hostilidade.

Tem ideias megalómanas, fez avultados gastos monetários em adornos e vestuário e imagina-se perseguida pelos vizinhos que a querem roubar por ser muito rica.

Sente-se invencível, com hiperactividade e déficit de atenção para escutar os técnicos. O modo de falar é em tom de voz elevado, cantando frequentemente e os pensamentos ocorrem de forma incontrolável, com uma grande confusão de ideias.

Mostra grande desinibição sexual.

A necessidade de sono é menor, com poucas horas de sono se restabelece e fica todo o dia em hiperactividade. Mesmo estando alegre acontece com alguma frequência alguns acessos de raiva.

Resumindo, nos períodos de mania os doentes apresentam sintomas de:

| SINTOMAS DO HUMOR | SINTOMAS SOMÁTICOS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Humor alegre, eufórico • Humor irritável • Grandiosidade | <ul style="list-style-type: none"> • Maior nível de energia • Menos necessidade de sono • Apetite irregular • Mais libido |
| SINTOMAS COGNITIVOS (do pensamento) | SINTOMAS DE PSICOSE |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sensação de maior concentração • Pensamento acelerado(pensamentos rápidos) | <ul style="list-style-type: none"> • Ideias delirantes de grandeza • Alucinações |

Fonte: MONDIMORE, Francis, Perturbação Bipolar, 2003:30.

Na fase depressiva dá-se de certa forma o oposto da fase maníaca, o humor está triste, com sentimentos de inferioridade, cansaço, fadiga constante e ideias suicidas. Tal como refere Mondimore(2003:40), são frequentes “as ruminações de culpa...vergonha e arrependimento ...o

indivíduo sente-se muitas vezes culpado pelos problemas dos outros...sendo a preocupação exagerada com a culpa muito significativa para o diagnóstico de síndrome de depressão”.

As ideias fluem com lentidão, com perda de interesse por qualquer actividade que antes era agradável. A pessoa em fase depressiva experiência lentificação, ineficácia do pensamento, falta de memória e concentração. Nesta fase o sono pode estar diminuído, ou aumentado.

Descrevendo o comportamento de L, noutra internamento, 3 meses após o anterior, desta vez por síndrome depressivo.

L...tem humor triste, sente-se desesperada com baixa de autoestima. Não se interessa por nada, cansa-se sem motivo aparente, tem pouca energia, tem insónia inicial, sente que dorme mal e tende a permanecer muito tempo na cama, recusando fazer os seus cuidados de higiene. O começo do dia é particularmente difícil, o isolamento social é notório, assim como a labilidade emocional. As suas ideias giram em torno da morte.

L... é uma doente já com um grande historial de internamentos nesta unidade, sendo seguida regularmente em consulta externa neste departamento. Actualmente encontra-se mais estável desde que faz sessões de electroconvulsivoterapia.

| SINTOMAS DO HUMOR | SINTOMAS SOMÁTICOS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Humor deprimido • Humor disfórico • Variação diurna de humor (depressão do início da manhã; o humor melhora com o decorrer do dia) • Culpabilização • Anedonia • Retraimento social • Ideação suicida | <ul style="list-style-type: none"> • Perturbação do sono (insónia, hipersonia) • Perturbação do apetite (perda ou aumento de peso) • Perda de interesse pelo sexo • Fadiga • Obstipação • Dores de cabeça • Agravamento de estados dolorosos |
| SINTOMAS COGNITIVOS (do pensamento) | SINTOMAS DE PSICOSE |
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta de concentração • Falta de memória • Indecisão • Lentidão de pensamento | <ul style="list-style-type: none"> • Pensamento delirante • Alucinações • Estados catatónicos |

Fonte: MONDIMORE, Francis, Perturbação Bipolar, 2003:39.

Nos anos 30 e 40, a maioria dos psiquiatras interessados no tratamento das doenças mentais aderiu a institutos psicanalíticos para aprender os ensinamentos de Freud, especializavam-se e tratavam de pessoas com doenças nas grandes cidades. Contudo, haviam doentes que beneficiavam pouco com essas ideias, eram os esquizofrénicos e os maníaco-depressivos. Esses doentes estavam hospitalizados meses ou anos em manicómios (públicos) e as medidas terapêuticas não tinham mudado muito desde os últimos duzentos anos. De acordo com Mondimore(2003:90), o tratamento para estes doentes consistia em.”repouso absoluto para os deprimidos; restrições físicas para os agitados; banhos, tranquilização com morfina e brometos, e

o uso de outras substâncias que se supunha ter efeitos benéficos, entre elas o quinino e até o óleo de fígado de bacalhau...claro que todas essas intervenções provocavam efeitos completamente insignificantes na doença mental grave”.

Foi Cade que descobriu a importância do lítio nas perturbações mentais, mas na realidade passaram-se vários anos até o uso do lítio ser aprovado e foi Shou, nos anos 50 que aperfeiçoou e desenvolveu a terapêutica com lítio na perturbação bipolar.

ACTUALIDADE NO TRATAMENTO DA DOENÇA BIPOLAR

No tratamento da doença bipolar há que ter em consideração, por um lado, as fases agudas e por outro a prevenção das crises. Quando o doente sofre de uma crise de depressão, de mania, hipomania ou mista, precisa de ser tratado na fase aguda com terapêutica apropriada antidepressiva, anti-maníaca ou antipsicótica, sendo nalguns casos necessário o internamento no período agudo. Depois de superada a fase aguda e na continuidade do tratamento inicia-se a terapêutica preventiva das crises para evitar a sua agudização. Para que o tratamento seja eficaz é necessária medicação, e educação contínua do doente e família (sobre a doença, os medicamentos, a necessidade de aderir ao tratamento, modificação de hábitos nocivos). Poderá ser benéfico a intervenção psicológica ao doente e família.

Terapêutica Medicamentosa

ESTABILIZADORES DE HUMOR

Os estabilizadores de humor são fármacos que tanto têm efeitos antimaníacos como antidepressivos. E até o efeito mais importante desta classe talvez seja a sua capacidade de diminuir a frequência e a gravidade dos episódios(Mondimore, 2003).

Os estabilizadores de humor são a base da prevenção, cerca de um terço das pessoas ficam livres de sintomas com a manutenção estabilizadora apropriada, beneficiando de uma grande redução no número e na gravidade das crises.

Há presentemente , três estabilizadores do humor comprovadamente eficazes:

- O lítio comercializado em Portugal, no Priadel.
- O Valproato, comercializado nos medicamentos, Diplexil R e Depakine.
- A Carbamazepina, no Tegretol.

A Lamotrigina é outro anticonvulsivante que parece ter efeitos terapêuticos em doentes com perturbação Bipolar, no entanto, devido ao facto de ser um agente muito moderno, ainda não ficou claro o seu lugar no tratamento desta perturbação.

ANTIDEPRESSIVOS

Os medicamentos antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão da perturbação bipolar. Há todavia que utilizá-los com precaução, dado que estes fármacos podem empurrar um doente bipolar de depressão para o estado maníaco e também para outros problemas. A observação de sintomas maníacos em doentes com tuberculose tratados com iproniazida levou ao desenvolvimento de uma classe de antidepressivos inibidores da monoamino-oxidase (IMAO). Embora seja rara a utilização dos tricíclicos como antidepressivos é importante sublinhar que estes fármacos foram dos primeiros a desenvolverem-se e ainda constituem um padrão pelo qual são julgados os novos medicamentos promissores no tratamento da depressão.

- Antidepressivos tricíclicos, tais como, amitriptilina e imipramina, são, na opinião de Barraclough e Gill(2004), o tratamento standard de primeira linha para a doença depressiva, e provavelmente dos fármacos mais eficazes na depressão grave.
- Inibidores selectivos na recaptção da serotonina, tais como a paroxetina e fluoxetina, são seguros face ao risco de overdose e têm poucos efeitos colaterais, embora sejam mais dispendiosos.
- Inibidores da monoamino-oxidase, tais como fenelzina e moclobemide, são menos frequentemente utilizados, mas por vezes tornam-se muito eficazes quando os tricíclicos falham.
- Lítio, é particularmente útil na prevenção de perturbações afectivas recorrentes, mas também é útil em episódios depressivos persistentes como tratamento coadjuvante de qualquer um dos antidepressivos.

Tal como refere Barraclough e Gill(2004), a prova terapêutica com fármacos antidepressivos é muitas vezes requerida quando existem dúvidas quanto ao diagnóstico. Mudanças frequentes na medicação devem ser evitadas e a adesão ao tratamento deve ser verificada. Quando é encontrado um fármaco eficaz, deve manter-se pelo menos seis meses após recuperação para se reduzir o risco de recaída, sendo depois gradualmente retirado se o doente se encontrar bem.

ANTIPSICÓTICOS

A utilização de medicamentos denominados antipsicóticos, poderá ser útil quando

Os episódios da doença bipolar, (tanto depressão como mania) incluem por vezes sintomas mentais muito assustadores e comportamentos perigosamente perturbados.

Os estabilizadores de humor e os antidepressivos demoram semanas até fazerem efeito. O que se poderá fazer para travar os pensamentos rápidos, a hiperactividade apressada e explosiva do doente maníaco, até que o lítio comece a actuar? O que se poderá fazer para ajudar o doente psicoticamente deprimido e atormentado por alucinações antes que o antidepressivo comece a actuar? É aqui que entram os antipsicóticos. Uma vez que os seus efeitos calmantes começam quase imediatamente, estes medicamentos são úteis na mania aguda e fazem muitas vezes parte do tratamento do doente maníaco grave. Nos casos de depressão em que o doente esteja muito inquieto e agitado, eles podem ter um efeito semelhante.

Após o desenvolvimento, nos anos 60 e 70 do grupo inicial dos medicamentos antipsicóticos, as fenotiazidas, desenvolveram-se outros potentes bloqueantes da dopamina.

Medicamentos antipsicóticos tradicionais

- Clorpromazina
- Flufenazina
- Haloperidol
- Loxapina
- Molindone

Medicamentos antipsicóticos modernos

- Clozapina
- Olanzapina
- Quetiapina
- Risperidona
- Ziprazidona

Embora não pareça causar efeitos extrapiramidais, a medicação moderna causam efeitos secundários anticolinérgicos e sedação. Fica a esperança da descoberta de outras de especial benefício no tratamento da doença bipolar.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

O tratamento dos transtornos de humor não surtia um efeito positivo até ao desenvolvimento da droga estimuladora da convulsão, pentilenetetrazol (Metrazol), obtido por Meduna e seguido pela introdução da terapia electroconvulsivante, por Cerletti e Bini, em 1938. Esta terapia foi desenvolvida pela primeira vez como um tratamento para as pessoas com

transtornos do pensamento, no entanto descobriu-se que era mais eficaz nas pessoas que sofriam de depressão (Mereness, 1996).

Tal como muitos tratamentos miraculosos, a TEC foi super-recomendada e possivelmente administrada a muitas centenas de pessoas a quem pouco poderia ajudar. Todavia é importante relembrar, tal como refere Mondimore(2003),que eram tempos de desespero para a psiquiatria. Com a descoberta dos antipsicóticos a uma década e a descoberta dos antidepressivos a duas, uma possibilidade de ajuda era melhor que nada. Outro factor negativo, é que a TEC teve complicações muito sérias, em efeitos secundários nessa altura.

Nos finais dos anos 70, as modernas técnicas de anestesia e a investigação tornaram a TEC mais segura, determinando as perturbações psiquiátricas que o tratamento ajudava ou não, no entanto a reputação da TEC já estava estragada. Os hospitais estatais fizeram regulamentos que a proibiram completamente nalguns países.

Actualmente a TEC, é feita no bloco operatório, sob anestesia geral, durando o tratamento, escassos minutos, sendo um tratamento altamente eficaz em ambas as fases da perturbação bipolar. É a mais rápida e é o tratamento alternativo para doentes deprimidos com tendências suicidas, que recusam alimentar-se, ou gravemente deprimidos. A TEC pode resultar quando os fármacos falham, infelizmente os doentes e famílias resistem à sua utilização devido aos mitos e ideias erradas que a rodeiam.

TRATAMENTO PSICOTERAPÊUTICO

Uma relação de suporte continuada com técnico de saúde mental, de confiança, é uma componente importante do tratamento das perturbações bipolares. Muitos dos tipos de psicoterapia são muito úteis na perturbação bipolar.

▪ *Psicoterapia de Grupo*

A psicoterapia pode ser muito eficaz em contexto grupal. No tratamento da perturbação Bipolar, os grupos homogêneos têm sido melhor estudados e já demonstraram a sua eficácia. Vários estudos demonstraram que vários doentes em terapia de grupo têm menos recidivas e aumentam a produtividade no trabalho.

As pessoas que estão em grupos de outras com a mesma doença dizem que os conselhos práticos que recebem são úteis para a forma de conviver com a doença. Aumenta a compreensão da doença, da forma como ela afecta as relações e as atitudes para consigo próprio; a orientação que recebem dos elementos do grupo é percebida como muito valiosa. Este aspecto da terapia de grupo – partilhar e aprender uns com os outros – constitui a base de um outro tipo de terapia, que não necessita de terapêuta: os grupos de apoio de pares.

▪ *Terapia Cognitiva*

Vocacionada para alterar padrões habituais de pensamentos negativos que contribuem para o humor depressivo. É tão eficaz como o tratamento com fármacos, nas formas moderada ou ligeira de depressão.

- *Terapia Interpessoal*

Focada nas relações com os outros, é igualmente útil.

- *Psicoterapia Psicodinâmica*

É indicada para a prevenção de episódios recorrentes de grau moderado ou ligeiro.

Durante uma depressão grave, uma abordagem unicamente psicoterapêutica não é adequada porque não corrige alucinações ou ideias delirantes e pode reforçar sentimentos de culpa e desvalorização por parte do doente.

CONCLUSÃO

Aristóteles disse: «**Um grande génio nunca existe sem uma pitada de loucura**». Não é preciso uma grande investigação para se obter uma longa lista escritores, artistas, compositores, cuja biografia aponta para uma perturbação bipolar (George Gordon, Lord Byron, Van Gogh, Schumann).

Actualmente há milhões de pessoas, que vivem com perturbação bipolar. Muitas levam uma vida saudável, feliz e produtiva, mas muitas não. Ainda não sabemos a causa fundamental da perturbação bipolar. Tropeçou-se mais ou menos por acidente em abordagens terapêuticas como, por exemplo, a descoberta dos efeitos do lítio, embora tenham sido aperfeiçoadas por décadas de experiência.

Para o enfermeiro, é precisamente o ser humano em toda a sua dimensão e vulnerabilidade, o objecto do cuidar. Por isso, mais do que saber e saber fazer, há que desenvolver o saber estar com o doente e família atingido pela doença mental.

O conhecimento da história de vida do doente, pode fazer a ponte entre a sua cultura, os seus desejos, crenças e esperanças. Pode encaminhar os técnicos de saúde mental para uma visão global do doente e criação de uma relação assertiva, ao estabelecer uma relação de confiança e por conseguinte uma eficaz relação terapêutica. Esta abordagem permite-nos captar a complexidade e riqueza das relações interpessoais e, sobretudo confrontá-los com as interpretações individuais dos processos da doença bipolar e respectiva valorização em termos pessoais e afectivos.

Por estas razões é vital que os familiares acompanhem o doente aos grupos de apoio – e que vão aos grupos de apoio mesmo que o doente não vá – e tenham aconselhamento ou terapia para si próprios, para lidar com o stress causado pela doença. Os programas alargados para o

tratamento de pessoas com perturbação bipolar estão a dar ênfase cada vez maior ao envolvimento familiar.

Tal como muitas doenças graves, a perturbação bipolar pode constituir uma ameaça à vida. Todavia, ao contrário de algumas outras, ela tem a capacidade singular de roubar o espírito das pessoas e apoderar-se da sua humanidade. No entanto alguns dos que dela sofreram foram inspirados pela luta contra a doença e produziram obras de arte, música, literatura que encheram o mundo de alegria. Milhões de outras pessoas vivem simplesmente com a perturbação bipolar, controlando-a, aprendendo coisas sobre ela, isso sim, aprendendo com a doença a conhecer-se e a conhecer o que significa ser-se humano.

Os desafios de conviver com a perturbação bipolar não se limitam aos que têm a doença. A família e os amigos também os enfrentam. É muito doloroso ver um ente querido sofrer o vazio desesperado da depressão como é igualmente doloroso e assustador vê-lo nas garras frenéticas da mania. Tal como em qualquer doença, o papel da família inclui o apoio, compreensão e encorajamento da pessoa doente.

Os desafios de conviver com a perturbação bipolar não se limitam aos que têm a doença. A família e os amigos também os enfrentam. É muito doloroso ver um ente querido sofrer o vazio desesperado da depressão como é igualmente doloroso e assustador vê-lo nas garras frenéticas da mania. Tal como em qualquer doença, o papel da família inclui o apoio, compreensão e encorajamento da pessoa doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco-Depressivos. Panfletos

WWW. Adeb .pt

BAARRACLOUGH, Jennifer; GILL, David – Bases da Psiquiatria Moderna, 2ª edição. Climepsi Editores. Lisboa, 2004. ISBN972-796-124-X.

BASTEIRO, Silvia et al – Guia para Familiares de Doentes Mentais, Edições FNAFSAM, Lisboa, 2003. ISBN: 972-8721-12-9.

<http://katyadelimbeuf.com/única/bipolares/bipolares.htm>

<http://psicosite.com.br>

MAJ., Mário et al – Bipolar disorder, Editorial Offices, UK, 2002. ISBN 0-471-56037-5.

MERENESS – Fundamentos de Enfermagem psiquiátrica, 1996.

MONDIMORE, Francis Mark – Perturbação Bipolar – Guia para doentes e suas famílias, 1ª edição, Climepsi Editores. Lisboa, 2003. ISBN 972-796-047-2.