

# CASO CLÍNICO VIH E PERTURBAÇÃO AFECTIVA BIPOLAR

(2007)

**R. Margalho**  
Psicóloga Clínica

**N. Marques**  
Interno do Internato Complementar de Infecçiology

**J. Oliveira**  
Assistente Hospitalar Graduado de Infecçiology

**J. Saraiva da Cunha**  
Director do Serviço de Doenças Infecciosas

**A. A. Meliço Silvestre**  
Director do Departamento de Doenças Infecciosas

Contacto:  
[renatamargalho@gmail.com](mailto:renatamargalho@gmail.com)

---

## RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana implica uma adaptação exigente, uma vez que enquanto doença crónica é uma situação indutora de stress. Quando a comorbilidade psicopatológica é observada várias são as estratégias necessárias para actuar, nomeadamente uma intervenção multidisciplinar. Neste contexto, apresentamos um caso clínico de um doente infectado por VIH e com doença mental prévia, perturbação afectiva bipolar. Verificamos que aumentando a capacidade de auto-controlo, conhecimento sobre a doença (VIH e Perturbação Bipolar) e ajuste de estratégias de coping conseguimos contribuir para uma melhor qualidade de vida e adaptação ao processo de doença crónica.

**Palavras-chave:** VIH, Psicopatologia, Adesão

## INTRODUÇÃO

A infecção pelo VIH é entendida como doença crónica, implicando esta realidade todo um conjunto de limitações físicas, particularmente quando a doença atinge a fase sintomática (Griffin, Rabkin, Ramier & Williams, 1998).

As situações clínicas da infecção pelo VIH evidenciam a possibilidade de se constituir como factor precipitante de “respostas” do tipo psicopatológico, associadas, ou não, a fenómenos do tipo reactivo. Nestes casos, torna-se importante proceder o mais precocemente a uma avaliação psicopatológica das situações, identificando, por exemplo, os factores de risco associados às respostas psicopatológicas, como, por exemplo, os antecedentes de doença mental pessoal e familiar, a rede de suporte social e as perdas recentes de figuras significativas (Laureano & Matos Cabeças, 2004; Vincke & Bolton, 2002; Murphy, Roberts, Martin, Marelich, Marelich, Hoffman & 2000; Wagner, Kanouse, Koegel & Sullivan, 2003).

De acordo com Linard e colaboradores (1995) as manifestações psicopatológicas perante a doença são diversas, sendo mais frequente a presença de perturbações de ansiedade e depressão. Contudo, a presença de discurso delirante, pensamento obsessivo, ideação suicida, episódios maníacos com componente psicótica, também foram observados em doentes com HIV (Linard, Beau & Silvestre, 1995).

No mesmo sentido vai o estudo realizado por Lyketson e colaboradores (1997), que revela a presença de perturbações do comportamento, estados depressivos, sintomatologia psicótica, ansiedade elevada e ideação suicida. Para além destas respostas psicopatológicas observaram-se outros quadros clínicos, nomeadamente reacções psicossomáticas, perturbações de consumo de substâncias e distúrbios de personalidade (Liketson, Hoover, Guccione, Dew, Wesch, Bing & Treisman, 1997; Favre, Payen & Pilard, 1996).

No presente caso clínico salientamos a doença afectiva bipolar. É uma perturbação caracterizada por uma alteração do humor, oscilando entre os episódios depressivos e hipomanos ou maníacos. A sintomatologia depressiva pode preencher os critérios de diagnóstico para uma perturbação depressiva major, que constitui um dos distúrbios psicopatológicos comórbidos mais frequentes nos quadros clínicos da imunodeficiência. Assim, os sintomas podem ser traduzidos em efeitos como lentificação motora, dificuldades ao nível da concentração/vigilância, atenção e enfraquecimento no desempenho de tarefas (Goodkin, Baldewicz, Wilkie & Tyll, 2001). Estas reacções podem explicar o descuido ao nível dos autocuidados, deterioração das funções sociais e incapacidade para cumprir correctamente as prescrições médicas (Treisman & Angelino, 2004). A hipomania apresenta uma ligeira elevação do humor, persistente, associado a um sentimento geral de bem-estar e auto-eficácia. Ao nível do comportamento sexual e inter-relacional evidencia uma desinibição e redução da necessidade de dormir. Estas alterações não são acompanhadas de ideias

delirantes nem alucinações, bem como não existe um compromisso no funcionamento global do indivíduo. A crise maníaca pode ser, ou não, acompanhada por sintomatologia psicótica. Sem sintomas psicóticos caracteriza-se por uma elevação do humor, agitação psicomotora, aumento de energia, necessidade diminuída de dormir, discurso verborreico, aceleração do pensamento, aumento da auto-estima associado a ideias de grandeza e desinibição do comportamento social e sexual. Pode existir a presença de sintomas psicóticos, congruentes ou não, com o humor (DSM IV, 1994)

### **Caso Clínico:**

Doente do sexo masculino, 41 anos de idade, divorciado com dois filhos (de 14 e 11 anos de idade). Escolaridade: licenciatura. Profissão: Professor de Ensino Secundário de Ciências Físico-Químicas. Reside em zona urbana. O doente foi encaminhado para a Consulta de Imunodeficiência do Serviço de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em Março de 2006, na sequência do diagnóstico de infecção por vírus de imunodeficiência humana tipo 1 (VIH 1) e em contexto de adenomegalias cervicais com evolução de aproximadamente seis semanas.

Soube que era seropositivo em Janeiro de 2006, com uma reacção ao diagnóstico pautada por depressão com humor depressivo, anedonia, diminuição do apetite, insónia fragmentada, isolamento social e incapacidade de realizar tarefas de vida diária e dificuldades económicas. Desconhece fonte de infecção, tendo sido o modo de contágio a via sexual (heterossexual).

Na exploração da história prévia parece existir doença mental na família (mãe com Depressão e irmão gémeo com Alcoolismo). Não foram observadas dificuldades no desenvolvimento psicomotor, linguístico nem de eliminação. Em contexto escolar descreve uma relação com os pares boa e sem dificuldades ao nível da aprendizagem. No período da adolescência descreve dificuldades na relação com os pares debitando “ninguém me acompanhava eram todos muito parados”(sic). Na esfera emocional refere um relacionamento afectivo significativo, casando aos 24 anos de idade. A relação conjugal é caracterizada por episódios frequentes de agressividade verbal, devido a dificuldades económicas.

O doente descreve, em 2004, o primeiro episódio depressivo identificando como factor precipitante a morte do sogro, com início imoderado de bebidas alcoólicas. Após um ano refere o episódio maníaco observando-se alteração do comportamento com energia excessiva, necessidade diminuída de dormir, gastos excessivos de dinheiro do qual resulta dívidas financeiras, consumos imoderados de bebidas alcoólicas, desinibição do comportamento sexual, aceleração do pensamento e discurso verborreico. Em Março de 2006 refere uma crise depressiva da qual resulta a primeira tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa, com BZD, com planeamento activo. Ainda neste contexto descreve vários comportamentos disruptivos, por exemplo salta de um carro em andamento. Após seis meses faz a segunda tentativa de suicídio, Setembro de 2006, também por intoxicação medicamentosa, resultando um internamento em Psiquiatria.

História Médica: trata-se de um doente com antecedentes de epilepsia generalizada diagnosticada aos 18 anos de idade e de depressão, desde 2004, estando medicado com anti-epiléptico, ansiolíticos e anti-depressivos. Possui um consumo de álcool diário superior a 50gr desde há cerca de dois anos e negou a existência de hábitos tabágicos e de consumo de drogas ilícitas. Não apresenta perturbações da sexualidade, sendo heterossexual com vários relacionamentos sexuais de risco (sem uso do preservativo).

Em Dezembro de 2005 por apresentar odinofagia e adenomegalias cervicais, nomeadamente na região submandibular tendo sido referenciado à consulta de otorrinolaringologia deste hospital, tendo realizado rastreio de infecção VIH que se revelou positivo. Foi submetido a biopsia da base da língua que não evidenciou lesão neoplásica. Em Março de 2006 iniciou seguimento na consulta de imunodeficiência, apresentando ao exame objectivo adenomegalias (+- 2 cm) móveis e indolores, localizadas às cadeias laterocervicais anteriores, não havendo outras adenopatias palpáveis, nomeadamente na região axilar, supraclavicular e inguinal, assim como outras alterações. A primeira avaliação analítica revelou uma contagem de linfócitos T CD4+ de 231 células/mm<sup>3</sup> e uma carga vírica VIH 1 de 171636 cópias/ml, inserindo-se no estágio A2 dos CDC. Encontra-se imune para o vírus da hepatite A e não imune para vírus da hepatite B tendo sido iniciada vacinação. A serologia para vírus da hepatite C e para sífilis foi negativa. Posteriormente ocorreu uma deterioração imunológica apresentando contagem de linfócitos T CD4+ positivos de 209 células por mm<sup>3</sup>, motivo pelo qual iniciou terapêutica anti-retrovírica com zidovudina+lamivudina + lopinavir/ritonavir com comportamento de adesão ajustado. Actualmente não apresenta adenopatias periféricas palpáveis e analiticamente possui carga vírica VIH1 indetectável (inferior a 40 copias/ml) e linfócitos T CD4+ na ordem dos 357 células/mm<sup>3</sup>. De referir, ainda, a existência de dislipidémia, pelo que se encontra, de igual modo, medicado com uma estatina.

## **INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA**

Verificámos que o doente apresentava um comportamento de adesão instável, com representações sobre a doença desajustadas pautadas por ideias de morte e deterioração psicológica. Assim, os objectivos da intervenção psicoterapêutica foram ajustar padrão comportamental de adesão, prevenção da recaída relativamente aos comportamentos de risco e re-infecções, gestão dos sintomas e aumento da capacidade de auto-controlo e auto-estima.

**Quadro nº1:** Plano Psicoterapêutico individualizado (após avaliação psicológica)

Sessões	Observações Clínicas
Sessão 1 e 2	Fornecimento de informação sobre a doença afectiva bipolar e VIH. Identificação dos factores de risco endógenos e exógenos.
Sessão 3, 4, 5	Explicação do racional cognitivo e comportamental - Treino de identificação dos sintomas de acordo com as constelações sintomáticas (comportamentos, emoções e pensamentos). Treino de identificação dos pensamentos automáticos negativos.
Sessão 6, 7	Elaboração de gráfico do humor (optimizar capacidades de auto-controlo e prevenção da recaída). Discussão das vantagens e desvantagens do comportamento de adesão. Desafio de crenças disfuncionais (técnica da seta descendente)
Sessão 8, 9	Avaliação das dificuldades da gestão dos sintomas – técnicas de auto-monitorização
Sessão 10	Discussão dos ganhos terapêuticos (prevenção da recaída).

No decorrer da psicoterapia o doente apresentou uma postura adequada e motivado. É seguido em regime de ambulatório, mensalmente, evidenciando-se o carácter flexível das consultas, uma vez que existem factores externos que podem precipitar recaída, quer ao nível imunitário quer mental.

## CONCLUSÃO

O significado da infecção pelo VIH desafia, frequentemente, as representações dos doentes relativamente à sua capacidade para lidar com o tratamento, sendo uma situação indutora de stress que exige competências assertivas por parte dos doentes. Parece ser mais ou menos consensual que a população portadora de perturbação mental é mais vulnerável à infecção pelo HIV, pois a desorganização comportamental e a diminuição da capacidade de autocontrolo, implícitas a essas perturbações, são factores suficientes para promover um aumento do risco de infecção e de morbilidade (Treisman & Angelino, 2004; Stoff, 2004). Neste sentido, a actuação de matriz multidisciplinar parece constituir uma mais valia para promover comportamentos de adesão e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (1994), Associação de Psiquiatria Americana. Washington

Lyketsos, C., Fishman, M., Hutton, H., Cox, T., Hobbs, S., Spoler, C., Hunt, W., Driscoll, J. & Treisman, G.. (1997). The effectiveness of Psychiatric Treatment for HIV-Infected Patients. *Psychosomatics*, 38, 423-432.

Favre, J.D., Payen, A. & Pilard, M. (1987). Réactions psychologiques initiales à l'annonce d'une séro-positivité anti-HIV. *Société Médico-Psychologique*. Novembre. 230-.236.

Linard, F., Beau, P. & Silvestre, D. (1995). Psychiatrie et infections à VIH chez l'adult. *Encyclopédie Médico-Cirurgicale* (Paris)

Laureano, C. & Matos Cabeças. J (2004). Psiquiatria e Sida. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 21-39.

Wagner, G.; Kanouse, D.; Koegel, P. & Sullivan, G.. (2003). Adherence to HIV antiretroviral among persons with serious mental illness. *Aids Patient care and STD's*, Vol, 17, nº 4, 179-186.

Stoff, D. (2004) Mental Health research in HIV/aids and aging: problems and prospects. *Aids*, 18 (supply 1) 3-10.

Griffin, T.; Rabkin, L.; Ramier, P. & Williams, H. (1998). Disease severity, physical limitations and depression in HIV infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (2), 219-277.

Treisman, G.; & Angelino, A. (2004). *The Psychiatry of Aids- a guide to diagnoses and treatment*. Johns Hopkins University Press. USA

Goodkin, K., Baldewicz, T., Wilkie, F., L. & Tyll, M., D. (2001). Cognitive Motor impairment and disorder in HIV<sub>1</sub> Infection. *Psychiatry Annals*, 31, 37-48.

Vincke, J & Bolton, R. (2002). Therapy adherence and highly active antiretroviral therapy: comparison of three sources of information. *Aids Patient Care and STD's*, Vol 16, nº10, 487-495.