

1

Meu filho tem transtorno bipolar?

Mark é um adolescente que sofre de variações graves de humor, oscilando entre extrema tristeza e extrema alegria, desde a primeira infância. Durante os períodos de tristeza, Mark é irritadiço e costuma se envolver em discussões com os pais e com os professores. Ele tem dificuldade para se concentrar, sente-se cansado e passa a maior parte do tempo mal-humorado, em seu quarto. Muitas vezes, durante estes episódios de depressão, ele se sente tão infeliz que pensa em cometer suicídio.

Depois de várias semanas sentindo-se deprimido, Mark subitamente, sem aviso ou motivo aparente, torna-se exageradamente feliz por uma ou duas semanas. Durante os períodos de humor elevado ou exaltado, ele torna-se muito conversador, impulsivo e tão energético que precisa dormir apenas poucas horas por noite para se sentir descansado na manhã seguinte. Ele também se sente invencível, ao ponto de se colocar em situações perigosas, tais como dirigir imprudentemente na autoestrada. Como aproximadamente 1% dos adolescentes nos Estados Unidos (ou cerca de 400 mil jovens), Mark sofre dos típicos sintomas de transtorno bipolar ^{2,3}.

Anteriormente chamada de psicose maníaco-depressiva, bipolar (bi, significando “dois”) indica que o humor varia ou oscila entre dois pólos opostos: mania e depressão. O humor da criança é como um montanha russa, com imprevisíveis altos e baixos, ou picos e depressões. Como analogia, quando uma criança está no “polo norte”, ela experimenta um episódio de mania, ou de “alto astral”, e, no polo sul, um episódio de depressão, ou de “baixo astral”.

O transtorno bipolar é uma doença vitalícia que acomete aproximadamente 1% da população mundial de adultos de ambos os sexos, de todas as etnias e níveis econômicos.¹⁻⁵ É muito interessante que até 60% dos adultos com transtorno bipolar dizem experimentar os sinto-

Anteriormente chamada de psicose maníaco-depressiva, bipolar (bi significando “dois”) indica que o humor varia ou oscila entre dois pólos opostos: mania e depressão.

mas da doença desde a infância. Por exemplo, eles lembram-se de ter longos períodos de extrema quietude ou isolamento, com pouca concentração e baixa motivação. Outras vezes sentiam-se excessivamente ativos, sociáveis, conversadores e até mandões ou muito tolos. Mesmo assim, até há pouco tempo, muitos profissionais não acreditavam que os jovens pudessem sofrer de transtorno bipolar.

Crianças e adolescentes com transtorno bipolar com frequência são mal diagnosticados com outras condições psiquiátricas, tais como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou problemas de comportamento, ou os pais são responsabilizados pelo mau comportamento dos filhos. Entretanto, graças ao recente interesse e a pesquisa sobre o transtorno bipolar em crianças, hoje está claro que o transtorno pode afetar pessoas em qualquer idade.

O custo do transtorno bipolar

O transtorno bipolar é muito dispendioso para o indivíduo, para a família e para a sociedade em geral. Ele está entre as 10 condições mais debilitantes do mundo, mas até 40% dos adultos com transtorno bipolar – e uma porcentagem ainda maior de jovens – ficam sem tratamento. Além disso, costuma levar aproximadamente de 8 a 10 anos após os primeiros sinais de transtorno bipolar para que ele receba o diagnóstico e o tratamento adequados ²⁻³.

A recente atenção dos meios de comunicação tem ajudado pais e profissionais a saberem mais sobre o problema de crianças e adolescentes com transtorno bipolar, mas também criou algumas alarmantes ideias errôneas sobre os sintomas e o tratamento de transtorno bipolar na infância. Os pais de crianças com sérios problemas de comportamento e de humor estão levando seus filhos e filhas para serem avaliados, mas, em nossa clínica, constatamos que apenas 50% de todas as crianças e adolescentes encaminhados para avaliação realmente sofrem do transtorno. O restante das crianças têm outros transtornos psiquiátricos que se assemelham ao bipolar, tais como TDAH, transtornos de ansiedade, transtorno desafiador de oposição, transtornos de conduta, ou transtorno de Asperger (autismo leve). (Estes serão discutidos adicionalmente no Capítulo 2.)

É fundamental separar o transtorno bipolar destes outros transtornos semelhantes. Infelizmente, ainda não existem testes e/ou exames laboratoriais ou cerebrais específicos para diagnosticar o transtorno bipolar. Só podemos nos basear na observação direta do comportamento e do humor de uma criança nas visitas à clínica. Mas as observações durante uma con-

sulta são limitadas pelo tempo e pelo fato de que as crianças geralmente não mostram seus sintomas no consultório, a menos que o transtorno seja grave.

Se seu filho for erroneamente diagnosticado com transtorno bipolar, ele será tratado com medicação específica para manejo bipolar, a qual, como esperado, não vai ajudar e vai expor seu filho a desnecessários efeitos colaterais da medicação. Inversamente, se seu filho tem transtorno bipolar e não é corretamente diagnosticado, ele será tratado com medicações inadequadas e pode sofrer desnecessariamente por muitos anos. Portanto, é crucial que você esteja ciente e compreenda os sintomas e os subtipos de transtorno bipolar discutidos neste capítulo e que se familiarize com as controvérsias em torno de seu diagnóstico. Com estas informações em mãos, você está em melhores condições de trabalhar junto com os médicos para avaliar com precisão os sintomas de seu filho. Se não-tratado ou tratado inadequadamente, o transtorno bipolar pode afetar o pensamento cognitivo normal e o desenvolvimento emocional e social de uma criança, aumentando o risco de suicídio, de problemas legais e de abuso de drogas ilícitas.

O significado de clínico

A palavra *clínico*, a menos que especificado de outra forma, inclui psiquiatras infantis, psicólogos e outros profissionais de saúde mental.

Antes de discutirmos os sintomas de transtorno bipolar em crianças e adolescentes, é importante que você compreenda o fato de que a gravidade dos sintomas pode variar muito de uma criança para outra. A situação é semelhante a um caso de gripe. Se seu filho está com uma gripe fraca sem febre, ele ainda consegue correr e desfrutar normalmente

das atividades. Por outro lado, um caso grave, com febre, dores musculares e calafrios, vai manter seu filho de cama. A mesma variação de sintomas se encontra no transtorno bipolar; eles podem ser leves, moderados ou graves. A decisão sobre o tratamento depende, sobretudo, de os sintomas afetarem o desenvolvimento e o funcionamento normal da criança em casa, na escola e com os amigos.

Embora saibamos que o transtorno bipolar existe em crianças e adolescentes, existe uma controvérsia sobre o modo como os sintomas se manifestam na juventude. Vários estudos estão em andamento para esclarecer estas questões diagnósticas. Até que mais pesquisas sejam concluídas, muitos pesquisadores e clínicos acreditam que os sintomas de transtorno bipolar em jovens podem ser divididos nos grupos e nos subgrupos descritos neste capítulo e resumidos no quadro “Sintomas de Transtorno Bipolar em Crianças e Adolescentes”.

Sintomas de Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes

A seguir, apresenta-se um resumo geral de como os sintomas de transtorno bipolar podem aparecer em crianças e adolescentes:^{3,7}

- **Típico.** Crianças com períodos típicos de mania, de hipomania, de depressão, mistos (mania e depressão) e ciclagem rápida (ciclos curtos de mania e depressão).
 - **Típico, curta duração.** Crianças com sintomas bipolares típicos, mas os sintomas só ocorrem por períodos curtos de tempo.
 - **Labilidade grave do humor.** Crianças sem sintomas típicos, mas com extrema instabilidade do humor, irritabilidade, oscilações de humor, acessos de raiva, impulsividade e hiperatividade.
-

SINTOMAS TÍPICOS, OU CLÁSSICOS, DE TRANSTORNO BIPOLAR

O transtorno bipolar típico, ou clássico, se manifesta por episódios recorrentes de *mania*, de *hipomania* e *depressão*, ou por subtipos que incluem episódios *mistos* e *ciclagem rápida*. Examine atentamente as descrições destes sintomas a seguir para ajudá-lo a determinar se os sintomas de seu filho se encaixam nesta categoria “típica”.

Sintomas de mania

Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana*, quarta edição (DSM-IV), a mania é indicada pelos seguintes sintomas:

- Humor elevado, expansivo, eufórico ou irritável *persistente* por pelo menos uma semana, acompanhado de ao menos três (quatro, se o humor for irritável) dos seguintes sintomas:
 - Autoestima ou grandiosidade infladas
 - Diminuída necessidade de sono
 - Tendência a conversar
 - Aceleração dos pensamentos
 - Distratibilidade
 - Aumento da atividade ou agitação
 - Comportamentos insolentes
 - Estes sintomas prejudicam o funcionamento acadêmico, social ou familiar da criança.
 - Estes sintomas não se devem a outras condições médicas ou psiquiátricas.¹
-

Episódios de mania

Os sintomas de mania incluem humor elevado, expansivo, eufórico ou irritadiço persistente por pelo menos uma semana e por pelo menos três (ou quatro, se o humor for irritadiço) dos seguintes sintomas: (1) autoestima inflada ou grandiosidade, (2) reduzida necessidade de sono, (3) excessivamente falante, (4) pensamentos acelerados, (5) distratibilidade, (6) aumento da atividade ou agitação e (7) comportamentos insolentes. *Estes sintomas são graves o suficiente para prejudicar o funcionamento acadêmico, social ou familiar.*¹ (Os sintomas de mania estão resumidos no quadro “Sintomas de Mania”).

Os episódios de mania, que se distinguem pelos altos níveis de energia, vão afetar o humor (sentimentos), a cognição (pensamento), o comportamento e algumas funções biológicas (sono, apetite, impulso sexual) de seu filho e prejudicam seu funcionamento e desenvolvimento normais.

Mania: humor

Durante períodos de mania, o humor de seus filho estará elevado ou muito irritadiço. Ele pode ficar muito tolo, bobo, corajoso e excessivamente alegre. Evidentemente, é normal que as crianças e os adolescentes fiquem tolos ou alegres de vez em quando. Todo mundo fica emocionado ao ouvir uma boa notícia, receber um prêmio, ir a uma festa, sair de férias ou compartilhar de um evento especial com um grupo de amigos. Entretanto, no caso da mania, o entusiasmo ou humor exaltado está muito além do que se espera para a idade da criança e é desproporcional ao que está acontecendo.

A alegria extrema ou humor elevado é chamado de *euforia* ou *elação* (*exaltação*). A euforia é muito perceptível, mesmo pelos amigos da criança. Um amigo de uma criança eufórica pode perguntar se ela está drogada. Na euforia, as crianças também podem se sentir no topo do mundo, com elevada autoestima e excessiva confiança. Elas podem achar que nada de ruim

Os episódios de mania, que se distinguem pelos altos níveis de energia, vão afetar o humor (sentimentos), a cognição (pensamento), o comportamento e algumas funções biológicas (sono, apetite, impulso sexual) de seu filho e prejudicam seu funcionamento e desenvolvimento normais.

pode acontecer com elas, que são melhores do que os outros e, com frequência, apresentam-se muito mandonas. Estas crianças podem rir persistentemente em aula ou tornar-se muito brincalhonas em momentos inadequados. Inicialmente, suas risadas podem parecer divertidas aos outros, mas depois de um tempo este comportamento torna-se irritante. A criança eufórica está fora de controle e não consegue parar de falar, de rir e de agir.

Durante um episódio maníaco, *irritabilidade e falta de paciência* (“pavio curto”) também são sintomáticos, principalmente quando a criança se sente incompreendida (se é interrompida ou se se sente frustrada). Nestes casos, seu filho pode tornar-se verbal ou fisicamente agressivo e apresentar intensos acessos de raiva.

Larry é uma criança de 10 anos que tem episódios de mania. Ele começa a rir sem nenhum motivo aparente, fazendo piadas em momentos inadequados na escola, e está sempre fazendo gracinhas com a família e os amigos. Larry frequentemente fala em sentir-se “super ótimo”. Ele perturba as pessoas e está sempre interrompendo. Quando se pede para que fique quieto, ele fica irritado, xinga e muitas vezes se envolve em brigas de soco.

Outro exemplo de mania na infância é o caso de Rachel, de 12 anos. Quando fica eufórica, ela fica muito “palhaça”. Embora seja naturalmente sociável, ela ri descontroladamente e faz piadas sexuais durante a aula. No *shopping*, com os amigos, ela fica ainda mais excitável, fazendo ruídos inapropriados e falando muito alto. Suas amigas foram as primeiras a notar estas alterações no humor de Rachel, pois ela não conseguia se controlar quando elas pediam para ela ficar quieta.

Mania: cognição (pensamento)

Uma vez que o estado de alta energia produzido por um episódio maníaco afeta todas as funções psicológicas, a mente funciona ou opera muito rápido. Tantos pensamentos podem vir à cabeça de seu filho ao mesmo tempo que ele ou ela torna-se incapaz de pensar ou de expressar suas ideias claramente. Crianças maníacas pulam de um assunto para o outro, o que se conhece como “*fuga de ideias*”. Os assuntos podem ter ligação, mas raramente têm, de fato, alguma relação.

Durante os períodos de mania, é impossível para seu filho completar uma sequência de pensamentos, porque ele se distrai com muita facilidade. Uma criança maníaca pode mudar de assunto rapidamente ou ter ideias que são irrealistas e/ou impraticáveis. Ou talvez o episódio maníaco seja tão intenso que as ideias da criança tornam-se desorganizadas.

Por exemplo, ao falar sobre suas férias, Mary, de 16 anos, respondia muito rápido e não terminava as frases: Fui nadar. As ondas estavam... Adoro a... Foi delicioso dançar na boate, mas o aeroporto tão... A música era legal”. A princípio, embora ela falasse rápido e em fragmentos, todas as questões referiam-se a suas férias. Contudo, a mania piorou; uns segundos depois ela passou a falar sobre a escola e sobre o tempo, depois sobre um programa de televisão, a gravata do médico e sua relação com o namorado.

Durante os períodos de mania ou de hipomania, as crianças também podem ser muito criativas, inventar algo novo, escrever poemas, fazer uma pintura ou uma música. Como será discutido no Capítulo 3, muitas pessoas

com transtorno bipolar são grandes artistas e inventores. Por exemplo, quando Suzanne, de 13 anos, começa a ter sintomas maníacos, ela consegue fazer todos os deveres de casa em poucos dias. Ela escreve lindos poemas e pinta quadros excelentes. De modo semelhante, John é capaz de montar belos carros e aviões em miniatura quando está ligeiramente maníaco. Infelizmente, quando os sintomas de mania ou de hipomania pioram, o funcionamento da criança se deteriora. Por exemplo, quando Suzanne torna-se mais maníaca, ela não consegue se concentrar em nada mais do que por alguns minutos. Seus escritos tornam-se desorganizados e ilegíveis e não fazem sentido. A criatividade de John também é afetada pelo agravamento dos sintomas; ele então junta as peças incorretamente e, por fim, destrói ou abandona totalmente o modelo.

Durante os períodos de mania ou de hipomania, as crianças também podem ser muito criativas, inventar algo novo, escrever poemas, fazer uma pintura ou compor uma música.

Durante a mania, crianças e os adolescentes têm fraco juízo crítico. Esta deficiência, aliada a sua impulsividade, pode ter consequências desastrosas. Elas podem fazer coisas inadequadas e até vir a infringir a lei. Algumas envolvem-se em assaltos, em vandalismo ou em maus negócios. Outras tornam-se irresponsáveis no manejo do dinheiro. Este sintoma é ilustrado pelos seguintes

casos: os parentes de Harry lhe deram US\$ 200 para sua formatura escolar; ele gastou tudo em apenas 30 minutos, comprando balas. Jamal, um menino de 16 anos, roubou dois carros e os destruiu sem sequer pensar nas consequências de seus atos. Maria, de 17 anos, que economizava dinheiro há anos, gastou todas as suas economias em vários tipos de instrumentos musicais que não sabia tocar. Allen, de 16 anos, comprou seis pares de sapatos de estilista, os quais não eram todos de seu tamanho.

Durante um período maníaco, seu filho pode ter autoestima aumentada e crenças irrealistas em suas capacidades, a ponto de sentir-se invencível. Estas crianças podem ousar fazer coisas que normalmente não cogitariam fazer. Elas costumam achar que nada de mal pode lhes acontecer. Elas podem atravessar a rua sem cuidar dos carros, pular da sacada de um apartamento de um edifício, dirigir um carro em velocidade máxima, ou fazer manobras perigosas em skates ou bicicletas. Sam, por exemplo, sentia-se muito “alto” e confiante em aula. Ele não estava gostando de como a professora estava explicando a gravidade. Ele então levantou-se e começou a “explicar” a teoria de Einstein para seus amigos. Outro aluno, Mike, foi falar com o diretor da escola sobre demitir o professor de ciências porque este o interrompera durante a aula. A impulsividade e a falta de juízo crítico de Kathy levou-a a gastar seu último centavo em uma passagem aérea para Pa-

ris e depois a voltar no mesmo dia, quando decidiu que Paris era “fria demais”.

Em casos graves, crianças e adolescentes podem se tornar *delirantes* (manter falsas crenças ou ideias que não são compartilhadas por seus parentes ou comunidade e que são muito difíceis ou impossíveis de mudar mesmo com argumentos). Em alguns casos, classificamos estas crianças como portadoras de um *episódio maníaco com características psicóticas*. Os delírios mais comuns durante o período maníaco são *delírios* ou *ideações grandiosas* (uma crença exagerada ou irrealista de que a pessoa é muito importante, tem poderes especiais ou tem uma determinada missão) ou *ideações paranoides*. Por exemplo, durante uma fase maníaca, Pedro, de 15 anos, desenvolveu ideações de grandeza e achava que era um Messias. Ele interpretava mal as observações dos outros e o modo como as pessoas olhavam para ele. Pedro acreditava que as pessoas o olhavam com admiração porque elas “sabiam” que ele era o Messias. Ele dizia, “Todos olham para mim porque sabem que eu sou sua salvação. Está vendo aquele cara acenando com a cabeça? Claro que sim! Ele está aprovando o que eu estou dizendo a você”. Quando as pessoas olhavam para ele, Pedro ficava mais desconfiado e achava que elas estavam atrás dele. À noite, ele não dormia porque programou o despertador para tocar a cada 30 minutos para alertá-lo para examinar o céu “em busca de um sinal divino” ou verificar se havia gente esperando ali fora para vê-lo.

A mania com características psicóticas também pode ser diagnosticada quando uma criança está sofrendo *alucinações*. A criança é capaz de ver, de ouvir e, às vezes, de sentir odores ou sabores ou de sentir coisas que os outros não sentem. Nora “ouvia” a voz de uma senhora dia e noite dizendo-lhe que ela seria a pessoa mais importante do mundo. Josh, de 16 anos, “ouvia” e “via” um homem que lhe dizia que ele podia pegar todos os objetos de uma loja que quisesse, porque ele era o proprietário.

Delírios versus medos normais

É importante diferenciar delírios de medos normais e de fantasias ou imaginação normais, principalmente em crianças pequenas.

Mania: comportamento

O alto nível de energia experimentado durante um episódio de mania aumenta o nível de atividade de uma criança. Seu filho pode ficar muito agitado e incapaz de sentar-se quieto, caminhando ou correndo pelo ambiente. Durante um estado maníaco, John não consegue sentar-se quieto

por um minuto; ele não pode frequentar a escola, a igreja ou restaurantes porque corre, mexe em tudo e perturba os outros. Dave fica pulando sobre a cama até às 2 ou 3 horas da madrugada e fica longos períodos cantando. Alison parece não se cansar jamais; ela é muito ativa, telefona para os amigos tarde da noite, e limpa repetidamente a casa dos pais para se manter ocupada. Quando Allen fica maníaco, ele passa horas limpando seu quarto e depois limpa a cozinha, a garagem e o quarto dos pais. Durante episódios maníacos, as crianças também podem tornar-se muito falantes e meterem-se em encrencas porque não conseguem parar de falar na escola ou em outros lugares onde é preciso ter decoro, tais como igrejas ou templos.

Mania: funções biológicas

Durante um episódio maníaco, o nível de energia é tão alto que a *necessidade de sono de seu filho diminui drasticamente*. Quando Ed, de 9 anos, está em um episódio maníaco, ele só precisa de uma ou duas horas de sono por noite. Ele assiste a vídeos e joga no computador, toma banho de madrugada e telefona para os amigos às 2 horas da manhã. Quando se acorda no dia seguinte, ele diz que não se sente cansado. Ele corre, fala rápido e tem muitas ideias sobre como seu time favorito devia jogar.

Durante um episódio maníaco, o apetite pode aumentar ou diminuir, mas às vezes a criança torna-se tão hiperativa que ela não parece ter tempo para sentar-se e comer. As crianças e os adolescentes também são propensos à *hipersexualidade* sem história pregressa de abuso sexual ou de exposição a filmes pornográficos. Enquanto estava em um episódio maníaco, Cori, de 16 anos, praticou sexo inseguro com múltiplos parceiros, alguns dos quais eram colegas de escola, e com outras pessoas que ela nem conhecia. Mary comportou-se de modo semelhante e sabia que seu comportamento estava errado, mas ela não tinha controle sobre si mesma. Quando sua fase maníaca tinha acabado, Mary sentiu profunda culpa e vergonha. Tornou-se suicida e abandonou os estudos.

Outro exemplo é John, de 14 anos, que começou a fazer comentários sexuais persistentes a sua irmã e às vezes tocava suas nádegas e seios. Ed frequentemente “roça” as pernas dos outros durante um período maníaco como se fosse um cão. Outro menino de 15 anos se masturba na sala de casa, mesmo na companhia dos pais. Às vezes quando maníaco, ele toca a mãe e as irmãs de maneira imprópria. Depois que o episódio maníaco recua, estes meninos sentem vergonha de seu comportamento.

Episódios de hipomania

A hipomania tem sintomas semelhantes aos descritos para a mania, porém menos intensos. A hipomania afeta o funcionamento de seu filho menos extensamente do que um episódio maníaco. Na verdade, às vezes os sin-

tomas hipomaníacos podem até aumentar a capacidade de funcionar, porque o indivíduo hipomaníaco tem mais capacidade de se concentrar, com frequência trabalha com mais afinco e é mais criativo, extrovertido e social.

Por exemplo, quando Helene está hipomaníaca, ela é divertida e gregária, funciona com pouco sono e tem alto desempenho na escola. Normalmente tímida, quando hipomaníaca, ela é extrovertida e gosta de ser o centro das atenções. Nestas ocasiões, ela também é mais criativa e energética. Seus amigos notam a mudança e questionam-na sobre uso de drogas. Nas aulas, ela às vezes balbucia sem parar, ri demais e mete-se em encrencas, mas ela não deixa de funcionar e não precisa ser retirada da sala.

Em contraste com a mania, a depressão maior se manifesta por baixos níveis de energia, que permeiam o humor (sentimentos), a cognição (pensamento), os comportamentos e as funções biológicas (sono, apetite e impulso sexual) de seu filho.

Episódios de Depressão Maior

Em contraste com a mania, a depressão maior se manifesta por baixos níveis de energia que permeiam o humor (sentimentos), a cognição (pensamento), os comportamentos e as funções biológicas (sono, apetite e impulso sexual) de seu filho. Os sintomas de depressão maior estão resumidos no quadro “Sintomas de Depressão Maior”).

Depressão: humor

Durante as fases de depressão, as crianças bipolares são *tristes e/ou muito irritadiças*. Elas não sentem prazer (ou sentem muito menos prazer) com as atividades das quais costumam gostar, tais como dançar, praticar esportes e ler. Elas podem não se queixar por se sentirem tristes, mas podem ficar resmungonas, chorosas e sempre se queixando sobre estarem aborrecidas. A motivação para fazer coisas, principalmente aquelas que exigem algum esforço ou atenção sustentada (tais como o dever de casa) encontra-se diminuída, ou ausente. Por exemplo, Ryan, um menino de 10 anos, nega estar deprimido, mas não desfruta das atividades que antes adorava e se aborrece facilmente. Ele tem pouca tolerância à frustração e tem violentas e recorrentes explosões de raiva. Estes acessos de raiva geralmente são provocados por problemas triviais, mas também podem ocorrer sem motivo aparente. Durante a fase de depressão, seu filho pode sentir altos níveis de ansiedade ou uma exacerbação de problemas de ansiedade anteriores, tais como dificuldade de separar-se dos pais, timidez extrema e episódios de ansiedade aguda ou ataques de pânico (súbitas palpitações, falta de ar, pressão no peito, dor abdominal, dor de cabeça e tremor). Além disso, seu filho pode experimentar sentimentos exagerados de culpa por pequenas falhas.

Jessica é uma aluna excelente e bem-comportada de uma escola particular. Quando está deprimida, acha que está desperdiçando o dinheiro dos pais, por ser uma “má” aluna que se comporta mal. Quando Kathy, de 12 anos, estava deprimida, acreditava que sua depressão era um castigo de Deus, porque ela tinha “maus pensamentos”. Certa vez queimou as mãos porque tocou um menino e sentiu-se muito culpada.

Sintomas de Depressão Maior

O *DSM-IV* afirma que a depressão maior se caracteriza (ou se manifesta) pelos seguintes sintomas:

- Pelo menos cinco dos seguintes sintomas ocorreram na mesma época por um período de, pelo menos, duas semanas. Um dos sintomas precisa ser (1) depressão ou irritabilidade ou (2) falta de prazer, de interesse ou de satisfação.
 - Humor deprimido ou irritável *na maior parte do tempo*
 - Diminuição do prazer, do interesse ou da satisfação
 - Insônia ou sono excessivo (hipersônia)
 - Falta ou aumento do apetite quase todos os dias; mudança de peso.
 - Lentidão dos movimentos/fala ou agitação
 - Má concentração, reduzida capacidade de pensar, indecisão
 - Falta de energia ou cansaço
 - Sentimentos de falta de valor ou sentimentos exagerados de culpa
 - Desejos de morte, pensamentos ou comportamentos suicidas
 - Os sintomas ocorrem na maior parte do tempo e quase todos os dias.
 - Estes sintomas precisam prejudicar o funcionamento social, familiar e/ou acadêmico da criança.
 - Estes sintomas *não se devem* a outras condições psiquiátricas e médicas.¹
-

Depressão: cognição

A depressão costuma afetar o modo como uma criança pensa. A mente de seu filho pode parecer estar funcionando em câmera lenta. É difícil ser criativo ou realizar qualquer tarefa que exija concentração. *Os pensamentos são tingidos pelo humor deprimido*, e a criança muitas vezes se sente desesperançada, negativa e pessimista em relação à vida. Durante o período depressivo do transtorno bipolar, as crianças podem ter pensamentos negativos sobre si mesmas, sobre seu passado, presente e futuro e perder a confiança em sua capacidade de desempenho. Elas podem achar que não são boas em nada e que devem ter falhado. Inversamente, as qualidades positivas podem ser negadas e os aspectos negativos de sua personalidade ou de seu corpo podem ser exagerados (p. ex., “eu sou muito feia, gorda, chata”).

Depressão sazonal

As vezes, os sintomas de depressão aparecem sobretudo durante o outono, o inverno ou o início da primavera. Estas depressões são denominadas *depressões sazonais* e podem responder a tratamento específico, tal como fototerapia (como explicada no Capítulo 6).

A criança pode tornar-se tão desesperançada que perde a motivação para viver e torna-se suicida. Em casos graves, a criança pode até tentar o suicídio. (Ver Capítulos 3 e 10 para mais informações sobre suicídio.) As crianças podem apresentar comportamentos de automutilação, tais como cortar-se e arranhar-se, e também ideias agressivas (ferir outras pessoas, ter pensamentos homicidas). Tais ideias e ações podem ser levadas a cabo ou não.

Melissa, de 13 anos, apresentou sintomas de transtorno bipolar pela primeira vez aos 8 anos. Atualmente seus sintomas maníacos estão controlados com a medicação, mas seus períodos de depressão continuam. Durante estes períodos, ela não consegue se concentrar, sua motivação é fraca e suas notas na escola diminuem drasticamente. Tomada de desesperança, ela perde toda a vontade de viver. Em múltiplas ocasiões ela tentou cortar os pulsos. Os pais de Suzanne a encontraram procurando a arma do pai para se matar. Mesmo crianças pequenas podem experimentar pensamentos suicidas e tentar realizá-los.

Um menino deprimido de 6 anos tentou cometer suicídio várias vezes prendendo a respiração e mergulhando a cabeça em uma banheira cheia de água. Um menino de 8 anos queria morrer e parou de comer e beber por “dois dias e duas noites”. Apesar de seriamente quererem morrer, essas duas crianças felizmente não encontraram um método eficaz para cometer suicídio devido a seu nível cognitivo imaturo. Entretanto, estas tentativas de suicídio devem ser levadas a sério.

Crianças que sofrem de depressão podem ter múltiplas *queixas somáticas*, tais como dores de barriga e dores de cabeça. Elas não mentem em relação a essas dores; elas realmente as sentem. Os pais geralmente levam essas crianças ao pediatra, mas o médico muitas vezes não encontra nada de errado fisicamente.

Em outras ocasiões, especialmente durante um episódio depressivo grave, as crianças podem ter *delírios* (falsas crenças) e/ou *alucinações*. Elas podem acreditar que cometeram um pecado ou que todo mundo quer pegá-las porque elas são muito más. Elas podem “ouvir” vozes que lhes dizem o quanto são más ou para ferir os outros ou a si próprias. Por exemplo, Janiki, durante um episódio depressivo aos 11 anos de idade, frequentemente pensava que via o diabo. Este lhe dizia que ela era “má” e que merecia ser castigada. Ela ficava muito assustada e evitava dormir ou ficar sozinha em seu quarto. Recusava-se a ir à escola porque lá não teria os pais para protegê-la.

Quando a depressão melhorava, as alucinações desapareciam, e Janiki voltava à vida normal. Outra criança, Ed, quando está deprimido, ouve vozes que lhe dizem que ele é irritante e que deve morrer.

Depressão: comportamento

Durante a fase depressiva do transtorno bipolar, seu filho pode mostrar-se cansado, quieto e lento e, em casos graves, preferir ficar na cama. Mike, um adolescente de 16 anos com transtorno bipolar, ficou muito deprimido depois

Especialmente durante um episódio depressivo grave, as crianças podem ter delírios (falsas crenças) e/ou alucinações.

de um episódio grave de mania. Ele se sentia cansado e lento, e permaneceu na cama a maior parte do dia por duas semanas. Recusava-se a ir à escola ou a conversar com os amigos. A criança deprimida pode se isolar dos amigos, abandonar atividades, parar de cuidar da higiene pessoal, falar devagar ou recusar-se totalmente a falar e, às vezes,

ser verbal ou fisicamente agressiva. Quando Martha, de 17 anos, entra em um de seus períodos depressivos, ela não atende o telefone, recusa todos os passeios com os amigos e não come na mesma peça que a família. Ela passa a maior parte do tempo sozinha, em seu quarto. Não acende a luz, não penteia o cabelo nem escova os dentes e raramente toma banho. Quando seus pais tentam intervir, Martha age inadequadamente, tornando-se muito agressiva. Ela grita, xinga e quebra coisas.

Às vezes, crianças deprimidas tornam-se excessivamente agitadas; andam de um lado para o outro e são incapazes de sentar-se quietas. Quando Therese, de 16 anos, fica deprimida, ela anda de um lado para o outro, não consegue ficar deitada na cama ou sentar-se quieta na escola. Quando a depressão dela é grave, ela grita e às vezes fica violenta, exigindo hospitalização.

Depressão: funções biológicas

Durante uma crise de depressão, as funções corporais, tais como padrões de sono, apetite e impulso sexual, podem ficar alteradas.

Quando seu filho tem o sintoma de depressão, ele pode sofrer de *insônia*: ter dificuldade para adormecer, despertar várias vezes durante a noite, acordar-se muito cedo pela manhã. Os horários de sono também podem mudar; seu filho pode tornar-se uma “coruja” e dormir durante o dia. (Tais mudanças nos padrões de sono às vezes são difíceis de diagnosticar porque os adolescentes geralmente não têm hábitos regulares de sono.) Quando deprimidas, algumas crianças podem sofrer de *hipersonia*, ou sentir sono demais durante o dia ou noite, em vez de menos sono. Uma menina de 14 anos ficou tão deprimida que dormiu de 12 a 14 horas por dia durante duas

semanas consecutivas. Em contraste, outra criança, Ashley, deitava-se às 23 horas, não conseguia dormir até a 1 da madrugada e despertava espontaneamente às 5 horas da manhã. Ela tentava adormecer novamente, mas não conseguia.

O apetite também pode aumentar ou diminuir durante períodos de depressão. John perdeu mais de quatro quilos em seis semanas, enquanto estava deprimido. Em contraste, quando Sheri estava deprimida, ganhou quase 7 quilos em sete semanas, pois se empanturrava de doces e sorvetes. Algumas crianças também sentem “fissura” por carboidratos.

O desejo sexual (ou prazer sexual) geralmente diminui durante a depressão. Isso pode somar-se ao sentimento de inadequação e de baixa autoestima encontrado em pessoas com depressão.

SUBTIPOS DE TRANSTORNO BIPOLAR

Os sintomas de mania, de hipomania e de depressão podem aparecer em diferentes combinações. Por exemplo, uma criança pode ter um período de mania seguido de depressão, de hipomania seguida de depressão, ou de mania e depressão ao mesmo tempo (chamado de *episódios mistos*). Ou, uma criança pode ter episódios frequentes de mania e de depressão (o que se chama de *ciclagem rápida*). Esta seção deste capítulo (resumida no quadro “Subtipos de Transtorno Bipolar Típico”) vai explicar vários subtipos de transtorno bipolar clássico, caracterizados pela intensidade, pela qualidade e pela duração dos sintomas maníacos e depressivos. É importante que você tenha essas informações porque vai ouvir profissionais de saúde mental discutindo sobre estes tipos de transtorno bipolar e sobre as diferenças de tratamento. Por exemplo, sabemos que é mais difícil tratar episódios mistos ou de ciclagem rápida e que estes subtipos podem responder melhor a determinados tipos de estabilizadores de humor do que a outros.

Transtorno Bipolar do Tipo I

O tipo Bipolar I se manifesta por típicos períodos de mania e de depressão maior (ver Figura 1.1). Mas a frequência e a intensidade dos períodos de mania e de depressão variam entre as pessoas e são difíceis de rastrear. Por exemplo, uma criança pode ter um período de depressão seguido de um episódio de mania, ou de depressão seguida por um longo período de humor normal e depois de mania, ou de vários períodos de depressão e raramente de mania, ou de vários episódios maníacos seguidos de um longo período de humor normal, ou de muitas outras combinações.

Tanisha, uma garota de 12 anos que foi encaminhada a nossa clínica para a avaliação de suas variações de humor, escreveu a seguinte carta para descrever seus problemas: “Existem dias em que me sinto cansada. Passo o

Subtipos de Transtorno Bipolar Típico²

- **Bipolar I:** períodos de mania e de depressão maior
- **Bipolar II:** períodos de hipomania e de depressão maior
- **Bipolar Misto:** sintomas simultâneos de mania e de depressão
- **Ciclagem rápida bipolar:** muitos períodos de mania e de depressão por ano (segundo a Associação Psiquiátrica Americana, ao menos quatro episódios bipolares por ano)
- **Bipolar com características psicóticas:** sintomas de humor juntamente com alucinações ou com delírios (crenças falsas)
- **Transtorno Ciclotímico:** períodos de hipomania e de depressão leve

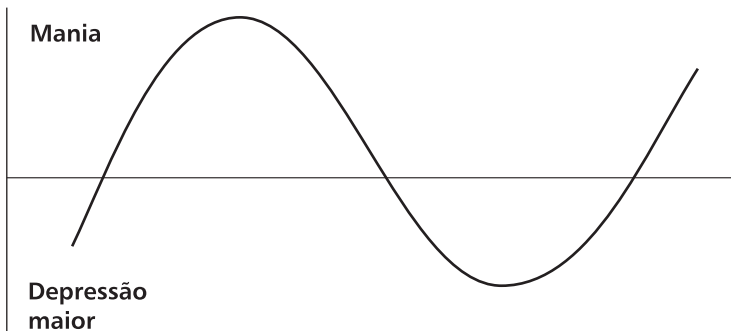


Figura 1.1 - Transtorno Bipolar Tipo 1

tempo todo vendo TV ou deitada, como um bebezinho. Sinto-me muito sozinha. Quero ser abraçada, mas quando meus pais se aproximam, viro um jacaré e os mordo. É estranho que eu queira ser cuidada, mas eu me enfureço facilmente com eles. Existem dias que sou o contrário. Sinto-me como uma borboleta. Eu voou solta, falo demais, rio e me meto em encrencas na escola porque não consigo ficar sentada e incomodo meus amigos.” Tanisha estava descrevendo sintomas de depressão (baixa energia, cansaço, isolamento, irritabilidade) e períodos de mania (humor elevado, alta energia, loquacidade). Quando foi tratada com medicação para estabilizar seu humor, os “períodos de bebezinho/jacaré e de borboleta” desapareceram.

George é um rapaz de 15 anos que começou a sofrer períodos de depressão, de irritabilidade grave e acessos de raiva aos 7 anos. Tais períodos ocorriam a cada 7 a 8 meses e afetavam sua relação com a família, os amigos e os professores. Seu desempenho acadêmico também foi afetado. Aos 12 anos, ele começou a pensar seriamente em se matar com o revólver da mãe e precisou ser hospitalizado. Em sua estadia no hospital, ele estava

muito quieto. Sentimentos de desesperança, transtornos do sono e a incapacidade de se concentrar por longos períodos de tempo isolavam George dos outros pacientes. Contudo, ele respondeu bem à terapia antidepressiva e, quatro semanas depois, recebeu alta. Seis meses depois, George começou a se sentir deprimido novamente, mas, desta vez, manifestou sintomas de mania. A agitação causou padrões de fala acelerada e pensamentos grandiosos. Ele se sentia invencível. Começou a participar de pequenos roubos, furtando pequenos itens no supermercado local. Também se sentia superior a seus amigos. Quando ele chegou a apenas três horas de sono por noite, foi readmitido no hospital e tratado com lítio. Embora ele tenha respondido bem ao lítio, parou a medicação seis meses depois e sofreu outro episódio maníaco. George tem sintomas típicos de transtorno bipolar do tipo I, mas é importante assinalar que os sintomas de seu filho podem variar de gravidade e de duração.

Transtorno Bipolar do Tipo II

O transtorno bipolar II se caracteriza por períodos de depressão maior e por episódios de hipomania (ver Figura 1.2). Lembre-se, os sintomas de hipomania são semelhantes àqueles descritos para mania, mas são menos intensos. No caso de Helene, seus períodos hipomaniacos geralmente duram de 4 a 5 dias e ocorrem mês sim, mês não. No resto do tempo, o humor de Helene é estável, mas uma ou duas vezes ao ano, principalmente durante o inverno, quando os dias são curtos, ela desenvolve de-

É comum sentir-se bem quando hipomaniaco e recusar o tratamento, mas episódios hipomaniacos não devem ser ignorados porque podem levar à plena mania.

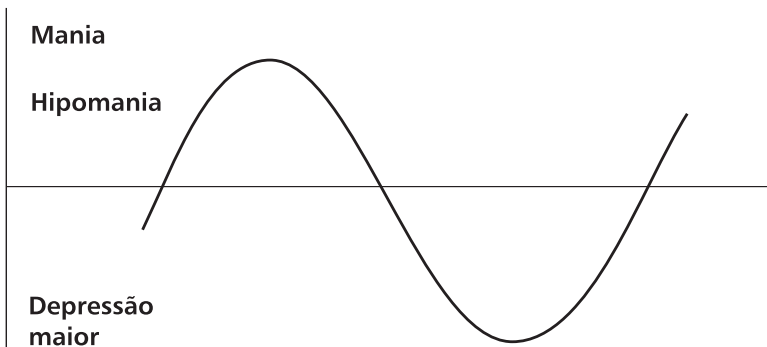


Figura 1.2 - Transtorno Bipolar II

pressão maior. Ela se sente muito triste, chora com frequência, come sem controle e dorme muito.

É comum sentir-se ótimo quando hipomaniaco e recusar o tratamento, mas episódios hipomaniacos não devem ser ignorados, porque podem levar à plena mania. Entre adultos, cerca de 20% dos pacientes com hipomania vêm a desenvolver mania.^{3,4} Ainda que pareça que pessoas jovens passem da hipomania para a mania com mais facilidade, tal especulação não pode ser confirmada até que estudos adicionais sejam realizados. Após qualquer episódio de hipomania existe o risco de se ficar deprimido.

Uma criança pode ter qualquer combinação ou frequência de episódios hipomaniacos e depressivos. Por exemplo, crianças e adolescentes podem ter dois episódios hipomaniacos seguidos, depois um período prolongado de humor normal, seguido por um episódio depressivo. Outra pessoa pode ter períodos mais frequentes de hipomania e de depressões. A duração e a gravidade dos episódios também variam muito em cada criança.

Transtorno Bipolar do Tipo Misto

O tipo bipolar misto se manifesta por uma mistura de sintomas depressivos e maníacos (ver Figura 1.3). A pessoa experimenta sintomas maníacos e, ao mesmo tempo, pode se sentir infeliz, confusa, ansiosa e suicida. Durante estes episódios mistos, Liz parecia feliz e agitada e às vezes ria demais. Entretanto, sua depressão era interna, e ela tinha pensamentos suicidas e sentia-se confusa. Este subtipo de transtorno bipolar costuma ocorrer em crianças e adolescentes. Infelizmente, episódios mistos são difíceis de tratar (como explicado no Capítulo 8).

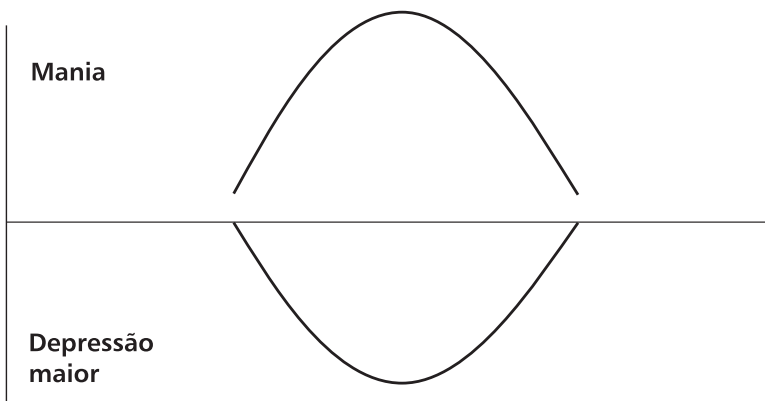


Figura 1.3 – Transtorno Bipolar – Tipo Misto

Transtorno Bipolar do Tipo Ciclagem Rápida

Crianças e adolescentes com ciclagem rápida passam por muitos ciclos de depressão ou de mania durante o ano (ver Figura 1.4). Segundo a American Psychiatric Association², para ser classificado como ciclador rápido, uma pessoa precisa ter ao menos quatro episódios de depressão ou de mania no espaço de um ano, mas crianças e adolescentes parecem “ciclar” com mais frequência dentro do mesmo padrão temporal de um ano.^{3,6,7} Semelhante ao subtipo misto, é difícil diagnosticar, tratar e prevenir este subtipo de transtorno bipolar.

Kenneth é uma criança de 8 anos com episódios de depressão que duram sete dias, alternados aceleradamente com períodos de mania por 4 a 6 dias. Seus pais descrevem estas variações de humor como uma “montanha russa” rápida que constantemente interfere em sua capacidade de fazer amigos e estudar. Durante um episódio maníaco, ele torna-se muito “intenso” (conversador, hiperativo e excessivamente controlador). Ele não consegue seguir as regras de qualquer jogo. Quando deprimido, fica irritado e agressivo, não frequenta a escola regularmente, e seus pais não podem deixá-lo acampar com outros meninos e meninas por uma noite. Tampouco podem levá-lo à missa ou a restaurantes, porque ele se comporta mal e torna-se desrespeitoso.

Outra criança, Steven, tem ciclos de humor rápido a cada 24 horas. Durante esses períodos, ele apresenta aceleração da fala e dos pensamentos, inquietação, alta atividade e ligeira bobice. Ele tem explosões de raiva breves (mas assustadoras), e os menores problemas são capazes de provocar nele acessos de choro. Depois destes períodos, seu humor volta ao nor-

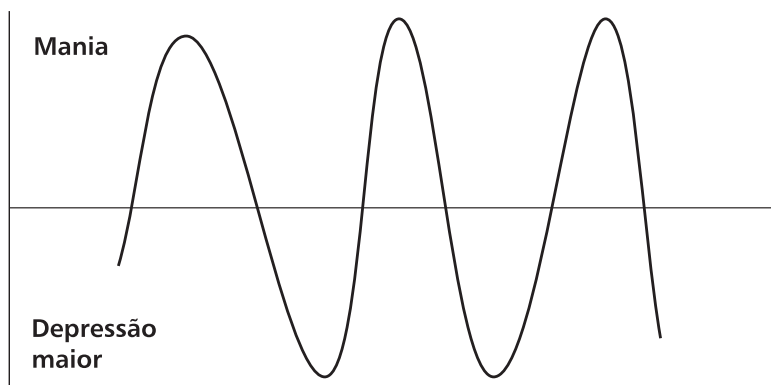


Figura 1.4 – Transtorno Bipolar – Ciclagem Rápida

mal, ou ele tem crises desencadeadas por pequenas frustrações, tais como ser incapaz de realizar uma manobra no skate ou encontrar o jogo que quer jogar. Após o tratamento com estabilizadores do humor, Steven parou de ter múltiplos ciclos em um período de 24 horas, mas continuou experimentando depressão ou mania leve duas ou três vezes ao ano. Kenneth e Steven tem típicos sintomas de crianças com ciclagem rápida, mas a frequência dos ciclos e a intensidade dos sintomas podem mudar de uma criança para outra. Portanto, é importante observar cuidadosamente os sintomas de seu filho, pois os ciclos podem ser tão rápidos que facilmente passam despercebidos.

Transtorno Bipolar com Características Psicóticas

Algumas crianças e adolescentes podem experimentar sintomas psicóticos, como alucinações (vozes que só eles ouvem) ou delírios (pensamentos falsos como “as pessoas querem me pegar”), enquanto estão em um estado deprimido ou maníaco. Quando deprimida, Danielle torna-se extremamente ansiosa, não consegue ficar sozinha, não come e fica constipada. Ela acredita-se uma pecadora e vê e ouve o diabo dizendo-lhe que ela é má. Inversamente, quando está maníaca, ela dança pela sala, sente-se muito energética, quer salvar o mundo e “vê e ouve” sua falecida bisavó dizendo-lhe o quanto ela é importante.

A experiência de psicose é muito assustadora para qualquer pessoa, principalmente crianças. Felizmente, a maioria dos jovens com transtorno bipolar não experimenta estes sintomas.

Transtorno Ciclotímico

Este tipo de transtorno bipolar se caracteriza por períodos de hipomania e por sintomas leves de depressão maior (ver Figura 1.5). Para diagnos-

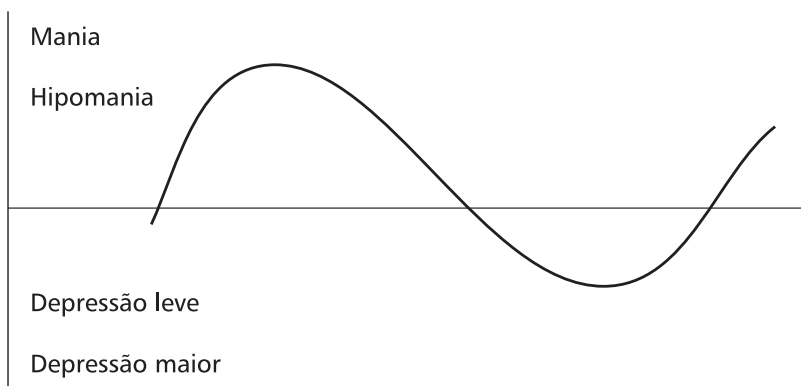


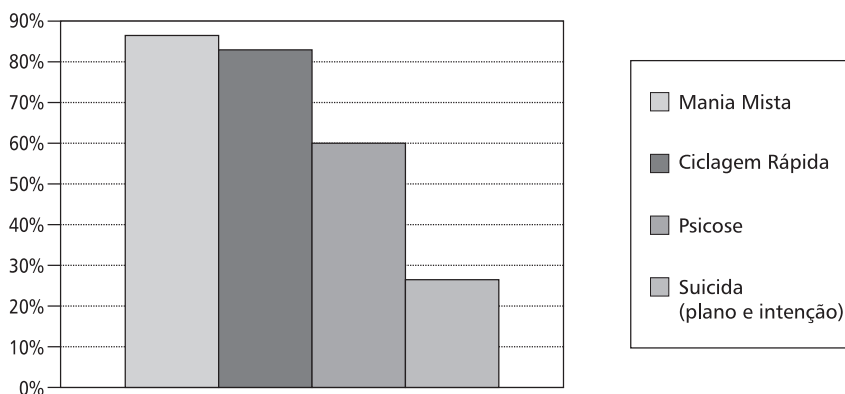
Figura 1.5 – Transtorno Ciclotímico

ticar esta condição, crianças e adolescentes precisam ter tido os sintomas por pelo menos um ano, e os sintomas não podem ser explicados por outro transtorno psiquiátrico ou problema de saúde. Embora os sintomas sejam suaves, eles podem interferir no funcionamento da criança.

Francine tem episódios periódicos nos quais se sente deprimida, preguiçosa e levemente irritada. Tem pouca tolerância à frustração e carece de motivação para socializar com os amigos. Ela tem bom desempenho na escola, mas precisa forçar-se a estudar. Períodos de leve depressão se alternam com períodos de alta energia nos quais ela se sente ativa, desinibida e sociável. Nestes períodos, sua autoestima é elevada, e ela precisa de um mínimo de 5 a 6 horas de sono por noite. Quando hipomaníaca, Francine é mais produtiva na escola e termina as tarefas com rapidez. É interessante observar que um estado hipomaníaco às vezes pode ser benéfico, permitindo que uma criança funcione em um nível mais alto do que o normal.

Sintomas de Transtorno Bipolar em Crianças Pequenas

Como ilustra a Figura 1.6, os subtipos de ciclagem rápida, misto e de presença de sintomas psicóticos parecem muito comuns em crianças. Esta figura mostra um estudo da ocorrência destes sintomas em crianças com menos de 12 anos de idade.⁶



Fonte: Geller e colaboradores, 2000⁵

Figura 1.6 – Sintomas de Transtorno Bipolar em Crianças Pequenas

CRIANÇAS COM SINTOMAS TÍPICOS DE CURTA DURAÇÃO

Bipolar SOE

Crianças com sintomas bipolares que não satisfazem os critérios para transtorno bipolar I ou II, devido à curta duração dos sintomas, recebem o diagnóstico de *bipolar SOE* (sem outra especificação). É importante que os pais conheçam este diagnóstico, pois muitas crianças e adolescentes são atualmente diagnosticados com bipolar SOE..

Esta categoria inclui crianças e adolescentes com sintomas clássicos de transtorno bipolar que não se encaixam com exatidão nos critérios de classificação-padrão atualmente aceitos pela Associação Psiquiátrica Americana² para diagnóstico. Em vez disso, uma vez que seus clássicos sintomas de mania, de hipomania e de depressão ou os subtipos não têm a duração necessária para serem classificados como bipolar I, II ou algum dos subtipos de transtorno bipolar, eles geralmente são classificados com *transtorno bipolar sem outra especificação* (SOE).

Eis alguns exemplos de como o bipolar SOE se manifesta em crianças.

- Um menino de 14 anos tinha claros sintomas de mania, mas estes apareciam apenas por três dias e ocorriam apenas uma vez por mês.
- Uma menina de 13 anos tem crises de hipomania, mas nunca apresenta sintomas de depressão maior.
- Duas ou três vezes por semana, Amanda, uma menina de 14 anos, apresenta períodos que duram de 2 a 4 horas de riso contínuo e fica hiperativa, extremamente feliz, boba a ponto de sentir vertigem, conversadora, desatenta e desobediente. Tanto suas explosões de raiva quanto seus episódios de riso podem ocorrer em qualquer lugar – supermercados, cinemas e até na igreja.
- Um menino de 9 anos tem violentos acessos de raiva recorrentes desde os 2 anos. Suas crises se manifestam gritando, batendo a cabeça contra a parede, chutando, destruindo objetos e mordendo as pessoas que puder. Tais acessos de raiva são provocados por pequenas frustrações e podem durar de 30 minutos a 6 horas por dia. Estes acessos de raiva são entremeados por períodos em que ele fica excepcionalmente risonho e jocoso ou triste durante algumas horas.

As crianças com transtorno bipolar SOE tem tantos problemas quanto aquelas com outros tipos de transtorno bipolar. Entretanto, os psiquiatras infantis discordam sobre como diagnosticar este subtipo de transtorno bipolar. Estudos em andamento ajudarão a esclarecer este diagnóstico e seu tratamento no futuro.

CRIANÇAS COM EXTREMA LABILIDADE (INSTABILIDADE) DO HUMOR

Crianças com extrema labilidade do humor apresentam sintomas de irritabilidade extrema, oscilações do humor, acessos de raiva, impulsividade e hiperatividade. A maioria das crianças que atualmente consultam clínicas bipolares para avaliação do transtorno bipolar pertencem ao grupo do humor grave. *Entretanto, os profissionais não concordam quanto a se estas crianças possuem transtorno bipolar ou outro transtorno muito semelhante ao bipolar.*^{3,7}

Minha experiência pessoal indica que, enquanto alguns jovens encaminhados a nossa clínica por extrema labilidade do humor sofrem de transtorno bipolar, outros sofrem de transtornos psiquiátricos de outra natureza, tais como transtorno de oposição, de ansiedade, depressão recorrente (sem mania ou hipomania), hiperatividade com déficit de atenção e transtorno de Asperger (forma branda de autismo). Por exemplo, uma menina de 11 anos consultou nossa clínica devido a violentos acessos de raiva e ataques de fúria. Seu humor era muito instável e sua tolerância à frustração era baixa. Às vezes, ela ficava deprimida, até desesperançada, e apresentava tendências suicidas, principalmente quando estava frustrada ou se envolvia em problemas. Sua capacidade de se concentrar era fraca, e ela era hiperativa e desafiadora em casa e na escola. Sua fúria era tão extrema que seus pais tinham que telefonar para a polícia como forma de ajudar a controlar seu comportamento. Ela respondeu apenas parcialmente à psicoterapia e à terapia medicamentosa para transtorno bipolar. Em nossa clínica, ela foi tratada com antidepressivos e com medicamentos para administrar seu transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, com boa resposta. Ela foi acompanhada vários anos sem indicativos de transtorno bipolar. Em contraste, Jane foi trazida à clínica devido a sérios problemas de atenção, de hiperatividade, de impulsividade e de instabilidade do humor. Eu achava que ela tinha apenas transtornos de hiperatividade e déficit de atenção, mas depois de um ano acompanhando-a, ficou claro que, além de seus problemas de atenção, ela também tinha transtorno bipolar.

Estão sendo realizados estudos de evolução e resultado (acompanhamento) que vão ajudar a esclarecer se as crianças que pertencem a este grupo realmente têm transtorno bipolar e eles vão oferecer o tratamento mais avançado para administrar estes jovens. (Ver Apêndice II para clínicas que realizam estas investigações de crianças bipolares.)

RESUMO

O diagnóstico de transtorno bipolar em crianças e adolescentes pode ser um desafio, porque ele apresenta múltiplas formas, intensidade e dura-

ção. O fato de o transtorno bipolar em crianças ter um ciclo muito rápido ou se apresentar como um episódio misto, e geralmente acompanhado por outros transtornos psiquiátricos, torna seu reconhecimento e diagnóstico ainda mais difícil. A seguinte lista vai ajudá-lo a distinguir os sintomas mais comuns deste complexo transtorno.

Para mania ou hipomania, observe *episódios periódicos* dos seguintes sinais:

- Significativa necessidade diminuída de sono
- Alegria, tolice ou tontice exagerada ou inadequada
- Ideações grandiosas inadequadas, autoestima exagerada ou crenças irrealistas acerca de seus próprios poderes ou capacidade
- Altos níveis de energia muito mais elevados do que o normal para a criança
- Verbosidade excessiva
- Aceleração dos pensamentos
- Hipersexualidade

Para depressão, observe os seguintes *episódios periódicos*:

- Tristeza e choro exagerados
- Ausência ou diminuição na capacidade de desfrutar das coisas
- Falta de vontade de estar com os amigos ou com os familiares, introversão, isolamento
- Falta de motivação da criança para fazer coisas que antes gostava
- Cansaço, baixa energia, comedimento ou mau desempenho periódico na escola
- Desejo de estar morto, pensamentos de suicídio ou tentativas de suicídio

Para mania e depressão, observe *episódios periódicos* dos seguintes sinais:

- Mudanças acentuadas nos padrões de sono
- Mudanças acentuadas no desempenho escolar
- Ansiedade, preocupações ou ataques de pânico
- Agitação
- Má concentração
- Irritabilidade excessiva e inadequada
- Alucinações (ouvir vozes ou ver coisas irreais) ou ter delírios (falsas crenças que são incomuns para a criança)
- Comportamentos agressivos contra os outros ou contra si próprio

O risco de transtorno bipolar é alto se existe história familiar de transtorno bipolar e se muitos destes sintomas ocorrem juntos, se não podem ser explicados pela presença de outras condições psiquiátricas ou médicas ou por fatores ambientais e se afetam o funcionamento da criança.

Felizmente, a consciência de que o transtorno bipolar existe em crianças e adolescentes promoveu um rápido aumento nas investigações que vão esclarecer o diagnóstico deste grave transtorno psiquiátrico, principalmente em jovens com transtorno bipolar SOE e com grave labilidade de humor. Enquanto começamos a deslindar o complexo conjunto de sintomas de transtorno bipolar, o Capítulo 2 nos ajudará a distinguir melhor o transtorno bipolar de outros transtornos com sintomas semelhantes.

NOTAS

1. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR (1995), Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(4):454-63.
2. American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
3. Biederman J (2003), Pediatric bipolar disorder coming of age. *Biological Psychiatry* 53:931-934.
4. American Psychiatric Association (APA) (1994), Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 151 (Dec. supplement).
5. Goodwin FK, Jamison KR (1990), *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
6. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney J, DelBello MP, Soutullo C (2000), Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty, and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 10:157-64.
7. Nottelmann E (2001), National Institute of Mental Health research roundtable on prepubertal bipolar disorder. Consensus Development Conference. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:871-8.