

Transtorno Bipolar e a Perspectiva Bíblica

Sam R. Williams, Ph.D.

Caminhando com uma pessoa diagnosticada com Transtorno Bipolar

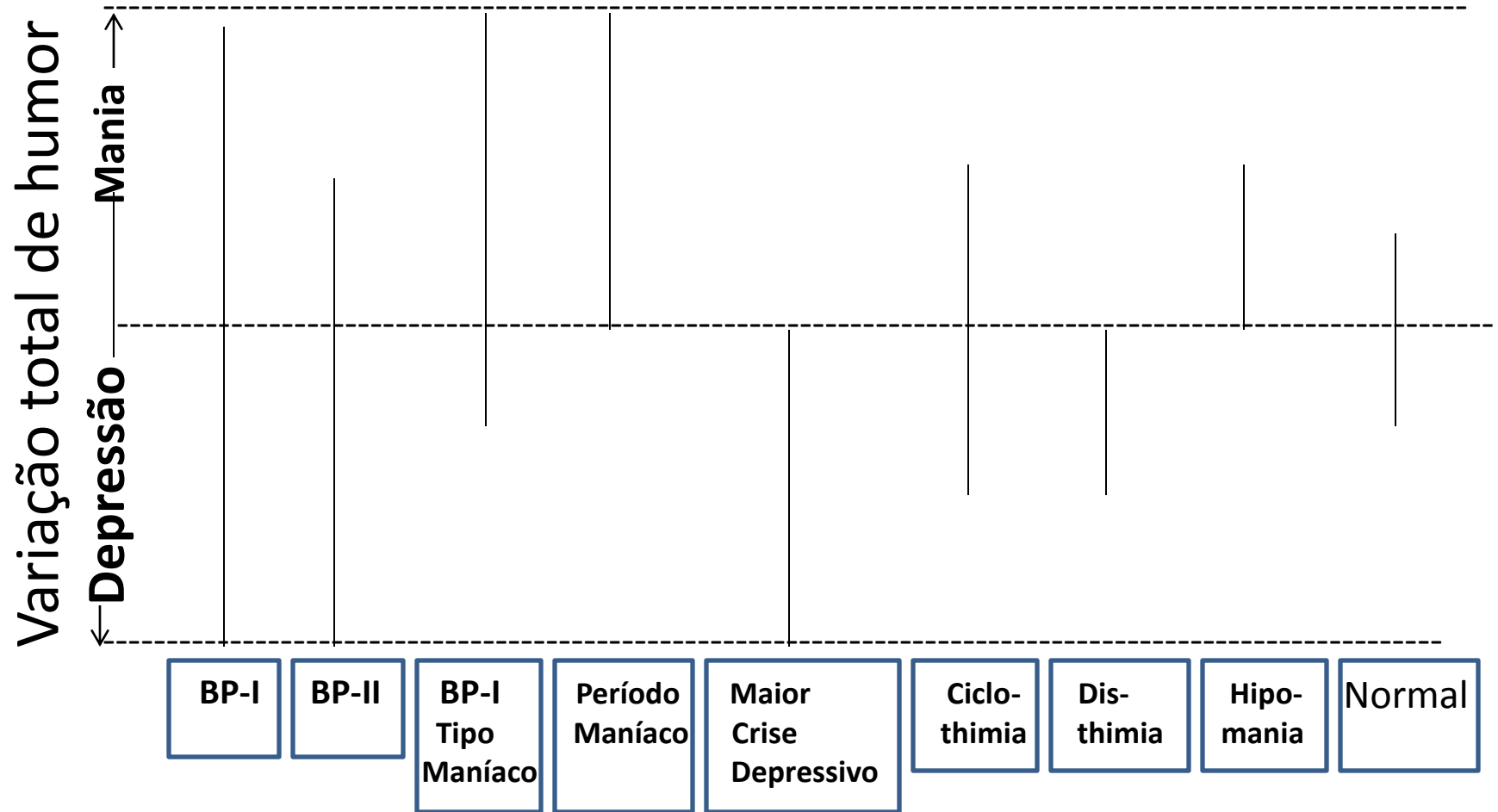
- **Introdução**
- **Breve histórico e descrição de T.B.**
- **Incidência de T.B.**
- **Assuntos/temas relacionados com o diagnóstico**
- **Etiologia – “Causas”**
 - **Ouvindo a ciência: Genética, neurobiologia, ritmo biológico e cognição**
 - **Ouvindo a Bíblia: Uma psicologia bíblica**
- **Aconselhando e Ministério**
 - **Aconselhando em meio a crises**
 - **Aceitação**
 - **Conhecendo-se**
 - **Mordomia do corpo**
 - **Pedindo ajuda – conselheiros, amigos, família, igreja**
 - **Aprendendo a pensar bem – Renovando a mente com as promessas e perspectivas de Deus**
 - **Papel do medicamento e psiquiatria**
- **Sumário e fechamento**

“Alguns pacientes depois de ficarem melancólicos desenvolvem crises de manias (obsessão)...pois estas manias são como uma variante de estar melancólico... Aparece em sujeitos cujas personalidades são caracterizados por alegria, atividade, superficialidade e infantilidade...furor, agitação e contentamento... têm delírios, ele estuda astronomia, filosofia... se sente bem e inspirado... (e então de repente) tem uma tendência à melancolia; ele se torna, no final da crise, lânguido, triste, taciturno, ele reclama que está preocupado em relação ao futuro, se sente envergonhado...[e então quando o período depressivo acaba] se mostra em público com a cabeça coroada como se estivesse retornando vitorioso de alguns jogos; às vezes ri e dança o dia e a noite inteira.” (Areteu da Cappadocia, em Roccataagliata, 1986, p. 229-231)

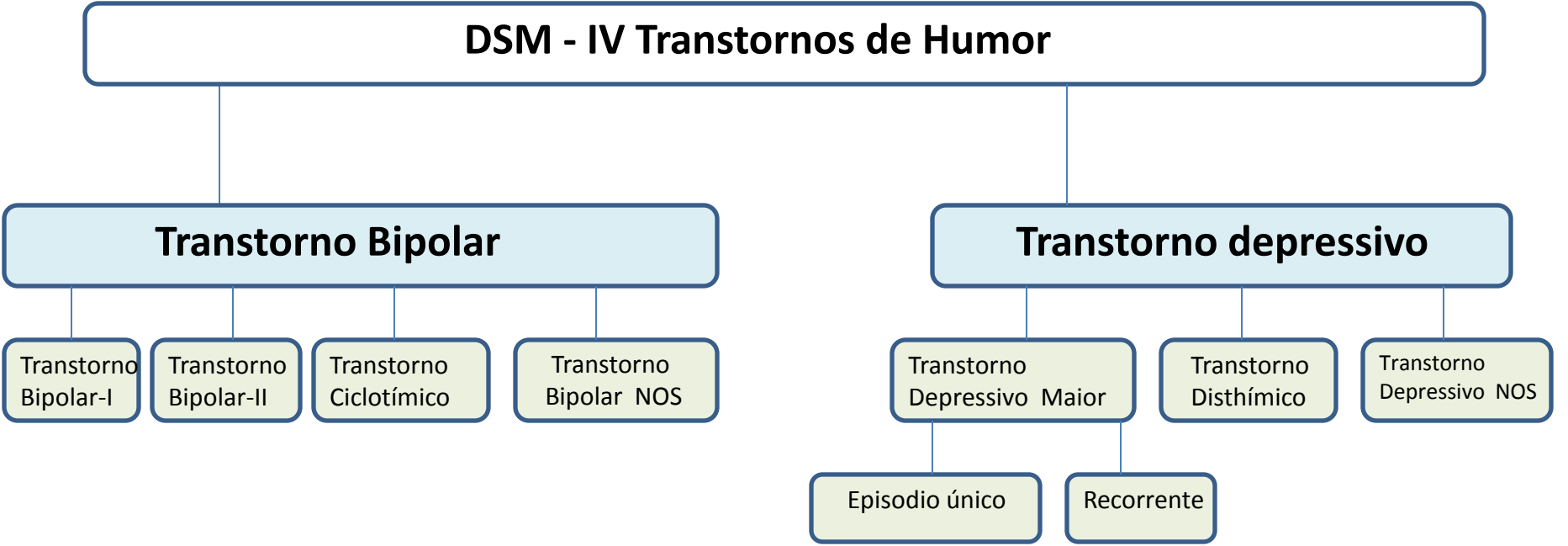
- **Incidência de transtorno bipolar (durante a vida) = ~1%**
- **Incidência de espectro todos os transtornos bipolares (durante a vida) = 3 – 8%. (Goodwin and Jamison, 2007)**
- **Parece ser um problema de igual oportunidade, com pouca diferença em prevalência entre culturas, raças, idade ou mesmo gênero.**

- **M% = F%, em contradição ao típico “duas vezes mais frequência de depressão e transtornos de ansiedade em mulheres.”**
- **Mais comum ter início no final da adolescência ou início da fase adulta; pode aparecer na fase adulta tardia, em casos raros na infância. Metade dos casos começam antes da idade de 25 anos.**

ALCANCE DA VARIAÇÃO DE HUMOR POR SUBGRUPOS



DSM - IV Transtornos de Humor



```
graph TD; A[DSM - IV Transtornos de Humor] --> B[Transtorno Bipolar]; A --> C[Transtorno depressivo]; B --> D[Transtorno Bipolar-I]; B --> E[Transtorno Bipolar-II]; B --> F[Transtorno Ciclotímico]; B --> G[Transtorno Bipolar NOS]; C --> H[Transtorno Depressivo Maior]; C --> I[Transtorno Distímico]; C --> J[Transtorno Depressivo NOS]; H --> K[Episódio único]; H --> L[Recorrente];
```

This diagram is a hierarchical flowchart titled "DSM - IV Transtornos de Humor". It branches into two main categories: "Transtorno Bipolar" and "Transtorno depressivo". Under "Transtorno Bipolar", there are four sub-types: "Transtorno Bipolar-I", "Transtorno Bipolar-II", "Transtorno Ciclotímico", and "Transtorno Bipolar NOS". Under "Transtorno depressivo", there are three sub-types: "Transtorno Depressivo Maior", "Transtorno Distímico", and "Transtorno Depressivo NOS". The "Transtorno Depressivo Maior" category further branches into "Episódio único" and "Recorrente".

Transtorno Bipolar

Transtorno
Bipolar-I

Transtorno
Bipolar-II

Transtorno
Ciclotímico

Transtorno
Bipolar NOS

Transtorno depressivo

Transtorno
Depressivo Maior

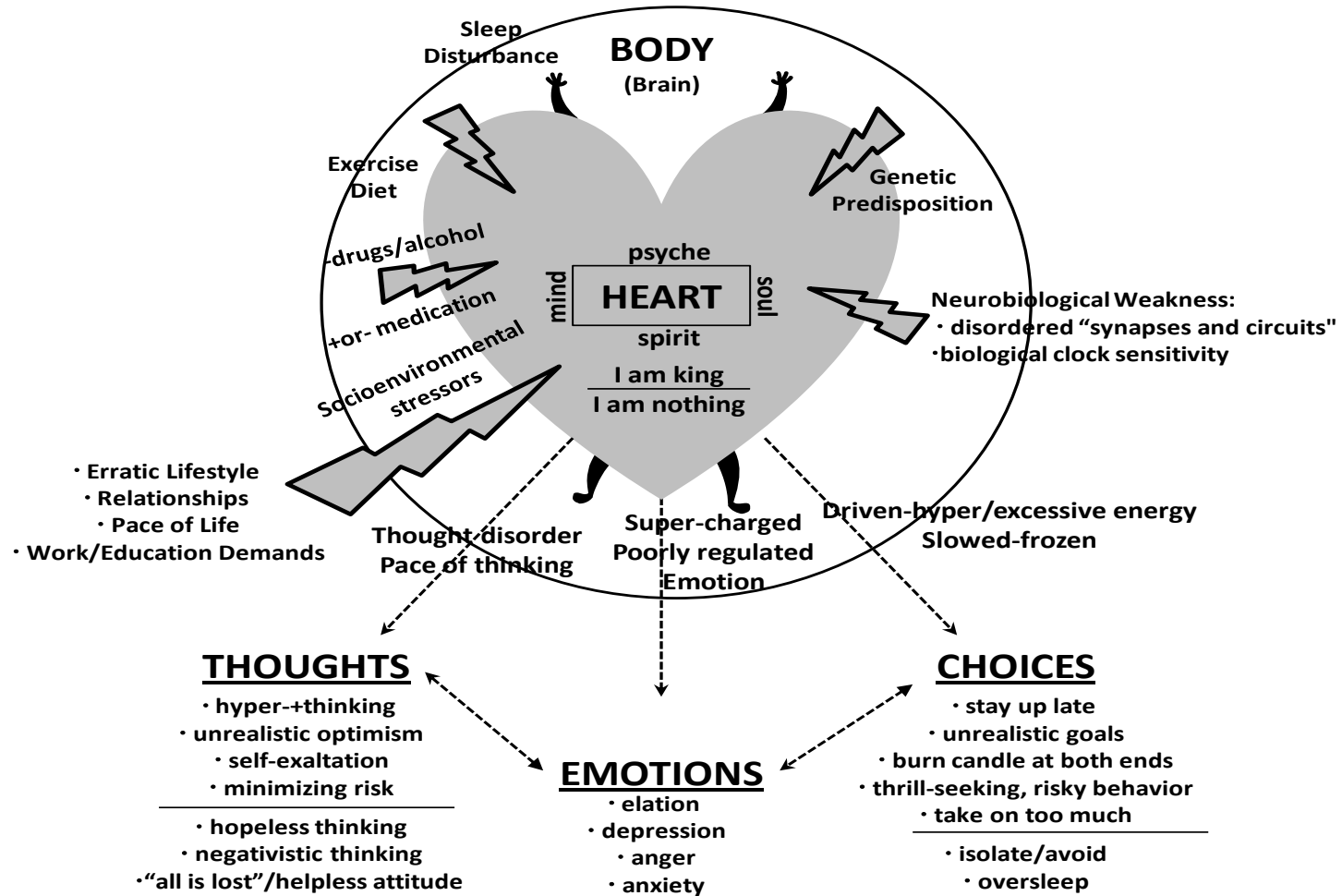
Transtorno
Distímico

Transtorno
Depressivo NOS

Episódio único

Recorrente

A Biblical Psychology of Manic-Depression



- **David Hubel**, neurocientista de Harvard: *“A ciência do cérebro é difícil e complicada, por alguma razão. Consequentemente não se deve acreditar em soluções (em si ou em outrem) até que seja comprovado...”*
(Hubel citado in Kalat, 2001, *Biological Psychology*, 7th ed.)
- **Antonio Damasio** (MD, PhD expert em neurobiologia da emoção), *“Sou cético da presunção da ciência sobre objetividade e definição. Tenho dificuldade em ver resultados científicos, especialmente em neurobiologia. Não passa de aproximações provisórias, a serem apreciadas por um tempo e depois descartadas assim que novas evidências estejam disponíveis.”*
(Erro de Descartes: *Emoção, Razão e o cérebro humano*, 1994)

“Embora tenhamos ainda que identificar o gene anormal específico ou proteínas associadas com a doença de depressão maníaca... juntos, os dados indicam um forte componente genético à susceptibilidade para transtorno bipolar e mais fraco, embora significativo, componente genético para susceptibilidade para uma depressão maior, especialmente em suas formas mais recorrentes.”

(Goodwin and Jamison, 2007, p. 463, 459.)

- Goodwin e Jamison (2007, p. 598)
“Transtorno maníaco-depressivo pode ser melhor conceituado como desordem de sinapses e circuitos – não excesso/falta de transmissores individuais ou sistema individual de transmissão ou sistema neuropeptídeo.”

Diretrizes para Aconselhamento

- **Conecte-se e respeite**
- **Avalie o perigo**
- **Identifique e faça uma triagem do problema principal**
- **Identifique recursos disponíveis e sistemas de apoio**
- **Desenvolva um plano de ação simples e direto para cada problema chave, colaborando com pessoas em crise até onde ela for capaz. Seja diretivo apenas se necessário, mas definitivamente seja diretivo o tanto que for necessário.**

Diretrizes para Aconselhamento

- **Planeje prestação de contas e planos de sequência**
- **Acima de tudo, reconheça e dependa de Deus como auxílio constante e de Jesus como a melhor pessoa capaz de fazer escolhas mais sábias, de escolher a amar a Deus sobre todos. Assim há esperança.**

Mordomia do corpo e humor

- Faça a pessoa sentar com amigos e família para fazer um conograma começando com adolescência o qual inclua problemas de humor (“alto”, “baixo” e algum tipo de medida de intensidade), eventos principais, mudanças no ritmo biológico (padrão de sono, padrão alimentar, padrão de trabalho ou educacional), estressores sociais/interpessoais, drogas ou abuso de álcool, mudança de medicamentos e coisas que ajudaram em momentos de angústia. Isto pode trazer padrões previamente não vistos, problemas, e subsídios vêm à luz.

- Faça-os manter um calendário pessoal . Por exemplo, DBSAlliance.org – Calendário Pessoal (<http://www.dbsalliance.org/pdfs/calendarforweb.pdf>)

Mordomia do corpo e humor

- **Evitar, quando possível (e planejar de forma sábia quando não der), grandes interrupções como ficar acordado até tarde, voos transmeridionais, mudança de turno no trabalho (evita turnos da noite), fadiga em excesso, podem ser úteis para manutenção do humor.**
- **Evitar tentações e motivadores negativos. Aprenda a ficar de olho em formas de calibrar e um repertório de planos, especialmente para pedir ajuda a Deus e a outros. 1 Cor. 10.13**

Típicos sinais de alerta

- ✓ **Sem temor de nada, nem mesmo de Deus**
- ✓ **Ignora conselhos dos próximos, vê os outros como apenas estando no caminho**
- ✓ **Abuso de drogas ou álcool**
- ✓ **Privação de sono – noites não dormidas e falta de senso de necessidade de dormir**
- ✓ **Superestimulação – comportamento de risco (pecado sexual, tolice financeira, escolhas perigosas, atividades audaciosas)**

Típicos sinais de alerta

- ✓ **Otimismo irrealista (pensamento hiper positivo) e falta de preocupação normal (atitudes audaciosas)**
- ✓ **Gregarismo social combinado com capacidade crítica interpessoal pobre**
- ✓ **Pensamento desarticulado marcado por redução na habilidade de se concentrar; não consegue se concentrar para completar tarefas comuns**
- ✓ **Comportamento obstinado e metas irreais**
- ✓ **Mudança notável de tolerância à frustração e controle de temperamento**

Recursos de leitura recomendados

Welch, Ed. *Bipolar Disorder: Understanding and Help for Extreme Mood Swings*, 2010. A CCEF booklet written for the struggler.

Welch, Ed. Basics About Bipolar: An Essay Review, *Journal of Biblical Counseling*, p. 43-54, 25:3, 2007.

Welch, Ed. *Strong Emotions; Extreme Confidence*. CCEF blog, <http://www.ccef.org/strong-emotions-extreme-confidence>.

Miklowitz, D. J. [*The Bipolar Disorder Survival Guide, Second Edition: What You and Your Family Need to Know*](#), 2010. A secular resource written by a psychologist to the struggler with a significant self-help component.

Recursos de leitura recomendados

Mondimore, F. M. *Bipolar Disorder: A Guide for Patients and Families*, 2006. A secular resource written by a psychiatrist. Reviewed in the Welch article above.

Jamieson, P. E. *Mind Race*, 2006. Written by a psychologist after being diagnosed with Bipolar disorder as a teenager. Poignant descriptions of the experience that can be of help to any struggler or their family.

Goodwin and Jamison. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 2007. Without question, the most complete, scholarly, and respected secular resource available. Expensive but worth it if you want a comprehensive clinical resource.

Ed Welch: “Mania e depressão são mentirosos... Nossas emoções não falam apenas por nós, revelando os pensamentos e desejos de nossos corações, elas também falam a nós. E geralmente é um problema, pois quanto mais forte for a emoção mais alto ela falará, e mais difícil será ouvir qualquer outra coisa. Fortes emoções querem encontrar suas próprias conclusões e raramente pararão para ouvir a lógica. Quanto mais forte o transtorno de humor, mais difícil é ouvir a verdade... Fortes emoções são como decepções; eles querem interpretar a realidade por você.” (Fortes emoções; Confiança extrema)

Guia de medicamentos para surtos maníacos

- **Lítio ou Depakote (divalproex) são as primeiras escolhas para manias**
- **Anticonvulsivantes como Tegretol (carbamazepine), Lamitcal, ou Topomax são a segunda linha de medicamentos para manias ou mudanças de humor, mas também são usados como medicamentos adjuntos aos de primeira linha.**
- **Medicamentos Antipsicóticos como Risperdal ou Zyprexa são usados quando pacientes ficam extremamente agitados ou psicóticos.**

Guia de medicamentos para surtos de depressão bipolar

Lamictal (lamotrigine) e/ou lítio são as primeiras opções para depressão bipolar.

Seroquel (quetiapine) pode ser adicionado se a reação terapêutica não for suficiente.

Zyprexa (olanzapine) mais Prozac (fluoxetine) podem ser alternativas se nenhum dos medicamentos acima for efetivo.

Luz matinal é geralmente recomendado como tratamento adjunto.

Sam R. Williams, Ph.D.

Southeastern Baptist Theological Seminary

Wake Forest, NC, 27587

swilliams@sebts.edu