

Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural

Transcultural aspects of bipolar disorder

Marsal Sanches^{a,b} e Miguel Roberto Jorge^a

^aDepartamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

^bDepartamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo

Resumo

Considerando-se que existem diferenças importantes na maneira como as emoções são vivenciadas e expressas em diferentes culturas, a apresentação e o manejo do transtorno afetivo bipolar sofrem influência de fatores culturais. O presente artigo realiza uma breve revisão da evidência referente aos aspectos transculturais do transtorno bipolar.

Descritores: Transtorno bipolar/diagnóstico; Fatores culturais; Diagnóstico

Abstract

Cultural variations in the expression of emotions have been described. Consequently, there are cross-cultural influences on the diagnosis and management of bipolar disorder. This article provides a review of the evidence regarding the main aspects of transcultural psychiatry and bipolar disorder.

Keywords: Bipolar disorder/diagnosis; Cultural factors; Diagnosis

Introdução

O transtorno afetivo bipolar (TAB) corresponde a um dos mais prevalentes e potencialmente graves transtornos psiquiátricos. Caracterizado por oscilações importantes do humor entre os pólos da exaltação (ou euforia) e depressão, apresenta curso recorrente e crônico, implicando em elevado grau de morbidade e incapacidade para seus portadores.¹

Do ponto de vista fisiopatológico, postula-se que o TAB está relacionado a disfunções nos circuitos cerebrais relacionados à regulação das emoções. Considerando-se que há diferenças importantes na maneira como as emoções são vivenciadas e expressas em diferentes culturas, é natural inferir que o diagnóstico de TAB e seu manejo se encontram sob influência de fatores culturais.² O clássico estudo US-UK, realizado na década de 60, demonstrou que os critérios utilizados para caracterização de estados de mania e esquizofrenia pelos psiquiatras britânicos diferiam bastante dos utilizados pelos americanos.³ Este estudo, que muito influenciou o desenvolvimento do DSM-III e sua nosologia, corresponde a uma das primeiras evidências de diferenças transculturais relacionadas ao diagnóstico de TAB.

O presente artigo realiza uma breve revisão dos principais aspectos relacionados à prevalência, diagnóstico e tratamento do TAB em diferentes etnias e culturas.

As atuais classificações dos transtornos mentais e o transtorno afetivo bipolar: aspectos transculturais

O TAB encontra-se codificado de maneira semelhante nas duas principais classificações das doenças mentais atualmente disponíveis: o DSM-IV⁴ e a CID-10.⁵ Em ambas, o TAB corresponde a uma categoria distinta dos quadros depressivos unipolares. Enquanto na CID-10 o diagnóstico de TAB é feito com base na presença de pelo menos dois (ou mais) episódios de alteração de humor (dos quais ao menos um deve corresponder a um episódio maníaco ou hipomaníaco), no DSM-IV a presença de um ou mais episódios de mania ou hipomania permite efetuar o diagnóstico de TAB tipo I ou II, respectivamente. Nenhuma das classificações inclui o diagnóstico de "mania unipolar", conforme

constante na CID-9, mas a CID-10 permite a classificação dos pacientes como portadores de um episódio maníaco único, pacientes estes não considerados como portadores de TAB.

Por ocasião da elaboração do DSM-IV, a necessidade de que os critérios adotados pelo mesmo pudessem dispor de validade nas diferentes culturas foi levada em consideração. Disso resultou o "Apêndice I", o qual inclui um plano para a formulação cultural de cada caso - constituída por dados relativos à identidade cultural do indivíduo, explicações culturais para sua doença, fatores culturais relacionados ao ambiente psicossocial e ao nível de funcionamento, elementos culturais do relacionamento entre o indivíduo e o clínico, e avaliação cultural geral para diagnóstico e cuidados - e um glossário de síndromes ligadas à cultura. Além disso, em várias categorias diagnósticas foi incluído um tópico denominado "Características específicas à idade, à cultura e ao gênero", contendo informações especificamente relacionadas ao transtorno em questão. No caso dos transtornos de humor, várias considerações são tecidas no que se refere a importantes variações culturais na maneira como os episódios depressivos são experimentados; porém, nada é dito especificamente em relação a episódios maníacos. No caso do TAB tipo I, é afirmado que "não existem evidências de uma incidência diferencial de TAB com base em raça ou etnia", e que "os clínicos podem tender a superdiagnosticar esquizofrenia (ao invés de TAB) em alguns grupos étnicos e em indivíduos mais jovens".⁴

Em razão de seu caráter universalista, a CID-10 acabou por se tornar por demais abrangente, ignorando características específicas dos transtornos mentais em diferentes regiões ou grupos. Apesar de ser um instrumento da Organização Mundial da Saúde para ser utilizado em países extremamente distintos do ponto de vista sociocultural, não há na CID-10 qualquer menção a diferenças no que se refere à caracterização e ao diagnóstico do TAB em diferentes etnias ou culturas.

As observações acima ilustram a dificuldade existente no estudo do transtorno bipolar como entidade nosológica transcultural. Considerando-se que as duas classificações mais comumente utilizadas são precárias no que se refere a estas questões, diag-

nósticos efetuados em culturas diferentes da ocidental, com base nos dois referidos sistemas diagnósticos, devem ser vistos com cautela. Mais ainda, instrumentos diagnósticos para TAB totalmente baseados nos critérios e diretrizes do DSM-IV e da CID-10 são muitas vezes traduzidos e aplicados em diferentes culturas sem que um processo de validação transcultural seja realizado. Sua validade, bem como os diagnósticos obtidos através deles, pode ser, portanto, questionada em populações ou etnias específicas.⁶

Etnopsiquiatria e aspectos epidemiológicos do TAB

Diferenças na prevalência e proporção entre os sexos de casos de TAB observadas em diferentes regiões ou etnias têm sido insinuadas, com base em achados semelhantes observados no que se refere à depressão unipolar.⁷⁻⁸ Entretanto, a maioria dos estudos tem falhado em comprovar esta hipótese. O ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) encontrou prevalências semelhantes de TAB em diferentes grupos raciais e religiosos nos EUA, quando outras variáveis foram controladas.⁷ Um estudo comparando características epidemiológicas do TAB em diferentes países demonstrou marcante similaridade entre diversas regiões do globo no que se refere à prevalência de TAB, relação homem/mulher e idade de início do transtorno.⁹

Por outro lado, um estudo recente demonstrou diferenças na prevalência de TAB e transtornos do espectro bipolar em vários países. Tal fato foi relacionado a diferenças quanto ao consumo de frutos do mar ao longo da vida nas diferentes regiões estudadas, entre diversos países, consumo este postulado como fator protetor para TAB, já que os frutos do mar são ricos em ácidos graxos Omega-3.¹⁰

Outro estudo, comparando o efeito de aspectos étnicos sobre a sazonalidade das admissões hospitalares em pacientes com transtornos de humor, falhou em demonstrar qualquer efeito da variável etnia sobre o número e a distribuição sazonal das internações de pacientes portadores de TAB.¹¹

No Reino Unido, tem sido constatada tendência a um maior risco de apresentação de quadros de mania entre imigrantes afro-caribenhos que entre caucasianos.¹² Considerando-se que este grupo étnico se encontra também sob maior risco para o desenvolvimento de esquizofrenia, é possível que tal fato se deva à presença, nesta população, de um fator de risco comum aos dois transtornos, como problemas ligados ao estresse pós-imigração e ao preconceito racial.¹³

Em suma, não há evidência consistente de que o TAB seja mais prevalente em determinadas etnias ou mostre um perfil epidemiológico distinto em etnias específicas. Eventuais diferenças relatadas podem se dever à presença de fatores confundidores como, por exemplo, fatores ambientais relacionados a um maior ou menor risco de TAB, aos quais indivíduos de determinadas etnias estariam sujeitos.

Diferenças na apresentação clínica do TAB em diferentes culturas

Dados da literatura sugerem diferenças na proporção de pacientes de diferentes etnias ou culturas portadores de transtorno de humor corretamente identificados como tal por seus clínicos. Por exemplo, há evidência de que nos Estados Unidos, TAB e transtorno esquizoafetivo sejam subdiagnosticados e esquizofrenia seja superdiagnosticada entre afro-americanos.¹⁴ É possível que tais diferenças se devam a fatores inerentes aos psiquiatras, como problemas lingüísticos e de vocabulário, diferenças culturais na interpretação de determinados sintomas e estereótipos raciais envolvidos no processo diagnóstico.¹⁵⁻¹⁶ Entretanto, é provável que tais fatos se devam também a variações culturais na apresentação clínica do TAB. Alguns estudos enfocaram especificamente estas questões.

Egeland et al¹⁷ enfocaram peculiaridades na apresentação clínica do TAB entre indivíduos pertencentes à ordem religiosa Amish, nos Estados Unidos. No estudo em questão, foi concluído que alguns sintomas maníacos, como inquietação psicomotora e menor necessidade de sono, poderiam ser considerados livres de qualquer influência cultural em sua caracterização. Entretanto, sintomas como grandiosidade e excessivo envolvimento em atividades podem ser mascarados ou sobrepostos a determinados comportamentos culturais observados naquela população específica. Auto-estima elevada, por exemplo, seria considerada um grave pecado entre indivíduos da ordem religiosa em questão, e tendia a ser omitida por ocasião de entrevistas psiquiátricas. Uma maior proporção de pacientes portadores de frouxidão de laços associativos (e não de fuga de idéias), erroneamente diagnosticados como esquizofrênicos, foi também observada, além de uma alta ocorrência de alucinações acompanhando delírios persecutórios e de grandeza, em sua maioria de cunho religioso. Particularidades fenomenológicas foram também observadas em estudo enfocando pacientes maníacos no leste da Índia, com uma baixa ocorrência de fuga de idéias e uma relativamente alta proporção de pacientes exibindo delírios persecutórios e de auto-referência.¹⁸

Em estudo realizado na Inglaterra, foi efetuada uma comparação entre pacientes caucasianos, afro-caribenhos e negros diagnosticados como portadores de TAB, quanto ao perfil sintomático apresentado.¹⁹ Demonstrou-se que, entre pacientes portadores de TAB tipo I, os negros apresentavam maior proporção de sintomas tipicamente maníacos que os caucasianos, enquanto os afro-caribenhos apresentaram mais sintomas psicóticos incongruentes com o humor que pacientes maníacos de outras etnias. Pacientes caucasianos, por outro lado, pareciam exibir maior risco de apresentar ideação ou comportamento suicida que pacientes negros ou afro-caribenhos.

Finalmente, parecem existir diferenças no curso e evolução do TAB em determinadas etnias. A CCMD-3 (Classificação Chinesa de Transtornos Mentais - Terceira Edição) optou por manter a categoria diagnóstica de "mania unipolar", por considerá-la válida em pacientes chineses.²⁰ Um estudo prospectivo avaliando a evolução de pacientes chineses portadores de mania recorrente constatou que a maior parte dos mesmos não apresentou episódios depressivos ao longo de dez anos de seguimento.²¹ Evidência similar foi encontrada em estudo realizado com pacientes da etnia Yoruba na Nigéria, onde uma alta proporção de pacientes, aparentemente portadores de transtorno maníaco "unipolar", foi encontrada.²² Um estudo retrospectivo avaliou a evolução de pacientes bipolares em Israel e constatou predomínio de episódios maníacos sobre episódios depressivos, tendência esta oposta ao habitualmente observado na Europa, sendo possível que tal diferença se deva à influência de fatores climáticos sobre o curso do TAB.²³

Em resumo, a literatura aponta para peculiaridades culturais na apresentação clínica do TAB. Tal fato pode apresentar implicações para o diagnóstico deste transtorno em populações e subpopulações específicas.

Aspectos transculturais no tratamento do TAB

O manejo dos transtornos mentais em diferentes ambientes terapêuticos pode sofrer a influência de fatores étnicos e culturais. Entretanto, estudos abordando este aspecto no tratamento do TAB são surpreendentemente escassos.

Nos Estados Unidos, pacientes psiquiátricos pertencentes à raça negra parecem apresentar uma maior probabilidade de receberem medicação psicotrópica suplementar ("se necessário") ou de serem submetidos à contenção física quando internados.²⁴ Em estudo retrospectivo enfocando especificamente o manejo psicofarmacológico do TAB, foi demonstrado que adolescentes

afro-americanos internados com diagnóstico de TAB estavam duas vezes mais sujeitos a receberem antipsicóticos que pacientes caucasianos portadores do mesmo diagnóstico.²⁵ É possível que tal fato esteja ligado à superestimação da presença de sintomas psicóticos em indivíduos pertencentes àquela etnia.

Em estudo recente, Mitchell & Romans²⁶ avaliaram o papel de crenças religiosas e da espiritualidade no manejo do TAB. Pacientes portadores de crenças religiosas ditas "fortes" apresentaram menor taxa de aderência ao tratamento medicamentoso que aqueles com crenças consideradas "fracas". Além disso, quase 25% dos pacientes relataram a presença de conflitos entre as orientações dadas por profissionais de saúde mental e aquelas provenientes de conselheiros espirituais (com os últimos afirmando, por exemplo, que os pacientes deveriam interromper o tratamento medicamentoso, contrariamente à orientação de seus médicos).

Moussaoui & Kadri²⁷ relataram dois interessantes estudos realizados com pacientes bipolares e seus familiares no Marrocos: em um deles, demonstram como um ambiente cultural de moral extremamente rígida lida com episódios maníacos em mulheres e as conseqüências sobre o tratamento e, em outro estudo, relatam a ocorrência de recaída em pacientes bipolares anteriormente estáveis com lítio em função do jejum e mudanças em seu cotidiano durante o Ramadã.

Por fim, estudos farmacogenéticos apontam para diferenças na resposta terapêutica do TAB relacionadas a determinados genótipos, alguns dos quais certamente ligados a etnias específicas.²⁸ Tal aspecto, embora sem dúvida parte do estudo dos aspectos transculturais do tratamento medicamentoso do TAB, não será abordado na presente revisão.

Conclusões

O objetivo do presente artigo não foi o de realizar uma extensa revisão sobre TAB e psiquiatria transcultural, mas sim o de abordar alguns dos aspectos referentes a este tema, lançando algumas questões a serem consideradas. Primeiro, as atuais classificações psiquiátricas comumente adotadas parecem precárias no que se refere especificamente a variações transculturais no TAB. Segundo, não parece haver evidência de que indivíduos pertencentes a determinadas etnias estariam sob maior risco de apresentar TAB. Terceiro, aspectos étnico-culturais parecem influenciar a apresentação clínica, o diagnóstico e o tratamento desta doença.

Finalmente, é interessante notar que a literatura referente ao tema em questão é basicamente proveniente de países desenvolvidos. A avaliação de aspectos socioculturais na expressão clínica e possíveis influências no acesso e modalidades de tratamento dos transtornos de humor (particularmente do TAB) na população brasileira corresponde a um campo de pesquisa de grande interesse, até o momento não explorado.

Referências

1. Kasper S. *Issues in the treatment of bipolar disorder*. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003;13 Suppl 2:S37-42. Review.
2. Kirmayer LJ, Groleau D. *Affective disorders in cultural context*. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(3):465-78, vii.
3. Cooper JE, Kendell ER, Gurland BJ, Sharpe L, Copeland JRM, Simon R. *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. London: University Press; 1972.
4. American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: dsm-iv*. 4th ed. Washington: Apa, 1994.
5. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: WHO; 1992.
6. Jorge MR *Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental*. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 1998;25(5):233-9.
7. Levav I, Kohn R, Golding JM, Weissman MM. *Vulnerability of Jews to affective disorders*. *Am J Psychiatry*. 1997;154(7):941-7.
8. Minsky S, Vega W, Miskimen T, Gara M, Escobar J. *Diagnostic patterns in Latino, African American, and European American psychiatric patients*. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(6):637-44.
9. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. *Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder*. *JAMA*. 1996;276(4):293-9.
10. Noaghiul S, Hibel JR. *Cross-national comparisons of seafood consumption and rates of bipolar disorders*. *Am J Psychiatry*. 2003;160(12):2222-7.
11. Suhail K, Cochrane R. *Seasonal variations in hospital admissions for affective disorders by gender and ethnicity*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(5):211-7.
12. van Os J, Takei N, Castle DJ, Wessely S, Der G, MacDonald AM, Murray RM. *The incidence of mania: time trends in relation to gender and ethnicity*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31(3-4):129-36.
13. Jarvis E. *Schizophrenia in British immigrants: recent findings, issues and implications*. *Transcult Psychiatry*. 1998;35(1):39-74.
14. Strakowski SM, Shelton RC, Kolbrener ML. *The effects of race and comorbidity on clinical diagnosis in patients with psychosis*. *J Clin Psychiatry*. 1993;54(3):96-102.
15. Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE Jr, West SA. *Racial influence on diagnosis in psychotic mania*. *J Affect Disord*. 1996;39(2):157-62.
16. Minnis H, McMillan A, Gillies M, Smith S. *Racial stereotyping: survey of psychiatrists in the United Kingdom*. *BMJ*. 2001;323(7318):905-6.
17. Egeland JA, Hostetter AM, Eshleman SK 3rd. *Amish Study, III: the impact of cultural factors on diagnosis of bipolar illness*. *Am J Psychiatry*. 1983;140(1):67-71.
18. Sethi S, Khanna R. *Phenomenology of mania in eastern India*. *Psychopathology*. 1993; 26(5-6):274-8.
19. Kirov G, Murray RM. *Ethnic differences in the presentation of bipolar affective disorder*. *Eur Psychiatry*. 1999;14(4):199-204.
20. Lee S. *From diversity to unit. The classification of mental disorders in 21st-century China*. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(3):421-31.
21. Xu WY, Chen JZ. *An eight-to-ten-year outcome study of unipolar mania*. *Arch Psychiatry*. 1992;4(1):88-90.
22. Makanjuola RO. *Recurrent unipolar manic disorder in the Yoruba Nigerian: further evidence*. *Br J Psychiatry*. 1985;147:434-7.
23. Osher Y, Yaroslavsky Y, el-Rom R, Belmaker RH. *Predominant polarity of bipolar patients in Israel*. *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(4):187-9.
24. Flaherty JA, Meagher R. *Measuring racial bias in inpatient treatment*. *Am J Psychiatry*. 1980;137(6):679-82.
25. Delbello MP, Soutullo CA, Strakowski SM. *Racial differences in treatment of adolescents with bipolar disorder*. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):837-8.
26. Mitchell L, Romans S. *Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management*. *J Affect Disord*. 2003;75(3):247-57.
27. Moussaoui D, Kadri N. *Culture matters too in bipolar disorder*. In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, editores. *Bipolar Disorder*. Chichester: Wiley; 2002. p. 355-7.
28. Alda M. *Genetic factors and treatment of mood disorders*. *Bipolar Disord*. 2001;3(6):318-24. Review.

Correspondência

Marsal Sanches
Rua Pedro de Toledo, 650 - 3º andar
04023-900 São Paulo, SP
E-mail: msanches@psiquiatria.epm.br