

O QUE É TRANSTORNO BIPOLAR?

Wellerson D. Alkmim

No interior da psiquiatria, aconteceu um movimento que teve início nos anos 50, e que culminou com uma proposta de revisão dos conceitos e da classificação internacional de doenças, concluída na década de 90, que abandona grande parte das construções teórico-clínicas da psiquiatria clássica em nome de um pragmatismo ateórico. Se não, vejamos. Os grandes significantes mestres, baluartes de toda a arquitetura nosológica da psiquiatria clássica, deixam de existir como tal; na introdução da CID-10, temos: “A divisão tradicional entre Neurose e Psicose, que era evidente na CID-9 (ainda que deliberadamente deixada sem nenhuma tentativa de definir esses conceitos) não tem sido usada na CID-10. Contudo, o “neurótico” ainda é mantido para uso ocasional... do tipo: “Transtornos neuróticos relacionados ao estresse.” (CID-10).¹

A pulverização dos sintomas, o esfacelamento das categorias diagnósticas, produzem a multiplicação e a universalização dos critérios diagnósticos que os banaliza. Os tipos clínicos desaparecem e os sintomas que os constituíam são elevados à categoria de entidades clínicas isoladas, por ex.: o sintoma fóbico se transforma no Transtorno ou Síndrome ou Doença do Pânico. E continua: “A CID-10 é muito mais ampla que a CID-9 ... Seu sistema alfa-numérico aumentou significativamente o número de categorias disponíveis para a classificação.”² (001 a 999 passa para A000 a Z999). O capítulo V passa de 30 para 10 possibilidades diagnósticas. Há a recomendação para que os clínicos registrem tantos diagnósticos quantos forem necessários para cobrir o quadro clínico. Uma tentativa de contorno do real pelo discurso da ciência.

Seria interessante compararmos o movimento que Lacan opera na passagem do primeiro para o segundo ensino, pluralizando o NP em contraposição à pulverização dos sintomas. No seminário *O Sinthoma*, Lacan afirma que podemos prescindir do Nome-do-Pai com a condição de nos servirmos dele. Ao pluralizar o NP, Lacan abre uma via diagnóstica marcada pela precisão conceitual, fazendo-nos aprender com a clínica da psicose os arranjos singulares de cada sujeito com seus modos de gozo. Uma solução para cada sujeito, uma psicose para cada psicótico. Ao se referir aos Nomes-do-Pai, ele o faz sem abrir mão da estrutura, em nome do rigor teórico clínico.

¹ CID-10. Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, OMS, p. 3.

² Ibid, p. 6.

A Psiquiatria atual estabelece uma ruptura ao se desfazer da categoria para dar lugar ao ‘Transtorno’, uma pulverização de significantes que tentam abordar o objeto. Podemos dizer que é a precisão do matema contra a inconsistência da descrição. O significante ‘transtorno’, de acordo com a CID-10, “não é um termo exato, porém é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível, associado, na maioria dos casos, a sofrimento ou interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental, como aqui definido.”³

Antes, psiquiatria parece simplesmente abrir mão da monumental obra de Kraepelin e outros clássicos ao dar lugar ao pragmatismo ateu. As novas gerações de psiquiatras pouco ou nada frequentam os clássicos, e se o fazem, a leitura pouco lhes modifica a prática clínica. Os psicanalistas mantêm um diálogo maior com a psiquiatria clássica do que grande parte dos próprios psiquiatras.

DA PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA AO TRANSTORNO BIPOLAR

Segundo Henry Ey, desde a antiguidade foram observadas as relações entre as crises de mania e de melancolia; entretanto estas duas crises permaneceram até o início do séc. XIX como “doenças” separadas e que apenas ocasionalmente poderiam alternar-se ou complicar-se. Esta maneira de ver foi ainda partilhada por Pinel e por Esquirol.

Em 1854 J. P. Falret e Baillarger descreveram quase ao mesmo tempo uma mesma doença, chamada pelo primeiro de ‘loucura circular’ (caracterizada pela reprodução sucessiva e regular do estado maníaco, do estado melancólico e de um intervalo lúcido mais ou menos prolongado) – e pelo segundo de “loucura de dupla forma” (caracterizada “pela sucessão de dois períodos, um de excitação e outro de depressão”). Em 1883 surgiu o trabalho de Ritti que consagrou, na França, a noção de uma doença única caracterizada por uma sucessão de crises de mania e de melancolia em um mesmo indivíduo.

Na Alemanha, diversos autores estudaram a nova entidade sob o nome de “psicose periódica”. Porém, foi Kraepelin, em 1899, pela descrição da análise minuciosa dos estados de transição e das imbricações das crises maníacas e melancólicas, quem chegou à noção dos estados mistos e demonstrou, assim, a identidade profunda destas duas formas de distúrbios. Kraepelin agrupou, então, todas as psicoses descritas precedentemente sob os nomes de intermitentes, circulares, periódicas, de dupla forma ou alternadas em uma doença fundamental, e propôs classificá-las no quadro da loucura maníaco-depressiva, que ele considerava como uma

³ Ibid, p. 5

psicose essencialmente endógena (ou constitucional)⁴. Os sintomas eram descritos, classificados e ordenados de maneira a configurarem uma entidade nosológica, um tipo clínico. É possível extrair de um *site* chamado Psicosite, cuja linguagem é acessível a um leitor não especialista, importantes informações que localizam o tema.

O QUE É O TRANSTORNO BIPOLAR?

O transtorno afetivo bipolar era denominado até bem pouco tempo psicose maníaco-depressiva. Esse nome foi abandonado principalmente porque este transtorno não apresenta necessariamente sintomas psicóticos; na verdade, na maioria das vezes esses sintomas não aparecem. Os transtornos afetivos não estão com sua classificação terminada. Provavelmente, nos próximos anos surgirão novos subtipos de transtornos afetivos, melhorando a precisão dos diagnósticos. Por enquanto basta-nos compreender o que vem a ser o transtorno bipolar. Com a mudança de nome esse transtorno deixou de ser considerado uma perturbação psicótica para ser considerado uma perturbação afetiva. (Psicosite).⁵

Vemos aqui uma importante mudança: a eliminação da categoria psicose para a caracterização de uma função psíquica. A alteração diz mais respeito a uma modificação psicopatológica quantitativa do que qualitativa da vivência psíquica jasperiana. Este movimento não é sem conseqüências na clínica. Ao dar um lugar privilegiado ao distúrbio afetivo, cria-se a subdivisão ‘com’ ou ‘sem’ sintomas psicóticos. Isto significa que o foco do tratamento se dá na direção de se medicar o que tem maior importância. Em CID-10, “*Quando se registrar mais do que um diagnóstico, é usualmente melhor dar precedência a um sobre os outros, especificando-o como o diagnóstico principal, e rotular quaisquer outros como diagnósticos secundários ou adicionais. A precedência deve ser dada àquele diagnóstico mais relevante para o propósito por que os diagnósticos estão sendo colhidos; no trabalho clínico é esse freqüentemente o transtorno que motivou a consulta ou o contato com os serviços de saúde.*”⁶ Embora haja a possibilidade de se refazer este cálculo – ainda segundo o CID-10 – “*Reverso a vida do paciente, o diagnóstico mais importante pode ser “... diferente daquele mais relevante para a consulta imediata*”⁷; o que permanece é uma priorização dos sintomas mais evidentes em detrimento da categoria, e mais distante ainda da perspectiva de se calcular a partir de uma posição subjetiva.

⁴ Ey, H. *Manual de Psiquiatria*, 5ª. Edição. Editora Masson do Brasil, p. 286

⁵ Psicosite.com.br, bipolar

⁶ CID 10, opus cit., p. 6

⁷ Ibid, p. 6

A CLASSIFICAÇÃO:

Transtornos do Humor:

F 30 Episódio Maníaco

F 31 Transtorno Afetivo Bipolar

F 32 Episódio Depressivo

F 33 Transtorno Depressivo Recorrente

F 34 Transtornos Persistentes do Humor (afetivos)

F 38 Outros Transtornos do Humor (afetivos)

F 39 Transtorno do Humor (afetivo) não especificado

Descrição das fases:

Fase maníaca:

O estado de humor está elevado, podendo isso significar uma alegria contagiante ou uma irritação agressiva. Junto a essa elevação encontram-se alguns outros sintomas como elevação da auto-estima, sentimentos de grandiosidade podendo chegar a manifestação delirante de grandeza, considerando-se uma pessoa especial, dotada de poderes e capacidades únicas como telepáticas, por exemplo. Aumento da atividade motora apresentando grande vigor físico, e apesar disso com diminuição da necessidade de sono. O paciente apresenta forte pressão para falar ininterruptamente, as idéias correm rapidamente a ponto de ele não concluir o que começou e ficar sempre emendando uma idéia não concluída em outra, sucessivamente: a isto denominamos fuga-de-idéias. O paciente apresenta elevação da percepção de estímulos externos, o que o faz distrair-se constantemente com pequenos ou insignificantes acontecimentos alheios à conversa em andamento. Aumento do interesse e da atividade sexual. Perda da consciência a respeito de sua própria condição patológica, tornando-se uma pessoa socialmente inconveniente ou insuportável. Envolvimento em atividades potencialmente perigosas sem manifestar preocupação com isso. Podem surgir sintomas psicóticos típicos da esquizofrenia, o que não significa uma mudança de diagnóstico, mas mostra um quadro mais grave quando isso acontece. Sentimento de estar no topo do mundo com alegria e bem-estar inabaláveis; nem mesmo más notícias, tragédias ou acontecimentos horríveis diretamente ligados ao paciente podem alterar-lhe o estado de humor. Nessa fase o paciente literalmente ri da própria desgraça. Sentimento de grandeza: o indivíduo imagina que é especial ou possui habilidades especiais, é capaz de considerar-se um escolhido por Deus, uma celebridade, um líder político. Inicialmente, quando os sintomas ainda não se aprofundaram, o paciente sente-se como se fosse ou pudesse ser uma grande personalidade; com o aprofundamento do quadro esta idéia torna-se uma convicção delirante. Sente-se invencível, acha que nada poderá detê-lo.

Hiperatividade: os pacientes nessa fase não conseguem ficar parados, sentados por mais do que alguns minutos, ou relaxar.⁸

FASE DEPRESSIVA

É de certa forma o oposto da fase maníaca; o humor está depressivo, a auto-estima em baixa com sentimentos de inferioridade, a capacidade física comprometida, pois a sensação de cansaço é constante. As idéias fluem com lentidão e dificuldade, a atenção é difícil de ser mantida e o interesse pelas coisas em geral é perdido, bem como o prazer na realização daquilo que antes era agradável. Nessa fase o sono também está diminuído, mas ao contrário da fase maníaca, não é um sono que satisfaça ou descanse, uma vez que o paciente acorda indisposto. Quando não tratada a fase maníaca pode durar meses também. O paciente fica com sentimentos irrealistas de tristeza, desespero e auto-estima baixa. Não se interessa por aquilo de que costumava gostar ou ter prazer, cansa-se à toa, tem pouca energia para suas atividades habituais; também tem dificuldade para dormir, sente falta do sono e tende a permanecer na cama por várias horas. O começo do dia (a manhã) costuma ser a pior parte para o deprimido, porque ele sabe que terá um longo dia pela frente. Apresenta dificuldade em concentrar-se no que faz e os pensamentos ficam inibidos, morosos, faltam idéias ou demoram a ser compreendidas e assimiladas. Da mesma forma a memória também fica prejudicada. Os pensamentos costumam ser negativos, sempre em torno de morte ou doença. O apetite fica inibido e o paciente pode ter perda significativa de peso.⁹

Um quadro clínico que freqüentemente se presta a uma confusão diagnóstica são os chamados transtornos esquizoafetivos que, conforme a CID-10, são *“transtornos episódicos nos quais tanto os sintomas afetivos quanto os esquizofrênicos são proeminentes, de tal modo que o episódio da doença não justifica um diagnóstico quer de esquizofrenia, quer de episódio depressivo ou maníaco. Outras afecções em que os sintomas afetivos estão superpostos à doença esquizofrênica pré-existente, ou coexistem ou alternam com transtornos delirantes persistentes de outros tipos, são classificados fora em F20-F29. Os sintomas psicóticos que não correspondem ao caráter dominante do transtorno afetivo não justificam um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.”*¹⁰

Em recente publicação denominada *Enigma Bipolar*, o psiquiatra Teng Chei Tung, que participa há 15 anos do grupo de Doenças Afetivas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das

⁸ Psicosite, opus cit.

⁹ Psicosite, opus cit.

¹⁰ CID 10, opus. cit., p.103

Clínicas de São Paulo, afirma que “até mesmo para médicos psiquiatras, psicólogos e pesquisadores em neurociências, o que parecia estar bem definido não é tão verdadeiro assim, havendo questões polêmicas em relação ao diagnóstico, às possíveis causas e inclusive em relação aos tratamentos.”¹¹ Ele anuncia aqui que o objeto, por mais que seja descrito, não se dá a conhecer.

Tung afirma categoricamente que se trata de uma doença no sentido médico, que tem causas biológicas (genéticas e outras) associadas a fatores ambientais e que “*como qualquer outra área da ciência, o conhecimento sobre o transtorno bipolar não é um conjunto coerente, claro e límpido, mas uma colcha de retalhos composta de informações quase sempre contraditórias, que, impedem uma visão clara do todo.*”¹² Ao mesmo tempo em que o transtorno é reconhecido como doença e que “*por isso precisa ter causas orgânicas bem estabelecidas*” Tung, admite que “*causas possíveis estão em pesquisa, como os aspectos genéticos e familiares e que não há ainda exames laboratoriais que possam dar o diagnóstico definitivo.*”¹³ Já que não há comprovações orgânicas cabais, só resta a observação clínica para o estabelecimento do diagnóstico. E aqui também se colocam dificuldades, pois a avaliação obedece a critérios mutáveis de acordo com quem avalia os sintomas apresentados, com as diversidades culturais e as discrepâncias de valoração da sintomatologia. Mesmo tomando a tristeza como um elemento decisivo do diagnóstico, Tung considera que “*a intensidade da tristeza não é um critério muito preciso, pois cada um tem a sua medida de tristeza, que pode ser intensa para um e não ser perceptível para outro. Além disso, ela pode variar com o momento do dia, podendo assim, distorcer a percepção da realidade... Se o indivíduo admitir que essa tristeza está interferindo na sua vida, provavelmente se trata de uma tristeza patológica.*”¹⁴

*“Outra forma de se avaliar se uma tristeza pode ser patológica é tentar comparar o momento de vida com outros tão difíceis quanto, ou mais, e verificar se a tristeza é parecida. Se for mais intensa ou se incomodar muito mais, então provavelmente estaremos diante da tristeza patológica. Por exemplo, uma pessoa que perde o emprego poderá sentir uma tristeza muito mais intensa do que nas outras vezes em que perdeu o emprego. É óbvio que uma situação de vida não é igual à outra, mas pode ser um parâmetro de comparação útil.”*¹⁵

¹¹ TUNG, T. *Enigma Bipolar – consequências, diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar*. Edith M. Elek, São Paulo, pg. 9

¹² Ibid, p.14-15

¹³Ibid, p. 18

¹⁴Ibid, p. 26

Segundo ele, as diferentes formas de diagnóstico dependem da definição do que é depressão, que varia com regras estabelecidas por órgãos de saúde, por grupos de estudos e pesquisas da área. Assim, uma pessoa pode ter depressão pelo sistema diagnóstico considerado oficial, definido pela OMS, e não ter depressão, se for utilizado o sistema de diagnóstico dos EUA, também conhecido como DSM-IV. Pelas diferenças técnicas que existem entre os diversos grupos de pesquisas o diagnóstico depende dos critérios utilizados em cada grupo.

Pelo fato de manterem a descrição psicopatológica como elemento importante na composição dos quadros clínicos, parece que esses elementos não são mais do que apenas um elo entre uma psiquiatria e outra, no meu modo de entender, uma vez que o DSM-IV introduz uma temporalidade que tem lógica própria, pois adquire o peso da definição diagnóstica e indicação terapêutica. Senão, vejamos:

Para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior fazem-se necessários no mínimo cinco dos seguintes sintomas presentes durante o período de duas semanas:

- 1- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias. Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável;
 - 2- Diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias;
 - 3- Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
 - 4- Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
 - 5- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
 - 6- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
 - 7- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva quase todos os dias;
 - 8- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão quase todos os dias;
- etc.

Episódio Hipomaniaco:

Período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável durante todo o tempo, com duração mínima de 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não deprimido.

Transtorno Depressivo Maior Recorrente:

Presença de dois ou mais episódios depressivos maiores. Nota: Para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.

Transtorno Distímico:

Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros, por período mínimo de 2 anos.

Vemos que há uma contabilidade quantificável que dá significação própria à constituição sintomática. O sujeito é extraterritorial e passa a se fazer reconhecido por um protocolo mensurável. Neste sentido, os cuidadosos exames psicopatológicos, a participação efetiva do paciente, que é convocado a dar um testemunho dos seus sintomas, a confrontação teórico-clínica das descrições psicopatológicas entre os grandes mestres perde o sentido. Já existe um compêndio pronto para ser usado. Basta encaixar a sintomatologia, a sua quantificação, os períodos observados no manual estatístico já estabelecido. As descrições dos sintomas são os elementos de continuidade entre uma psiquiatria e outra, o fenômeno psicopatológico é o mesmo, porém seu valor passa a ser, senão secundário, no mínimo relativizado pela temporalidade quantificadora. Além disso as informações podem ser recolhidas através do próprio paciente ou pelo depoimento de outro observador, pois é relevante que, para cada conjunto de sintomas, haja a sua correspondência no manual, ao estilo de um *puzzle*.

Há todo um esforço de buscar um substrato orgânico mediante o desenvolvimento das neurociências para justificar e dar um lugar destacado aos Transtornos Afetivos na contemporaneidade, o que vem justificando os vultosos investimentos farmacêuticos no segmento dos antidepressivos e estabilizadores de humor. Nunca se fez tanto diagnóstico de Transtorno Bipolar e outros transtornos afetivos como atualmente. Todo este esforço atende a uma dupla necessidade; de um lado a resposta clínica aos medicamentos busca dar sustentação à hipótese biológica dos transtornos; do outro, justifica o investimento na pesquisa da indústria farmacêutica.

No *Le Monde Diplomatique* de maio de 2006, há uma publicação chamada “Os vendedores de doenças”, que mostra as “estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros, espalhando o medo e transformando qualquer problema banal de saúde numa “síndrome” que exige tratamento.”¹⁶ Reproduzo aqui pequenos trechos do artigo:

“Há cerca de trinta anos, o dirigente de uma das maiores empresas farmacêuticas do mundo fez declarações muito claras. Na época, perto da aposentadoria, o dinâmico diretor da Merck, Henry Gadsden, revelou à revista Fortune seu desespero por ver o mercado potencial de sua empresa confinado

¹⁶ *Os Vendedores de doenças*. Le Monde diplomatique, maio de 2006.

somente às doenças. Explicando, preferiria ver a Merck transformada numa espécie de Wringley's – fabricante e distribuidor de gomas de mascar –; Gadsden declarou que sonhava, havia muito tempo, em produzir medicamentos destinados às... pessoas saudáveis. Porque, assim, a Merck teria a possibilidade de “vender para todo mundo”. Três décadas depois, o sonho entusiasta de Gadsden tornou-se realidade. As estratégias de marketing das maiores empresas farmacêuticas almejam agora, e de maneira agressiva, as pessoas saudáveis. Os altos e baixos da vida diária tornaram-se problemas mentais. Queixas totalmente comuns são transformadas em síndromes de pânico. Pessoas normais são cada vez mais pessoas transformadas em doentes. Timidez virou ansiedade social. Em meio a campanhas de promoção, a indústria farmacêutica, que movimenta cerca de 500 bilhões de dólares por ano, explora os nossos mais profundos medos da morte, da decadência física e da doença – mudando assim literalmente o que significa ser humano. Recompensados com toda razão quando salvam vidas humanas e reduzem os sofrimentos, os gigantes farmacêuticos não se contentam mais em vender para aqueles que precisam.”¹⁷

Vince Parry, especialista em publicidade, se dedica à mais sofisticada forma de venda de medicamentos: ocupa-se, junto com as empresas farmacêuticas, em criar novas doenças. Em um artigo impressionante intitulado “A arte de catalogar um estado de saúde”, Parry revelou recentemente os artifícios utilizados por essas empresas para “favorecer a criação” dos problemas médicos. Às vezes, trata-se de um estado de saúde pouco conhecido que ganha uma atenção renovada; às vezes, redefine-se uma doença conhecida há muito tempo, dando-lhe um novo nome; e outras vezes cria-se, do nada, uma nova “disfunção”. Entre as preferidas de Parry encontram-se a disfunção erétil, o problema da falta de atenção entre os adultos e a síndrome disfórica pré-menstrual – uma síndrome tão controvertida, que os pesquisadores avaliam que nem existe. Com rara franqueza, Perry explica a maneira como as empresas farmacêuticas não só catalogam e definem seus produtos com sucesso, tais como o Prozac ou o Viagra, mas definem e catalogam também as condições que criam o mercado para esses medicamentos.¹⁸

Nesse sentido, vale a pena retomarmos uma breve intervenção de Zenoni ao se reportar a um caso cínico. Diz ele: (Vou fazer) “um comentário sobre o estudo de caso que fizemos. É uma coisa que me foi sugerida pelo fato de que o diagnóstico foi mudado. Antes era psicose esquizofrênica e depois se tornou PMD unipolar. Isso me pareceu sinal de uma mutação na

¹⁷ Ibid

¹⁸ *Le Mond*, opus cit.

clínica psiquiátrica, regressiva, se posso dizer, na medida em que os problemas do humor generalizados correm o risco de levar a psicose para o lado orgânico. Eu vejo muito, nos hospitais de Bruxelas, por exemplo, que o diagnóstico de PMD estava mais presente em detrimento de outros diagnósticos. Eu me pergunto se a difusão desse diagnóstico de PMD não assinala o retorno a uma clínica do déficit, e nós devemos defender uma clínica diferencial das psicoses, no sentido em que Lacan diz que a operação de Freud, nesse assunto das psicoses, foi a de introduzir o sujeito. Me parece que defender a paranóia e a esquizofrenia contra a psicose maníaco-depressiva, para dizer as coisas um pouco grosseiramente, é solidária de uma defesa do sujeito na clínica, mostrando que a psicose faz parte de uma posição subjetiva.”¹⁹

¹⁹ Zenoni, A. Abrecampos – *Revista de Saúde Mental e Psicanálise* do Instituto Raul Soares, Anio 1, no. 0, 2000, p. 49.