

## As perspectivas psiquiátrica e psicanalítica sobre os "transtornos de humor"

Adauto Silva Clemente

### I. Introdução

Na perspectiva psiquiátrica tradicional, o termo *mania* designa estados de exaltação do humor, excitabilidade psíquica, aceleração do pensamento, elevação da autoestima e grandiosidade. O termo *hipomania* descreve estados maníacos de menor gravidade. Por sua vez, *melancolia* refere-se a estados de depressão grave do humor, lentificação psicomotora, inibição das funções psíquicas, pessimismo, autoacusações, ideias de indignidade e de morte, podendo chegar ao suicídio<sup>1</sup>. O termo *depressão* comporta pelo menos três significados psicopatológicos, podendo referir-se a: (1) um estado afetivo normal; (2) um sintoma observado em várias enfermidades médicas e psiquiátricas; ou (3) uma entidade diagnóstica caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, tais como: abatimento do humor ou tristeza, perda do interesse ou do prazer, fadiga ou falta de energia, alteração do sono e do apetite, dificuldades de concentração, pessimismo, sentimentos de desvalorização ou culpa, pensamentos de morte ou suicídio<sup>2</sup>.

Nos sistemas classificatórios psiquiátricos contemporâneos esses quadros estão reunidos na categoria diagnóstica dos *transtornos do humor* (ou *transtornos afetivos*) e subdivididos em dois grupos: a *depressão unipolar* e o *transtorno bipolar*. No primeiro, são observados somente sintomas da série depressiva, enquanto no transtorno bipolar ocorrem sintomas tanto do polo depressivo quanto do polo maníaco, simultânea ou alternadamente, em diferentes combinações. Esses quadros

vêm sendo objeto de grande interesse no campo da psiquiatria e frequentemente surgem propostas de mudanças em sua definição. Assistimos, por exemplo, à emergência de conceitos como o *espectro bipolar*, com a perspectiva de melhorar a capacidade de reconhecimento de condições bipolares e a discriminação dos pacientes que se beneficiariam de intervenções farmacológicas específicas.

A classificação psicanalítica não comporta categorias diagnósticas correspondentes aos diagnósticos psiquiátricos. Ainda assim, neste trabalho, procuramos articular algumas concepções psicanalíticas que permitem entender fenômenos descritos pela psiquiatria em relação aos transtornos de humor. A iniciativa pode parecer uma tentativa ingênua de fazer existir uma relação entre psiquiatria e psicanálise, porém a executamos cientes das distinções epistemológicas e de finalidade entre essas disciplinas, que tornam sua interação complexa e algumas vezes inconciliável.

Iniciamos com uma revisão sobre a evolução dos conceitos e descrições psiquiátricas sobre os transtornos de humor e, a seguir, apresentamos sua articulação possível com elaborações psicanalíticas<sup>3</sup>.

## **II. A psiquiatria e os transtornos de humor**

Os termos mania e melancolia remontam à Antiguidade e abrangeram descrições mais ou menos amplas, conforme as épocas. A melancolia descrevia estados caracterizados por tristeza e medo e a mania se referia genericamente a estados de agitação e descontrole.

A transição do século XVIII para o XIX marcou o início da nosografia psiquiátrica, que assimilou os termos mania e melancolia. Nessa época, as alterações do humor não eram sintomas primordiais na descrição desses estados, que tampouco eram mencionados como polos opostos, ou seja, a

mania não era definida em contraposição com as características da melancolia<sup>4</sup>.

A conexão entre mania e melancolia como estágios diferentes de uma enfermidade comum só passou a ser reconhecida definitivamente em meados do século XIX, com as descrições francesas da *folie circulaire* (mania-melancolia-intervalo sem sintomas) por Falret e da *folie à double forme* (um episódio seguido por outro de polaridade oposta) por Baillarger<sup>5</sup>.

Nessa mesma época, o termo depressão, originado da medicina cardiovascular, passou a ser utilizado na psiquiatria para designar estados de diminuição geral da atividade psíquica, de abatimento e consternação, no qual se incluíam melancólicos, hipocondríacos e neurastênicos<sup>6</sup>.

Cotard<sup>7</sup> identificou e descreveu nos melancólicos os delírios de autoacusação e o *delírio das negações* - com ideias hipocondríacas, de morte ou de imortalidade, de negação de órgãos, do próprio corpo ou do mundo exterior. Seglás (1894) considerou "elementares" na melancolia duas ordens de fenômenos: distúrbios do corpo e distúrbios do pensamento. Os delírios não seriam componentes essenciais e, quando presentes, tinham natureza penosa e eram acompanhados de passividade e resignação<sup>8</sup>. O alemão Griesinger<sup>9</sup> propôs que o distúrbio psíquico essencial da melancolia era um *mal-estar moral*, que constituía a base das outras manifestações do quadro.

Finalmente, Kraepelin estabeleceu uma classificação (1899) que até hoje fundamenta a nosologia psiquiátrica, com a separação paradigmática das enfermidades mentais em dois grandes grupos: a *psicose maniacodepressiva* (PMD) e a *demência precoce*. Em oposição à demência precoce, a PMD era caracterizada por curso periódico ou episódico, prognóstico mais benigno e história familiar de quadros homólogos<sup>10</sup>. Ele incluiu sob o rótulo da PMD várias condições psiquiátricas descritas à época, convencido de que todas

representavam manifestações de um único processo mórbido<sup>11</sup>. Considerava, por exemplo, a existência de *estados fundamentais* da PMD, temperamentos ou características atenuadas da PMD que eram comumente observadas antes do início da doença e também entre os familiares dos pacientes. Em sua obra, encontramos ainda o conceito de *estados mistos*, em que elementos maníacos e depressivos estão simultaneamente presentes no mesmo paciente<sup>12</sup>.

Apesar de hegemônica, a doutrina de Kraepelin teve alguns opositores, como Kleist e Leonhard, que defendiam a divisão da PMD entre suas formas puras (monopolares maníacas ou depressivas) e polimórficas (bipolares). Na década de 60, no esforço de estabelecer subclasses diagnósticas geneticamente homogêneas, outros autores passaram a defender a divisão da PMD em duas entidades distintas<sup>13</sup>. O advento da psicofarmacologia também teve incidências sobre a nosografia psiquiátrica. Por exemplo, os sais de lítio alteravam drasticamente a evolução dos casos bipolares, mas demonstravam poucos benefícios na esquizofrenia e na depressão unipolar, reforçando a hipótese de que tais quadros fossem realmente distintos<sup>14</sup>.

Nessa época, a psiquiatria se ocupava de uma classificação dos estados depressivos que permitisse uma suposição etiológica sobre seus mecanismos, como a oposição de *endógeno versus exógeno*<sup>15</sup>. O diagnóstico deveria remeter-se também às estruturas profundas da personalidade do deprimido: estrutura psicótica ou neurótica, que condicionariam, por mecanismos próprios, “uma posição nosográfica e atitudes terapêuticas peculiares a cada estrutura”. Nas crises de *depressão neurótica*, a experiência de tristeza estaria “mais integrada ao contexto de vida e com a história conflitiva do indivíduo”. Nas *depressões melancólicas*, tal descompensação sobreviria à estrutura psicótica anterior, conduzindo a um estado

sintomático transitório ou irreversível. O mesmo mecanismo explicaria a depressão observada em outras condições psicóticas.

Em 1980, a publicação da terceira edição do manual diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III) mudou radicalmente a concepção do diagnóstico psiquiátrico, consagrando uma perspectiva baseada na observação objetiva de sintomas. As suposições etiológicas foram eliminadas da avaliação diagnóstica, bem como seus possíveis mecanismos<sup>16</sup>. A entidade única e abrangente da PMD foi desmembrada em outras categorias diagnósticas, compondo principalmente o grupo dos *transtornos afetivos*, e firmou-se a distinção entre quadros bipolares e depressivos unipolares, repartição que persiste na nosografia psiquiátrica atual. O termo melancolia passou a ser utilizado para tipificar episódios depressivos com intensa inibição psicomotora e perturbações somáticas (insônia terminal, redução importante do apetite e do peso) ou com fenômenos psicóticos associados.

A edição seguinte do DSM (DSM-IV, de 1994) adotou uma subdivisão dos quadros bipolares: tipo I (presença de episódios depressivos e maníacos), tipo II (presença de episódios depressivos e hipomaníacos) e ciclotimia (presença de oscilações persistentes do humor, de caráter mais leve). Outros subtipos também vêm sendo propostos para incluir casos que não poderiam preencher os critérios diagnósticos atuais, dando força à tendência de conceber os transtornos afetivos em um *continuum* ao invés de categorias delimitadas; perspectiva que vem alcançando grande aceitação sob a designação genérica de *espectro bipolar*<sup>17</sup>.

Alguns estudiosos defendem o resgate do termo *enfermidade maníacodepressiva* por considerá-lo mais adequado para descrever a realidade clínica dos transtornos de humor recorrentes. Nesses casos, as similaridades

evolutivas e na resposta terapêutica fazem parecer inadequada a delimitação unipolar *versus* bipolar<sup>18</sup>.

### **III. Algumas tentativas de articulação entre concepções da psiquiatria e da psicanálise**

A compreensão psicanalítica sobre depressão, melancolia e mania foi construída a partir de suas descrições psiquiátricas clássicas, influência facilmente constatada em várias construções psicanalíticas. Por exemplo: a concepção de que melancolia e mania compartilham mecanismos comuns e se alternam no tempo; as descrições da inibição e da culpabilidade melancólica que apoiaram a compreensão psicanalítica sobre a experiência do luto e, especialmente, a descrição da melancolia como um estado de *dor moral*, que podemos alinhar às perspectivas éticas sobre os sentimentos depressivos encontradas em Freud e em Lacan. Por outro lado, a psicanálise chegou a ter importante influência sobre as concepções psiquiátricas no século passado. Porém, diferentemente da psiquiatria, o diagnóstico psicanalítico não tem relação direta e sistemática com uma descrição psicopatológica de "quadros clínicos". Na psicanálise, o diagnóstico busca identificar estruturas de sentido, definidas pelo mecanismo que marca o trajeto edípico de cada sujeito: neurose, psicose e perversão<sup>19</sup>.

O campo psiquiátrico sempre contou com defensores da possibilidade de uma explicação física para os transtornos mentais, perspectiva que alcança grande predominância na contemporaneidade<sup>20</sup>. Parece evidente que o termo depressão se mostra mais aplicável a uma definição médica, por evocar uma explicação fisiológica, com um sentido de insuficiência, diminuição ou decréscimo. Assim, a melancolia cedeu lugar ao conceito de depressão, prevalente na nosografia psiquiátrica atual.

A psicanálise não confere à depressão o *status* de um diagnóstico, mas de uma consequência da posição do sujeito, um atributo da própria condição do viver humano, que pode ser encontrado em qualquer estrutura clínica<sup>21</sup>, enquanto a melancolia se restringe a um tipo clínico de psicose. Desde Freud, as descrições psicanalíticas sobre a melancolia permaneceram relativamente constantes, sem acompanhar as mudanças nas perspectivas psiquiátricas. Lacan considerava que alguns fenômenos das psicoses, que têm como característica fundamental a ruptura do laço com o Outro, sofrem poucas variações propiciadas pela cultura e pelos momentos históricos; são fora do discurso, categoria na qual se pode incluir a melancolia<sup>22</sup>.

Apesar das diferenças e do distanciamento observado entre as disciplinas, consideramos que algumas das concepções contemporâneas sobre os transtornos do humor poderiam ser compreendidas à luz das teorias psicanalíticas.

Várias manifestações melancólicas podem ser entendidas como efeitos da forclusão. As autoacusações podem ser a forma como é subjetivada a perda constitutiva associada ao complexo de castração e que não é simbolizada nas psicoses. Enquanto o paranoico atribui seus infortúnios ao Outro a quem dirige suas recriminações, o melancólico acusa a si mesmo. Outros fenômenos podem ser entendidos pelo mecanismo do *retorno no real*, cujo paradigma é a alucinação, mas que também pode se apresentar como perplexidade, fuga de ideias, anarquia da intencionalidade, desregulação dos ritmos vitais, alterações na vivência do tempo. A autodifamação e a passividade com que o melancólico aceita o seu infortúnio são tidas como versões próprias do *empuxo-à-mulher* desses sujeitos<sup>23</sup>.

Segundo a descrição psiquiátrica, os transtornos de humor apresentam evolução tipicamente fásica e recorrente, ou seja, fora dos episódios maníacos ou depressivos, esses

indivíduos tornam-se assintomáticos. Porém, tem se observado que, com frequência, permanecem diversos sintomas subsindrômicos e comprometimentos funcionais nos intervalos entre os episódios<sup>24</sup>. A origem dessas perturbações não está completamente elucidada, sendo atribuída especialmente a alterações neuropatológicas residuais. Segundo o modelo da psicanálise, a estrutura do sujeito não é modificável, ou seja, existem características que permanecem como traços da estrutura mesmo antes ou depois de desencadeamentos sintomáticos.

Para a psicanálise, o desencadeamento das crises psicóticas está relacionado ao rompimento da estabilidade da estrutura do sujeito. Nas descrições da psiquiatria, tanto o início quanto a recuperação dos episódios depressivos e maníacos podem dar-se de forma súbita ou progressiva. Do ponto de vista da psicanálise, pode-se conceber que tais variações obedecem à *temporalidade do significante* ou à *temporalidade do vivente*. A temporalidade do vivente é a da assimilação, da cicatrização progressiva, enquanto a temporalidade presidida pelo significante é a de ruptura, de sobressaltos, que procede pelo tudo ou nada. Nos casos de crises ou estabilizações abruptas, poderíamos supor ou identificar elementos significantes que operaram como causa de mudança ou de restauração<sup>25</sup>.

A concepção emergente de espectro dos transtornos de humor parece completamente incompatível com a perspectiva estrutural da psicanálise, porém, a concepção topológica do enlaçamento dos registros real, simbólico e imaginário comporta um modelo "descontinuista", que poderíamos correlacionar ao modelo psiquiátrico do espectro e ajudar a entender a alta taxa de comorbidades psiquiátricas observadas entre os portadores de transtornos de humor. Segundo a psicanálise, nem sempre estarão presentes em um sujeito psicótico aqueles fenômenos típicos das psicoses clássicas, como bem evidenciam conceitos como *pré-psicose* e



*psicoses ordinárias*<sup>26</sup>. Em tais sujeitos, a presença de alguns indícios da foraclusão, que apontam desconexões nas relações do sujeito com o Outro, permitiriam o diagnóstico da psicose na ausência de manifestações melancólicas, maníacas ou fenômenos psicóticos mais típicos<sup>27</sup>. É possível, então, que um sujeito melancólico apresente transtornos de humor leves, ou mesmo não preencha critérios para o diagnóstico correspondente de um transtorno de humor, podendo inclusive receber outros diagnósticos psiquiátricos, como transtorno por uso de substâncias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno dismórfico corporal ou hipocondríaco, transtorno alimentar, transtorno de sono: transtorno de personalidade (por exemplo, personalidade borderline) ou outros.

Outros conceitos também parecem totalmente inconciliáveis quando se tenta articular psiquiatria e psicanálise. Ao contrário da visão psiquiátrica, que considera as alterações afetivas como o fenômeno primário desses quadros, Freud os considera produzidos por causas antecedentes. Já em 1946, no texto "Formulações sobre a causalidade psíquica"<sup>28</sup>, Lacan insistia que todo "fenômeno psíquico é vivido no registro do sentido" e que "não se pode eliminar a ideia de uma causalidade subjetiva para as enfermidades mentais".

Sob esse prisma, observamos uma tendência a distanciamentos que tornam cada vez mais difícil a articulação entre a psiquiatria e a psicanálise. O diagnóstico psiquiátrico contemporâneo não levanta questionamentos sobre a posição subjetiva do paciente; seu objetivo é pragmático: sua tradução em termos de um transtorno tratável, que tem como fim último a definição de uma intervenção médica (frequentemente a prescrição de medicamento) a partir das dimensões sintomáticas manifestas, desconsiderando a compreensão de sua dimensão subjetiva e de suas relações com o mal-estar intrínseco à

vivência humana. A psicanálise mantém a proposta de empreender uma penetração na dimensão propriamente psíquica do sujeito que lhe apresenta seu sofrimento.

---

<sup>1</sup> EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. (1981[1978]). "As psicoses periódicas maniaco-depressivas". In: *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: Atheneu, p.286-298.

<sup>2</sup> RICHARDS, M. S. (2004). "Depresión en la atención primaria". In: *Psiquiatria em Medicina General*. Buenos Aires: Polemos Ed., p.99-124.

<sup>3</sup> Sugerimos a leitura do artigo "Elaborações psicanalíticas sobre melancolia e mania", publicado na revista Almanaque online, nº 12, 2013, onde tais conceitos são expostos com mais detalhes. Disponível em: < <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/12/textos/Almq12Deumanovagera%C3%A7%C3%A3oAdautoClemente.pdf>>.

<sup>4</sup> BERCHERIE, P. (2009[1980]). *Los fundamentos de la clínica - Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, p.232.

<sup>5</sup> BARRETO, F. P. (2009). "Depressão e bipolaridade: antecedentes e perspectivas". In: *Curinga - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais*, (29). Belo Horizonte: EBP, p.113-118.

<sup>6</sup> LUQUE, R.; BERRIOS, G. E. (2011). "Historia de lós transtornos afectivos". In: *Revista Colombiana de Psiquiatria*, (40), p.130S-146S.

<sup>7</sup> COTARD, J. (1999[1882]). "Do delírio das negações". In: *Extravios do desejo: depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Marca D'Água, p.45-56.

<sup>8</sup> QUINET, A. (1999). "Fenômenos elementares e delírio na melancolia para Jules Séglas". In: *Extravios do desejo: depressão e melancolia*. Op. cit., p. 77-84.

<sup>9</sup> GRIESINGER, W. (1999[1865]). "Melancolia no sentido mais estrito". In: *Extravios do desejo: depressão e melancolia*. Op. cit., p. 15-43.

<sup>10</sup> ANGST, J. (2002). *Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia*. Zurich: Pubmed, p. 5-13.

<sup>11</sup> ZIVANOVIC, O.; NEDIC, A. (2012). *Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: one hundred years later*. Serbia: Pubmed, p. 15-24.

<sup>12</sup> DEL PORTO, J. A. (2004). "Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies". In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (26, supl. III). São Paulo: UNIFESP, p.07-11.

<sup>13</sup> IDEM. Ibidem.

<sup>14</sup> STRAKOWSKI, S. M.; FLECK DE, M. M. (2011). *Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits versus risks*. In: World Psychiatry Association. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188763/>>.

<sup>15</sup> EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. (1981[1978]). Op. cit.

<sup>16</sup> MALEVAL, J. C. (2010). "Limites e perigos dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSMs)". In: *Revista de Psicologia Plural*, (31). Belo Horizonte: FUMEC, p.103-138.

- 
- <sup>17</sup> AKISKAL, H. S.; PINTO, O. (1999). "The evolving bipolar spectrum: of Depression. Prototypes I, II, III, IV". In: *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 22, (3), p.517-534.
- <sup>18</sup> GOODWIN, F.; JAMISON, K. R. (2010). *Doença Maníaco-depressiva: transtorno bipolar e depressão recorrente*. Porto Alegre: Artmed.
- <sup>19</sup> DELOUYA, D. (2001). *Depressão - Coleção "Clínica Psicanalítica"*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- <sup>20</sup> NEVES, F. (2009). "A herança da psiquiatria clássica na atualidade". In: *Revista Fala Galba*, (6). Belo Horizonte, p.35-51.
- <sup>21</sup> DELOUYA, D. (2001). Op. cit.
- <sup>22</sup> PERES, U. T. (2006). *Depressão e Melancolia. Psicanálise Passo a Passo*, (22). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.62.
- <sup>23</sup> SOLER, C. (2010). "Pérdida y culpa em la melancolia". In: *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, p.33-43.
- <sup>24</sup> COSTA, A. M. N. (2008). "Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados". In: *Revista de Psiquiatria Clínica Online*, vol. 35, (3). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000300003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000300003&script=sci_abstract&tlng=pt)>.
- <sup>25</sup> SOLER, C. (2010). Op. cit., p.42.
- <sup>26</sup> ZBRUN, M. (2010). "A clínica diferencial das psicoses e as psicoses ordinárias". In: *Opção Lacaniana on line*, (3). Disponível em: <[http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero 3/A clinica diferencial das psicoses psicose ordinaria.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero%203/A%20clinica%20diferencial%20das%20psicoses%20psicose%20ordinaria.pdf)>.
- <sup>27</sup> BATISTA, M. C. D; LAIA, S. (2012). *A psicose ordinária*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, p.21-229.
- <sup>28</sup> LACAN, J. (1998[1946]). "Formulações sobre a causalidade psíquica". In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.152-194.