

DESAFIO NA ACEITAÇÃO DO PACIENTE PARA DIAGNÓSTICO DE BIPOLARIDADE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA COM BASE NA PSICANÁLISE

Tatiana Gomes de Sousa (UNIFAMA)¹

Resumo: A temática sobre Transtorno de Bipolaridade vem ganhando espaço e atenção tanto no âmbito acadêmico como no ambiente medico-científico, dado a relevância e o potencial de impacto nas relações humanas e sociais. O transtorno bipolar caracteriza-se por ser uma doença psíquica que tem como característica alterações de humor, com graus de variações leves e intensos. Essas alterações de humor causam impactos incalculáveis na vida das pessoas diagnosticada e das pessoas em sua volta. Diante disso, o objetivo desta pesquisa é analisar e abordar os desafios e barreiras encontrados na relação paciente e diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. A pesquisa foi realizada com base no levantamento bibliográfico, que agregam conhecimentos ao trabalho, sobre o desafio na aceitação do paciente para diagnóstico de bipolaridade: uma revisão bibliográfica com base na psicanálise. Dessa forma, o tema proposto é de suma importância, pois percebe-se que embora existam avanços significativos referentes aos transtornos psíquicos no campo científico, sua compreensão e/ou conhecimento não é sedimentado pela sociedade e isso afeta significativamente não só as relações pessoais e sociais, mas também um melhor diagnóstico e tratamento adequado.

1- Introdução, 2- justificativa, 3- metodologia, 4- discussão de resultados, 5- conclusão

Palavras-chave: Transtorno Bipolar, Diagnóstico, Psicanálise.

Abstract: The theme of Bipolar Disorder has been gaining space and attention both in the academic environment and in the medical-scientific environment, given its relevance and potential impact on human and social relationships. Bipolar disorder is characterized by being a mental illness characterized by changes in mood, with degrees of mild and intense variations. These mood swings have incalculable impacts on the lives of those diagnosed and those around them. Therefore, the objective of this research is to analyze and address the challenges and barriers encountered in the relationship between patient and diagnosis of Bipolar Affective Disorder. The research was carried out based on the

¹Tatiana Gomes de Souza, acadêmica em Psicologia, 10º Semestre da Faculdade de Guarantã do Norte – UNIFAMA. Mantida pela UNIFAMA – União das faculdades de Mato Grosso. Faculdade de Ciências Sociais de Guarantã do Norte-MT, Rua Jequitibá, nº 40, Jardim Aeroporto. Cep.: 78520-000. E-mail: tatianagomesdesousa@outlook.com junho de 2021.

bibliographic survey, which adds knowledge to the work, on the challenge of patient acceptance for the diagnosis of bipolarity: a bibliographic review based on psychoanalysis. In this way, the proposed theme is of paramount importance, as it is perceived that although there are significant advances regarding psychic disorders in the scientific field, their understanding and / or knowledge is not sedimented by society and this significantly affects not only personal and social relationships, but also better diagnosis and appropriate treatment.

Keywords: Bipolar Disorder, Diagnosis, Psychoanalysis.

1. INTRODUÇÃO

O tema sobre Transtorno de humor e/ou bipolar vem ganhando mais espaço e atenção tanto no âmbito acadêmico como no ambiente medico-científico dado a relevância e o poder de impacto nas relações humanas e sociais. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Transtorno Bipolar atualmente atinge cerca de 140 milhões de pessoas no mundo.

O transtorno bipolar caracteriza-se por ser uma doença psíquica que tem como característica alterações de humor, com graus de variações leves e intensos. Essas alterações de humor causam impactos incalculáveis na vida das pessoas diagnosticada e das pessoas em sua volta. Diante disso, o objetivo desta pesquisa é analisar e abordar os desafios encontrados na relação paciente e diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar.

Portanto, diante do cenário e das peculiaridades inerentes ao transtorno bipolar, surgem enormes desafios para os profissionais de saúde, pacientes, familiares e a sociedade como um todo. Sendo assim a presente pesquisa busca dentro do possível estudar os desafios e implicações na aceitação do paciente para diagnóstico de Transtorno de Bipolaridade partindo de uma abordagem do ponto de vista psicanalítico.

Dessa forma, o tema proposto é de suma importância, pois percebe-se que embora existam avanços significativos referentes aos transtornos psíquicos no campo científico, sua compreensão e/ou conhecimento não é sedimentado pela sociedade e isso afeta significativamente não só as relações pessoais e sociais, mas também um melhor diagnóstico e tratamento adequado.

2. JUSTIFICATIVA

O Transtorno Bipolar é uma doença psiquiátrica que tem relação com as alterações de

humor. No entanto, devido as dificuldades no diagnóstico e as implicações na aceitação do paciente para o diagnóstico, as consequências podem impactar de forma negativa as relações interpessoais, sociais e profissionais da pessoa bipolar e de todos a sua volta. De forma que isso aumenta os desafios para os profissionais de saúde, pacientes, familiares e a sociedade. Portanto a abordagem sobre a temática sobre transtorno bipolar é imprescindível devido sua relevância e importância nos tempos de hoje.

3. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com base no levantamento bibliográfico, que agrega conhecimentos ao trabalho, sobre o desafio na aceitação do paciente para diagnóstico bipolar: uma revisão bibliográfica com base na psicanálise, de forma a esclarecer o porquê da pesquisa, e sua relevância. A pesquisa bibliográfica qualitativa elucida o trabalho mostrando os vários pontos de vista e investigação feitas, por autores que buscam através do meio científico comprovarem a existência de suas investigações e a importância das mesmas para a sociedade conhecer um problema e a solução dos mesmos, de forma a conceituar e evidenciar a existência do fato da ação, dentro da sociedade.

Oliveira (2007) fala que a pesquisa bibliográfica é uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários de domínio científicos e artigos científicos. Tendo como características diferenciadoras ela pontua que é um “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica” (p.69).

No caso da pesquisa aqui realizada, é visar conhecer quais os desafios na aceitação do paciente para diagnóstico de bipolaridade com ênfase na psicanálise baseado em referências bibliográficas, bem como também o papel do profissional da psicologia frente a sua função de trabalho e os direitos por elas colocadas na participação do desenvolvimento social.

No decorrer do desenvolvimento desse trabalho foi feito em primeira mão um levantamento bibliográfico sobre o assunto relacionado as características do transtorno bipolar, influência de uma abordagem psicanalítica no diagnóstico de bipolaridade e os desafios e implicações no diagnóstico de transtorno de bipolaridade.

Dentro das considerações e material pesquisado a pesquisa sobre os desafios na aceitação do paciente para diagnóstico de transtorno bipolar, é de grande potencial possuindo vários

assuntos tratados em livros, artigos científicos, trabalhos acadêmicos, programas e reportagens, que realmente evidenciam o problema de ordem familiar, social e econômica, junto as alterações dos quadros de saúde, que estende as demais ordens da vida dos envolvidos ligados ao transtorno de bipolaridade.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1 TRANSTORNO BIPOLAR AFETIVO: ASPECTOS GERAIS

As primeiras evidências sobre a síndrome de alteração do humor ocorreram na Grécia antiga. Os antigos gregos acreditavam que as doenças psíquicas e do corpo originavam-se de desequilíbrios entre fluidos vitais, ou humores. Contudo, Araeteus da Capadócia (séc. I d.C.) foi quem melhor sintetizou as síndromes maníacas e depressivas associando-as pela primeira vez a um único transtorno, o qual se alternavam entre estados de mania e melancolia (PRATES e KUNZ, 2016).

No entanto, Emil Kraepelin apresenta no início do século XIX o conceito de insanidade maníaco-depressiva. Influenciando grande parte dos sistemas de classificação contemporâneos, além de ser referenciado a quase em todas as obras concernentes ao transtorno de humor e transtornos psíquicos. As descrições de Kraepelin foram norteadas por observações de casos e registros de cerca de mil pacientes com insanidade maníaco-depressiva. Os registros e observações de Kraepelin levou em conta diversos fatores como características pessoais dos pacientes, relativos ao transtorno psíquico, além de outras informações adicionais, incluindo observações forense (PRATES & KUNZ, 2016).

Todavia, Emil Kraepelin não distinguiu alteração e depressão do humor de depressão unipolar psicótica. Assim, a ênfase na bipolaridade é mais atual e surgiu a partir dos estudos de Angst e Perris na década de 60. A diferença proposta por eles entre casos bipolares e unipolares, utilizada atualmente, destaca a presença de mania e elevação de humor como características que definem o transtorno bipolar (GOODWIN & SACHS, 2012). Dessa forma, o transtorno unipolar caracteriza pela ocorrência apenas de depressão e o transtorno bipolar conhecido anteriormente de doença maníaco-depressiva, envolvem

alternância de episódios de depressão com episódios de mania ou hipomania (CORYELL, 2021).

Dessa forma, o transtorno bipolar caracteriza-se por ser um transtorno psíquico onde os estados de humor sofrem alternâncias elevadas que levam desde estado de depressão que consiste em períodos longos e contínuos de tristeza excessiva a mania caracterizada por picos de exaltação excessiva de humor ou euforia (CORYELL, 2021). Assim o Manual Diagnóstico e Estatísticos das Doenças Mentais que atualmente se encontra em sua quinta edição (DSM-V), apresenta aspectos e abordagens que auxiliam e facilita a identificação e diagnóstico do transtorno bipolar (GOODWIN, SACHS, 2012).

4.2 EPISÓDIOS BIPOLARES

4.2.1 EPISÓDIO MANÍACO

Os sintomas maníacos são elementos essenciais para determinar o transtorno bipolar. Que tem como raízes as características amparadas na fenomenologia descrita por Kraepelin, ou seja, humor exaltado, pensamento acelerado, com fuga de ideias, e aumento da coordenação motora. Também somado a essa tríade, aumento de energia (declínio da necessidade de sono), agravo da fala, irritação, estado de paranoia, hipersexualidade e impulsividade. O grau de intensidade, tipologia e a periodicidade desses sintomas determinam a subdivisão entre mania ou hipomania (PRATES & KUNZ, 2016).

Moreno e Moreno H (2016, p. 139) descreve que:

[...] O paciente apresenta elevação do humor, aceleração de pensamentos e ativação psicomotora, ocorre aumento de energia e ideias de grandeza, que podem ser delirantes. Sua aparência pode tornar-se mais extravagante, colorida, até mesmo inadequada para idade, ocupação ou clima, e, às vezes, bizarra ou “alternativa”. A fâcies expressa emoções que vão do êxtase ao ódio, ou altivez e superioridade, passando por euforia e irritabilidade, com olhar brilhante, sorriso abundante ou seriedade e até mesmo absoluta frieza ou ironia (MORENO, MORENO H. 2016, p. 139).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatísticos das Doenças Mentais 5ª edição (DSM-V), é necessário conhecer os principais sintomas e/ou critérios para um diagnóstico mais preciso de mania. Assim os principais sintomas são:

Critérios DSM-V para Mania

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.

D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.

Nota: Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Nota: Os Critérios A-D representam um episódio maníaco. Pelo menos um episódio maníaco na vida é necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Fonte: DSM-V 2014

Os episódios de mania devem ser observados e valorizados com a devida importância, pois, as pessoas bipolares tem um grande potencial de causar danos físicos, patrimoniais, pessoais e sociais, a eles mesmos. Diante disso, é imprescindível reconhecer o transtorno bipolar e dá seguimento no tratamento o mais rápido possível, afim de se evitar maiores prejuízos aos bipolares (GOODWIN, SACHS, 2012, p. 16).

4.2.2 EPISÓDIO HIPOMANÍACO

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatísticos das Doenças Mentais 5º edição (DSM-V), elenca os principais sintomas e/ou critérios para o diagnóstico de hipomania. Assim, os principais sintomas são:

Critérios DSM-V para Hipomania

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.

E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento).

Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota: Os Critérios A-F representam um episódio hipomaníaco. Esses episódios são comuns no transtorno bipolar tipo I, embora não necessários para o diagnóstico desse transtorno.

O estado de hipomania pode ser um princípio de mania no transtorno bipolar tipo I ou pode ser o único episódio de elevação de humor que o indivíduo pode apresentar. Dessa maneira, no primeiro caso, ele é uma indicação para a observância e, geralmente, também uma indicação de transtorno ativo para evitar a mania. A hipomania em um paciente com depressão maior constitui o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II. (GOODWIN e SACHS, 2012, p. 17). “Na hipomania, as alterações são mais moderadas e podem ou não resultar em graves problemas para o indivíduo. Em episódios mais intensos, no entanto, comprometem profundamente a vida dos pacientes e de suas famílias” (PRATES & KUNZ, 2016, p.103).

4.2.3 EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

O transtorno depressivo maior provavelmente seja o diagnóstico diferencial mais desafiador, pois, embora possa estar acompanhado de sintomas hipomaniacos ou maníacos, o transtorno depressivo maior não satisfaz a totalidade dos critérios. Dessa forma, se faz necessário atentar para episódios de mania ou hipomania ocorridos anteriormente quando uma pessoa se apresenta em um episódio de depressão maior (DSM-V, 2014).

Grande parte das consequências do transtorno depressivo maior tem como origem sintomas individuais. No entanto, o grau de prejuízo do transtorno depressivo maior a priori pode ser leve de modo que a percepção das pessoas envolvidas com uma pessoa diagnosticada passa despercebida. Contudo o prejuízo leve e muitas vezes despercebido pode se estender para um grau mais intenso de total incapacidade, levando a pessoa desprover de cuidados essenciais básicos consigo mesma ou até mesmo retração da realidade. Geralmente, a pessoa apresenta maior dor e doença física, maior diminuição do funcionamento físico, social e de papéis (KIAI, 2019).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatísticos das Doenças Mentais 5º edição (DSM-V), elenca os principais sintomas e/ou critérios para o diagnóstico de transtorno depressivo maior. Assim, os principais sintomas são:

Critérios DSM-V para Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)

4. Insônia ou hipersonia quase diária.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por - relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior. Esse tipo de episódio é comum no transtorno bipolar tipo I, embora não seja necessário para o diagnóstico desse transtorno.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimento de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser compreensíveis ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo importante, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico com base na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão da angústia no contexto da perda.

4.3 TIPOS DE TRANSTORNO BIPOLAR CONFORME DSM-V

TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I: Ocorre quando as pessoas experienciam um ou mais episódios de mania. Na grande parte dos diagnósticos de bipolaridade tipo I haverá episódios tanto de mania quanto de depressão, contudo não há necessidade de haver um episódio de depressão para o diagnóstico. Assim, para o diagnóstico bipolar tipo I, os episódios maníacos devem ocorrer por períodos de no mínimo sete dias ou suficientemente graves a ponto de uma hospitalização ser necessária.

TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II: Consiste na ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores ou ao menos um episódio maníaco no decorrer da vida. Outrora considerada mais “suavizada” que o transtorno bipolar tipo I, atualmente não comporta mais a referida consideração, devido em partes, pelo tempo em que as pessoas vivenciam esta experiência de depressão, assim como a estabilidade do humor acarretando prejuízos graves no contexto profissional e social.

TRANSTORNO CICLOTÍMICO ou CICLOTIMIA: Caracteriza-se por ser um estado de humor crônico estável onde as pessoas experienciam a hipomania e depressão leve por período de no mínimo dois anos. Pessoas com ciclotimia podem apresentar breves períodos de humor normal, todavia esses períodos duram menos de oito semanas. Convém lembrar que o diagnóstico de transtorno ciclotímico é realizado em adultos com ao menos dois anos (um ano em crianças) de períodos hipomaníacos e depressivos, sem, contudo, atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior.

TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO: Embora na essência apresente sintomas característicos de mania, hipomania ou depressão. São alterações de humor, que com base em evidências clínicas ou laboratoriais mostram que os sintomas se desenvolveram durante ou posterior a intoxicação por substância ou exposição a medicação, e que isso seja capaz de produzir tais sintomas.

TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO DEVIDO A OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA: São transtornos que ocorrem como consequência fisiopatológica direta de uma outra condição médica, comprovada por evidências provenientes da história clínica, de exames físicos ou laboratoriais.

OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO ESPECIFICADO: O diagnóstico é atribuído quando os sintomas característicos do transtorno bipolar e transtorno relacionado causam sofrimento clinicamente significativo, prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento, contudo, *não preenchem* completamente os critérios para qualquer tipo de transtorno dessa classe. Assim, o *clínico escolhe comunicar* a razão específica pela qual a manifestação não preenche os critérios para qualquer transtorno bipolar ou relacionado específico.

TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO NÃO ESPECIFICADO: É atribuído quando os sintomas característicos do transtorno bipolar e transtorno relacionado, que causam sofrimento clinicamente significativo, prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento, *não preenchem* completamente os critérios para qualquer tipo de transtorno dessa classe. E não havendo informações suficiente para um diagnóstico mais específico, o *clínico escolhe não comunicar* a razão específica pela qual a manifestação não preenchem os critérios.

Fonte: DSM-V 2014

4.4 RELAÇÃO PACIENTE E DIAGNÓSTICO PARA BIPOLARIDADE

O transtorno bipolar impacta amplamente a vida dos indivíduos diagnosticados, desde relações de autocuidado até as relações interpessoais. “podendo ser incapacitante nas atividades rotineiras, de modo que conduza esse indivíduo a situações de vulnerabilidade econômica e social, com consequências na sua saúde física e mental, podendo culminar até mesmo em morte por suicídio” (DUARTE & CARDIM, 2021, p. 755).

Contudo, o diagnóstico de transtorno bipolar não é de fácil aceitação, pois além do sofrimento oriundo desse diagnóstico, este também tende a gerar conflitos para o paciente e as pessoas envolvidas no seu círculo social. Pois, por apresentar comportamentos não compreendidos e/ou socialmente não aceitos acaba por gerar como consequência, exclusão e descrédito acerca da estabilidade do humor e da proximidade de uma vida normal (MALTA & CAFIEIRO, 2017, p. 4).

Além de conviver com a instabilidade provocada por alterações de humor, o paciente bipolar está submetido as experiências negativas que extrapolam seu íntimo. Originalmente por preconceitos, interpretações equivocadas, estigmas, rejeições e ausência de suporte social. Tudo isso, ocasionado por escassez de conhecimento das pessoas sobre a temática do transtorno bipolar, e da capacidade de autocrítica dessas pessoas (DUARTE & CARDIM, 2021).

Dessa forma, isso faz com que os bipolares se sintam rotulados e visto de forma diferente e isso pode acarretar na sua própria exclusão do convívio social devido ao desânimo e baixa autoestima, além de interferir diretamente no diagnóstico e no imediato tratamento. Apesar dos avanços considerados a saúde psíquica ainda não é vista como prioridade havendo, portanto, uma barreira entre a sociedade e as pessoas diagnosticada com algum transtorno bipolar (PEREIRA & GOMES, 2017).

Assim, as pessoas bipolares, de forma equivocada, tendem a sofrer restrições sociais por não se encaixarem nos padrões de comportamentos socialmente aceitos, pois de modo geral a sociedade busca a compreensão do certo, buscando no indivíduo qualidades colaborativas as exigências da sociedade. Sendo isso um contraste acerca do comportamento bipolar considerado anormal pela sociedade (FREITAS, MENDES, SOUZA, 2021).

Porém, as pessoas bipolares podem e devem levar uma vida social, profissional e familiar o mais normal possível, desde que siga de forma incisiva um acompanhamento e

tratamento de forma correta. Contudo, pessoas que não aderem ou tem dificuldade a isso tendem a sofrer impactos de forma negativa em vários aspectos da vida, “seja no casamento ou relações afetivas em geral, seja na vida sexual, financeira e profissional. Divórcios, reprovações acadêmicas, perda de empregos e oportunidades profissionais, exposições sexuais, inadequações sociais, desavenças interpessoais” (MELEIRO, PINHO, OUTROS, 2013, p. 16).

4.5 A PSICANALISE E O TRANSTORNO BIPOLAR

Conforme a Sociedade Brasileira de Psiquiatria a origem exata sobre transtorno de humor são desconhecidas, porém, com os avanços científicos acredita-se que as causas inerentes a oscilação de humor estejam ligadas a vários fatores como aspectos biológicos, disparidade entre os neurotransmissores, desequilíbrio dos hormônios, hereditariedade e fatores ambientais. (MALTA & CAFIEIRO, 2017).

Estudos conduzidos na população demonstra que cerca de 40% das pessoas são expostas em experiências traumáticas no decorrer da vida. Ainda que, a origem do transtorno seja amplamente genética é perceptível a influência significativa voltada para fatores não genéticos. Assim, um estudo retrospectivo com participação de 900 pacientes bipolares adultos com o objetivo de identificar abuso e negligencia na infância (Childhood Adverity Score), mostrou que 82% deles apresentavam pelo menos um ponto em uma escala e 33% apresentava cinco ou mais pontos, qualificando os traumas entre moderados e severos (NEVES e CORRÊA, et al. POST , ALTSHULER , LEVERICH, FRYE, 2016).

Dessa forma, os transtornos psíquicos com base em uma abordagem psicanalítica busca primariamente diagnósticos “com base em uma cuidadosa avaliação comportamental e de experiências subjetivas, agrupando-se pacientes em categorias diagnósticas de forma a propiciar prognóstico e tratamento adequados” (PRATES e KUNZ, 2016, p. 101). O que ocorre de forma diversa e sem relação direta com abordagem psiquiátrica que busca sistematizar com descrições psicopatológicas de quadros clínicos, assim a psicanálise busca em seu diagnóstico identificar estruturas de sentido, definidas pelo mecanismo que

marca o trajeto edípico de cada sujeito: neurose, psicose e perversão” (CLEMENTE, 2013 et al, DELOUYA).

Nessa toada, a concepção psicanalítica acerca da depressão, melancolia e mania foi planejada a partir de descrições psiquiátricas clássicas, influenciada e facilmente verificada em muitas construções psicanalíticas, como a visão de que melancolia e mania dividem mecanismos comuns e se intercalam no tempo, as descrições da inibição e da culpa melancólica que respaldaram o entendimento da psicanálise sobre a experiência do luto, bem como a descrição da melancolia como um estado de dor moral, alinhada às perspectivas éticas sobre os sentimentos depressivos encontrados em Freud e em Lacan (CLEMENTE, 2013).

A psiquiatria contemporânea não esboça questionamentos referentes a subjetividade do paciente em seu diagnóstico, sua essência é pragmática, que a partir das dimensões sintomáticas manifestadas tem como fim último a definição de uma intervenção médica como forma de um transtorno tratável, ignorando a compreensão da subjetividade e as relações com o mal-estar inerentes a vivência humana. Por outro lado, a psicanálise propõe uma penetração na dimensão subjetiva do sujeito que lhe apresenta seu sofrimento. (CLEMENTE, 2013).

Desta forma a psicanálise é um marco expressivo que contribui acerca da compreensão dos transtornos mentais. Pois em sua análise Freud propôs uma nova perspectiva de pensar o sofrimento psíquico, dando foco a noção de conflito entre as possibilidades efetivas de realização de um indivíduo e os imperativos de um ideal exigente, abrindo o caminho que leva a valorização do homem dentro de sua singularidade e marca a importância de seu discurso, de sua palavra, para a compreensão do sofrimento” (PERES, 2010).

5. CONCLUSÃO

Os transtornos bipolares caracterizam-se por alterações intensas de humor que vão desde depressão a euforia. Que devido as dificuldades no diagnóstico e implicações na aceitação do paciente para o diagnóstico de bipolaridade, suas consequências impactam de forma

significativa as relações humanas, aumentando os desafios para os profissionais de saúde, pacientes, familiares e a sociedade como um todo.

Dessa forma, a presente pesquisa buscou analisar e abordar os desafios na aceitação do paciente para diagnóstico de bipolaridade, baseada em uma revisão bibliográfica do ponto de vista da psicanálise. Assim, constatou que o diagnóstico para transtorno bipolar nem sempre é de fácil aceitação pelo paciente, que apesar dos avanços científicos, ainda é estigmatizado pela sociedade. Esse estigma social muitas vezes nasce da falta de uma melhor compreensão e/ou entendimento acerca dos transtornos bipolares, o que acaba por ocasionar impactos significativos na identificação do diagnóstico e o correto tratamento.

Verificou-se que as causas exatas sobre os transtornos bipolares são imprecisas, porém com os avanços científicos, foi possível ampliar o debate sobre as origens, ligando além dos aspectos genéticos, também os aspectos psíquicos, sociais, ambientais, hereditários, hormonais e neurais. Desse modo, percebeu que a psicanálise pode influenciar o entendimento e o diagnóstico acerca das doenças mentais. pois, diferentemente da psiquiatria contemporânea que é mais pragmática em seu quadro para o diagnóstico que não considera a subjetividade do indivíduo, a psicanálise considera a subjetividade do indivíduo para compreensão dos transtornos mentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Alda Judith; MAZZOTTI, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2004.

CLEMENTE, Adauto Silva. **As perspectivas psiquiátrica e psicanalítica sobre os transtornos de humor**. Opção Lacaniana Online, ano 4, n. 12, 2013. Disponível em: Opção Lacaniana (opcaolacaniana.com.br). Acesso em 21 mai. 2022.

DUARTE, Ana Louise; CARDIM, Matheus Martins. **Transtorno Bipolar, relações interpessoais e afetividade de indivíduos acometidos pela doença**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2021. Revista de Pesquisa e Prática em Psicologia (UFSC). Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/rppp/article/download/5090/38...> Acesso em: 28 mai. 2022.

FREITAS, Marcileia dos Santos; MENDES, Simara de Souza; SOUZA, Júlio Cesar Pinto. **O transtorno Bipolar: senso comum x a visão psicopatológica**. Research, Society and development. v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.pp/rsd/article/view/20571>. Acesso em: 4 jun. 2022.

GOODWIN, Guy; SACHS, Gary. **Transtorno Bipolar**. Health Dress 2012.

KIAI.med.br. **Depressão-Critérios-diagnósticos-DMS 5**. 2019. Disponível em: Depressão - Critérios Diagnósticos - DSM-5 — KIAI.med.br

LUDKE, Menga; ANDRE, Marli E. D. A. **Pesquisas em Educação abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

Manual Diagnóstico e Estatístico de doenças mentais. 5. ed. Artmed editora Ltda. Porto Alegre - RS, 2014.

NEVES, Fernando Silva; CORRÊA, Humberto. (Orgs: FLÁVIO KAPCZINSKI •JOÃO QUEVEDO). **Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2016.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PEREIRA, Luicano Formentin; GOMES, Karim Martins. **O olhar do paciente do capsii sobre a psicofobia**. Revista de extensão da Unesc, v.2, n, 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18616/re.v2i1.3767>. Acesso em: 29 mai. 2022.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto; PINHO, André Carvalho Caribé de Araújo; OUTROS. **Transtorno Bipolar: perguntas frequentes nos encontros psicoeducacionais abrata**. ed. Planmark. São Paulo, 2013.

PERES, Urania Tourinho. **Depressão e Melancolia**. 3. ed. Rio de Janeiro, editora Jorge

Zahar, 2010.

PRATES, Antônio; KUNZ, Mauricio. (Orgs: FLÁVIO KAPCZINSKI •JOÃO QUEVEDO). **Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica**. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2016.