

Estados mistos da psicose maniaco-depressiva

Pelo Dr. Aduino Botelho
(Livre-docente e Chefe da Clínica Psiquiátrica da
Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro)

Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria, Rio de Janeiro, n.2, set.-out. 1929, p.105-112

uuuuUUU

Estabelecido por Falret, pai, e Baillarger, que as formas de excitação e depressão psíquicas – mania e melancolia – podiam se associar em uma afecção única, esta foi recebendo as denominações de loucura circular, loucura de dupla forma, loucura alterna, loucura circular contínua, etc., de acordo com a sequência e alternância destes estados.

Em outras observações distinguiram-se as manias e melancolias intermitentes de tipo regular – compostas unicamente de acessos maníacos ou acessos melancólicos – e as de tipo irregular, quando um acesso de forma contrária se intrometia entre acessos semelhantes, como que ligando as loucuras intermitentes de tipo regular às loucuras de “dupla forma”, alternas, circulares, etc. Posteriormente Magnan reagiu contra estas divisões e, continuando a descrever manias e melancolias essenciais, aceitou como “loucura intermitente” todas as outras variedades clínicas da mania e melancolia intermitentes, diversamente combinadas, quer os acessos se repetissem quer eles se alternassem, ou se associassem de qualquer maneira.

Kraepelin, em 1899, reuniu todas estas variedades e mais as chamadas formas essenciais da mania e melancolia no grupo único da psicose maniaco-depressiva. Suas observações haviam mostrado que estados maníacos e depressivos se sucedem, tornando-se mesmo raríssimos os doentes manifestantes de estados exclusivamente de excitação ou depressão, sem um episódio contrário no decurso da perturbação mental.

Verificou mesmo que todos estes estados mórbidos se coligavam, passando diretamente, muitas vezes, de um a outro. Argumentava que as exteriorizações variáveis da demência epiléptica, da demência precoce, da paralisia geral, embora profundamente diferentes na apresentação, muitas vezes em um mesmo indivíduo, tinham um processo mórbido fundamental idêntico. Assim, por uma série de razões clínicas e psicológicas, chegou à concepção de uma entidade única, a psicose maniaco-depressiva. De fato, se em alguns doentes as crises se repetem sempre sob a forma de mania ou de melancolia, na maior parte deles observam-se as formas alternantes, circulares e outras, onde os elementos do estado de excitação se substituem pelos de depressão no evoluir de uma mesma crise, como em sequência natural da mesma doença. Pela identificação

N.E. – Sobre este artigo, ver, “A cena constituinte da psicose maniaco-depressiva no Brasil”, de Joel Birman, neste número de *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*,

que Kraepelin houvera feito dos acessos maníacos, de um lado, e dos acessos depressivos, do outro lado, aquele autor colheu argumentos em favor de uma concepção da existência de estados mistos, onde se verifica a coexistência de fenômenos de excitação e fenômenos de depressão. As provas deste fato são, aliás, verificáveis nas transições de um estado para outro, quando a modificação não se faz bruscamente porém se mostra separadamente para os sintomas predominantes e característicos.

A psicose maníaco-depressiva em sua fase ou estado maníaco se traduz pelo humor alegre (Ha), associação rápida de ideias (Ir) e movimentação exagerada (Me), ao passo que na melancolia o contrário se observa, isto é, humor triste (Ht), ideação lenta (Il) e movimentação diminuída (Md).

Sob o ponto de vista intelectual, o elemento mais característico da excitação é a instabilidade de atenção – que embora presente é extremamente móvel e incapaz de uma concentração. Nela os laços lógicos do pensamento são rompidos a cada instante por novas excitações sensoriais, surpresas e percepções incompletas, que se completam pelas ilusões.

Para o deprimido, domina a inércia motora que pode atingir aos paroxismos do estupor. Deitados dia e noite, pela repugnância aos movimentos e a toda espécie de atividade, fogem do mundo à cata da solidão e do repouso. Têm a atenção enfraquecida pela dificuldade de concentrar o pensamento, e, segundo Dumas, nos doentes deprimidos os gráficos mostram que a atenção, por motivos vários, é mais defeituosa que a dos maníacos. O esforço mental se arrasta como o esforço físico, como que emperrando o curso das ideias.

Entre as formas típicas de excitação maníaca e de depressão melancólica existem muitas formas intermediárias e estes acessos não guardam sempre coloração uniforme. Ocasionalmente há em que os maníacos se mostram passageiramente tristes, silenciosos ou imóveis e que os deprimidos cantam, riem e correm. Estas modificações parciais no estado de excitação ou depressão se mostram frequentes, durando horas, dias e muitas vezes enchendo definitivamente todo o período da crise. É justamente a intromissão de um destes sintomas no quadro onde dominam os sintomas contrários que veio trazer, pelas diferentes combinações não só teóricas como amplamente verificadas na clínica, a concepção dos chamados estados mistos da psicose maníaco-depressiva.

Nestas psicoses afetivas, como em outras neuroses e psiconeuroses, assume sempre maior ou menor importância a constituição individual congênita. Como e porque as síndromes afetivas se manifestam com caracteres diversos e opostos, por vezes de excitação e depressão, está ainda por explicar. Existe a hipótese de que se tratem de elementos endotóxicos, vizinhos entre eles (se não idênticos), que assumem maior ou menor intensidade de reação, portanto de caracteres bioquímicos, e que têm ações eletivas e afinidades diversas para as diferentes partes do sistema nervoso, nos setores afetivos e intelectuais.

Bumke supõe para estes casos a existência de perturbações do quimismo corporal, devidas a uma falta de coordenação no trabalho conjunto dos aparelhos endócrinos que governam o metabolismo cerebral.

Estudando as diferentes combinações dos elementos da mania com os da melancolia, conforme citamos atrás, Kraepelin constituiu os estados mistos e os estudou, catalogando observações. Para tanto se deve observar detida e separadamente cada um daqueles sintomas ou síndromes, notando-se suas variações e alternâncias.

Os estados mistos não constituem só, como já frisamos, na transição de um estado distímico ao outro, formado por parte do quadro clínico que se esvai e por parte do que surge, porém

muitas vezes preenche toda a forma periódica, todo o acesso que, por isso mesmo, precisa ser reconhecido pela boa diagnose. De fato, raramente se observam crises de puro tipo maníaco ou de puro tipo melancólico, pois, com mais frequência, o estado misto se intercala episodicamente no acesso ou mesmo predomina durante toda duração dele.

Para se compreender melhor os estados mistos de psicose maníaco-depressiva, recorreremos às abreviações dos sintomas capitais que enumeramos atrás, lembrando que na mania observam-se:

Ha – humor alegre

Ir – ideação rápida e

Me – movimentação exagerada.

Ao passo que na melancolia observam-se:

Ht – humor triste

Il – ideação lenta e

Md – movimentação demorada.

1. Se o doente conservar o Ha e a Me da mania com modificação na ideação, que passa a ser lenta (Il) como a da melancolia, observamos a chamada *mania improdutiva*, quadro mórbido frequentemente observado. Os doentes desta rubrica se mostram alegres, movimentam-se a cada instante, atiram os objetos porém percebem com lentidão e inexatamente e exigem a repetição insistente de uma pergunta para compreendê-la, respondendo com evasivas, e não se lembram de coisas simples. A uma observação superficial dão a impressão de um imbecil, até que em qualquer oportunidade possam mostrar que são dotados de bastante inteligência.

2. Se, persistindo os elementos da mania, apenas a Me se transforma em Md, obtém-se a *mania inibida*. Os doentes desta variedade são eufóricos, com humor um pouco excitado, dispostos aos gracejos com fuga de ideia e assonâncias, mas se mantêm calmos no leito, de onde fazem de quando em quando observações e riem de si mesmos. Em certos momentos, levados por uma forte tensão interna, podem se tornar passageiramente violentíssimos.

3 e 4. Quando, ainda conservando dois elementos de mania, o doente tem apenas seu humor modificado para o quadro de melancolia, obtém-se a forma chamada anteriormente por Kraepelin *mania colérica* ou *mania com furor*. Das nossas observações nestes treze últimos anos verificamos que os quadros de *mania colérica* entre nós são muito frequentes. Apenas não estamos de acordo que o humor destes doentes seja deprimido, modo de pensar que, aliás, já modificou o próprio Kraepelin, embora vários autores persistam nesta classificação. Trata-se antes de variante de humor excitado, elevado, trazendo irritação. Na combinação simples dos outros elementos da mania com o humor deprimido da melancolia obtém-se, de fato, uma forma mista também frequentíssima, que não é a *mania colérica* e sim a *mania ansiosa*. Pelas observações múltiplas dos casos de *mania ansiosa* e *mania com furor*, observados pelo Prof. Henrique Roxo e por nós na Clínica Psiquiátrica, onde o cotejo destes casos denuncia logo a grande diferença de exteriorização clínica em tais doentes, aquele mestre da nossa Psiquiatria adotou a separação destes casos com tais denominações diferentes conforme propuséramos.

Assim, quando o humor triste se intromete entre os outros elementos da mania, obtemos a *mania ansiosa*, e quando o humor alegre (Ha) da mania se transforma em irritado (Hi), observamos a *mania colérica* ou *mania com furor*.

A ansiedade sendo uma das manifestações do humor triste não é toda ele, bem reconhecemos, pois se verifica ainda como variante mista da maniaco-depressiva, com todos os elementos da melancolia, na chamada melancolia ansiosa, no entretanto a observação nos tem mostrado que o humor triste com outros elementos da mania traz quase sempre a tonalidade ansiosa, e ficaremos nesta denominação de mania ansiosa até que outras observações possam provar a existência de qualquer coisa como *mania triste* ao lado da *mania ansiosa*.

A diferenciação nítida do humor em alegre, triste e irritado, nestes casos de psicose maniaco-depressiva, parece se impor pela observação e pela própria psicologia.

De fato, na esfera afetiva a elevação do humor se traduz em geral por um sentimento intenso de prazer. “O caráter de consciência”, dizia Krafft-Ebing, “é o prazer, o bem estar psíquico. Nos maníacos este prazer é pouco motivado pelo mundo exterior, tal como a dor psíquica da melancolia”. O doente se movimenta, por assim dizer, nos sentimentos de prazer e conta, ao dia seguinte da sua cura, que durante sua saúde perfeita ele jamais se sentira tão bem e tão feliz quão naquele tempo da excitação maníaca. “Ao invés de cinzento escuro com que o mundo se apresenta ao melancólico pela disestesia psíquica, ele se apresenta ao maníaco com tons mais quentes, cores mais vivas e um aspecto mais interessante”.

Com uma excitação maior, o humor pode passar da alegria à ironia, ao gracejo provocador e barulhento, à cólera e ao furor. Assim a cólera é, antes, manifestação paroxística da elevação deste humor, que um estado depressivo, como poderia fazer pensar aquele tipo de mania colérica descrito por Kraepelin na 7ª edição e aceito ainda hoje por vários autores.

Para Dumas, o que faz passar o doente da euforia e da ironia à violência é à resistência que ele crê encontrar ou que ele encontra efetivamente na desordem de sua atividade verbal e motora; contudo essa elevação de humor pode se fazer sem causa externa aparente, deixando supor que uma excitação pode passar, por si mesma, de excitação alegre à cólera.

Nos melancólicos, ao contrário, o humor é feito de tristeza, de indiferença e de desencorajamento que não condizem com a agressibilidade, com a iniciativa dos doentes de mania colérica. O melancólico, sobretudo pelo seu humor, têm aversão por todas as formas de atividade, se desinteressando da ambiência num isolamento passivo, cheio de dificuldade e de coisas negras. Destituído de toda energia de ação, para o melancólico qualquer ato, por mínimo que seja, exige um esforço inaudito contra o domínio da tristeza e da descrença! Não é este o estado afetivo do colérico! Assim compreendemos a mania colérica com outra tonalidade especial de humor.

5. Se agora, em um doente com os predicados da melancolia, o humor se torna alegre (Ha) e persiste o retardamento psicomotor, novo quadro se delinea. Os doentes se mostram sorridentes, procurando se enfeitar e se adornar, embora se conservem imóveis, silenciosos. Sorriem sem motivo compreensível, não respondem às perguntas e permanecem tranquilos no leito, sem qualquer manifestação de irritação externa ou de excitação emotiva. Este quadro constitui o chamado *estupor maníaco*, que muitas vezes apresenta grande semelhança com a demência precoce, sobretudo porque costuma apresentar estados catalépticos transitórios. O estupor maníaco constitui com frequência a passagem do estupor melancólico para a mania.

6. Quando permanecem, na fase negativa (depressão), a ideação IL e o humor (Ht), juntando-se a eles um excesso de movimentação (Me) e de impulso para ação, obtém-se outra forma mista, a chamada *excitação com depressão* ou *depressão agitada*. São doentes com ideação muito

pobre, porém grandemente irrequietos, em profundo contraste com a tristeza de seu humor. Embora falando constantemente, repetem sempre as mesmas coisas, os mesmos lamentos monótonos. Apresentam ideias delirantes de conteúdo hipocondríaco, com ideias de suicídio. Transitoriamente são capazes de observações humorísticas, espirituosas e mordazes, conforme chama atenção Kraepelin e temos observado.

7. Nesta forma há uma variante que não raro se observa, sobretudo em estados transitórios: é quando o humor deles passa de deprimido a irritado. Os doentes, a princípio pretensiosos, tornam-se em breve de irritabilidade violenta, agressivos, embora seus processos associativos de ideia se mantenham na mesma pobreza e na mesma lentidão, enquanto a gesticulação e a movimentação são exageradas e contínuas. Kraepelin, mesmo sem descrever à parte tal variedade, deixa patente que a observou. Seriam como que *melanco-maniacos* irritados ou em variedade mais leve, a forma *provocante* de Kraepelin.

8. Se ainda no doente melancólico a ideiação se transmuta em rápida (Ir), elemento da mania, obtemos as forma que talvez impropriamente temos designado de *melancolia ideante*, e que Kraepelin em nova edição, passou a chamar *depressão com fuga de ideias*. São doentes que leem muito e denotam interesse pelo que se passa em torno; embora curiosos se conservam mudos e abatidos no conteúdo triste de seu humor. Sentem-se impotentes para deter o curso das ideias e confessam que pela sua cabeça corre em turbilhão uma variedade estonteante de coisas. Se não exteriorizam tudo isto pela palavra, continuamente, é porque seus movimentos verbais estão quase inibidos. É como se pensassem muito e falassem pouco. No entretanto, se não se exprimem pela voz falada, são muitas vezes capazes de escrever longamente, dominando nestes escritos ideias de pecado e culpabilidade.

9. Na melancolia, quando o humor deixa de ser triste para se tornar irritadiço sobrevém o quadro da *melancolia casmurra*, onde os doentes cabisbaixos, indiferentes, dotados de fraco poder ideante, se aborrecem profundamente contra os que dele se aproximam e dirigem perguntas, mostrando, por gestos raros ou palavras poucas, um crescente de irritação contra tudo que os cerca.

Além destes estados que aqui citamos por tê-los observado detidamente, Kraepelin, abrindo a questão, prevê que mais tarde eles se multiplicarão.

O conhecimento exato dos estados mistos da psicose maníaco-depressiva é imprescindível para terapêutica e prognóstico, sobretudo porque muitos deles, sem um exame detido e muitas vezes apesar disso, se confundem com os esquizofrênicos, com os imbecis, com os pseudo-querelantes e com os psicastênicos.

f F