



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

FILIPÍ DIAS DE SOUZA MALTA

**UM ESTUDO SOBRE ORALIDADE E PSICOSE
MANÍACO-DEPRESSIVA EM PSICANÁLISE: ETIOLOGIA E
SEMIOLOGIA**

**Niterói
2023**

FILIPÍ DIAS DE SOUZA MALTA

**UM ESTUDO SOBRE ORALIDADE E PSICOSE
MANÍACO-DEPRESSIVA EM PSICANÁLISE: ETIOLOGIA E
SEMIOLOGIA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, com habilitação em formação de Psicólogo.

Orientador(a): **Prof^a Dr^a Flávia Lana Garcia de Oliveira**

**Niterói
2023**

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M261e Malta, Filipi Dias de Souza
Um Estudo sobre Oralidade e Psicose Maníaco-Depressiva em
Psicanálise : Etiologia e Semiologia / Filipi Dias de Souza
Malta. - 2023.
72 f.

Orientador: Flávia Lana Garcia de Oliveira.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação)-Universidade
Federal Fluminense, Instituto de Psicologia, Niterói, 2023.

1. Transtorno bipolar. 2. Melancolia. 3. Psicanálise. 4.
Psicologia. 5. Produção intelectual. I. Oliveira, Flávia
Lana Garcia de, orientadora. II. Universidade Federal
Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD - XXX

TERMO DE APROVAÇÃO
FILIPÍ DIAS DE SOUZA MALTA

**UM ESTUDO SOBRE ORALIDADE E PSICOSE
MANÍACO-DEPRESSIVA EM PSICANÁLISE: ETIOLOGIA E
SEMIOLOGIA**

Trabalho de Conclusão aprovado pela Banca Examinadora do Curso de Graduação em
Psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF

Niterói, dede

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª. Flávia Lana Garcia de Oliveira (Orientadora) – UFF

Prof. Dr. Maycon Rodrigo da Silva Torres - UFF

Prof. Dr. Pedro Sobrino Laureano - UFF

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Flávia Lana pela orientação tão dedicada e solícita a essa monografia e que me permitiu atravessá-la - na contramão da experiência comum de um trabalho de conclusão de curso - sem paralisar [tanto] diante do nervosismo e do desespero. Agradeço por toda a generosidade, respeito, presença e transmissão didática e rigorosa da teoria psicanalítica.

Aos Profs. Drs. Maycon Torres e Pedro Laureano por aceitarem compor a banca examinadora e pelo papel importante que tiveram em minha graduação a partir das disciplinas obrigatórias e transmissão psicanalítica e do trabalho clínico de excelência.

À Profª Drª Renata Costa-Moura por todo o companheirismo e amizade que cultivamos desde 2020 e que, certamente, mudaram os rumos de toda a minha trajetória profissional e pessoal. Sua parceria foi e é fundamental para mim. Agradeço por ter me ensinado a “agarrar o desejo”.

À Profª Drª Sônia Berger pela amizade, pelas trocas afetivas e por ter me ensinado tanto enquanto aluno bolsista de pesquisa e também de extensão. O contato marcante com o projeto me trouxe a certeza da paixão pela questão da saúde coletiva.

Ao Profº Dr. Ricardo de Sá pela supervisão clínica do estágio na Rede de Atenção Psicossocial e pela oportunidade de realização do estágio. Sem ele, a problemática que dá origem a essa monografia e as vinhetas clínicas que a acompanham esta monografia não teriam sido possíveis.

À Ana Thomé e Júlio Nicodemos, ambos supervisores clínico-institucionais pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em que pude ter a experiência gratificante de estagiar. Agradeço a Ana Thomé pelas recomendações bibliográficas, pelas trocas teóricas e pela supervisão brilhante que realizava no CAPS. Agradeço a Júlio Nicodemos também pelas indicações teóricas, pelos conselhos para a vida profissional porvir, pelas supervisões tão importantes e pelo posicionamento político firme e sem rodeios, sem temer se retratar pelos erros históricos cometidos pelos psicanalistas.

Aos meus preceptores de estágio, Rafael e também Tainá e Mariana, que não me deixaram perder na profusão de possibilidades que o trabalho na RAPS oferece. Me trouxeram para perto, me acolheram e sempre me deram a autonomia necessária e que eu precisava para realizar as atividades.

Aos meus amigos de graduação, que tornaram esse percurso possível e belo. À Tiphany e Júlia Lins, que estiveram desde o início comigo. Ao Pablo, que desde a calourada foi um grande amigo e companheiro. Ao Pedro, a Júlia, a Ana Carolina, Marina, entre tantos outros.

Ao avô Maurício e a minha avó Cely (*in memoriam*) por terem me acompanhado durante toda a minha infância, terem me criado e educado com tanto esforço. Me ensinaram sobre a importância do silêncio, sobre a beleza de um pedido de desculpas e entre tantas outras coisas. O incentivo em torno dos meus estudos foi determinante e tem efeitos em mim até os dias de hoje. As palavras que conheço não são suficientes para agradecer tanto.

Ao meu pai Luiz Cláudio por todo apoio na permanência na universidade e por ter me dado aquele livro que um passageiro esqueceu no banco de trás do seu táxi. Sem saber, com isso, o anônimo passageiro que deixou um livro de autoajuda para trás fecundou o interesse de um futuro psicólogo, ainda criança. Isso é efeito borboleta em ato, no mínimo. E o livro era péssimo.

À minha mãe Vânia por ter me ensinado tanto com as vozes das vozes da nossa cabeça.

Aos meus amigos Davi e Carol pela companhia de sempre. O sentimento de poder construir a vida contando com vocês é algo que me remedia o temor da solidão.

Ao meu amigo Adriano, historiador e historicista, meu único companheiro de casa nesses últimos anos e também de trabalho, um confeito ímpar. Minhas recordações sobre nossas conversas sobre política e nossas invenções gastronômicas são algumas das memórias mais belas que possuo.

À Ester, minha companheira que chegara tão recentemente em minha vida e que me apoiou tão significativamente durante esse tempo. Trouxe a esse momento de formatura, tão devastador e tão atravessado pelo fim, ares de tempos novos, de alívio. Agradeço também pela indicação de material para essa monografia, a exemplo do complexo trabalho do [corte lacaniano].

Aos meus professores do ensino médio, Gustavo e Natália, por todo o incentivo e aprendizado durante aquele período. Um agradecimento que, certamente, vem atrasado, mas não deixa de mostrar que foi com vocês que dei meus primeiros passos em direção a essa jornada.

À minha analista Carolina Carmona, pessoa de quem não sei absolutamente nada e por quem tenho um apreço infinito. Está comigo há dois ou três anos e está comigo semanalmente, sendo uma das maiores responsáveis pela possibilidade desse trabalho ter sido construído.

Aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que me ensinaram mais do que eu esperava e mais do que consigo me fazer crer que sei, nos últimos dois anos. Em especial a Gustavo [*in memoriam*], que carregava consigo, tatuado em um de seus braços, as palavras de Fausto, de Goethe: *vi veri veniversum vivus vici*, cuja minha tradução preferida é “Eu, enquanto vivo, desafiei toda a criação”.

Ao samba brasileiro que me permitiu dançar feliz sobre o caos. E saibam que isto foi nietzscheano também.

Vai mostrar essa saudade
Sonho meu
Com a sua liberdade
Sonho meu

No meu céu a estrela-guia se perdeu
A madrugada fria só me traz *melancolia*
Sonho meu

Délcio Carvalho e Dona Ivone Lara

RESUMO

O presente trabalho discute aspectos etiológicos e semiológicos da psicose maníaco-depressiva em psicanálise e psiquiatria. Realizando um percurso histórico pela etiologia da psicose maníaco-depressiva na psiquiatria desde o fim do século XIX até a caracterização do transtorno bipolar no fim do século XX, discute-se as transformações do conceito de “melancolia” e a polissemia a que tal termo está sujeito na contemporaneidade. Assim, da psiquiatria desloca-se à psicanálise, colocando em questão suas diferenças nosológicas e a concepção etiológica da melancolia e da mania baseadas no desenvolvimento psicosexual infantil, mais precisamente ao erotismo oral, visando elucidar o mecanismo de incorporação. Dessa maneira, utilizando-se de fragmentos clínicos, os textos de Freud e de Karl Abraham são balizadores importantes das discussões, mostrando a potência clínica e a atualidade da psicanálise no contemporâneo no tocante às psicoses maníaco-depressivas. Por fim, discute-se a mania em sua relação com a oralidade e aponta-se direções para estudos futuros.

Palavras-chave: transtorno bipolar; melancolia, mania, psicopatologia; psicanálise.

ABSTRACT

The present work discusses etiological and semiological aspects of manic-depressive psychosis in psychoanalysis and psychiatry. Carrying out a historical journey through the etiology of manic-depressive psychosis in psychiatry from the end of the 19th century to the characterization of bipolar disorder at the end of the 20th century, we discuss the transformations of the concept of “melancholia” and the polysemy to which this term is associated. subject in contemporary times. Thus, from psychiatry it moves to psychoanalysis, calling into question its nosological differences and the etiological conception of melancholy and mania based on childhood psychosexual development, more precisely oral eroticism, aiming to elucidate the mechanism of incorporation. In this way, using clinical fragments, the texts of Freud and Karl Abraham are important guides for discussions, showing the clinical power and relevance of contemporary psychoanalysis in relation to manic-depressive psychoses. Finally, mania is discussed in its relationship with orality and directions for future studies are pointed out.

Key-words: bipolar disorder; melancholy, mania, psychopathology; psychoanalysis.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	p. 11
1. DISSIDÊNCIAS DIAGNÓSTICAS ENTRE A PSIQUIATRIA E A PSICANÁLISE NA PSICOSE-MANÍACO-DEPRESSIVA	p. 13
1.1 A psicose maníaco-depressiva na psiquiatria clássica francesa e alemã.....	p. 17
1.2 Da psicose maníaco-depressiva ao transtorno afetivo-bipolar: o DSM	p. 23
1.3 Confusão de línguas entre a psicanálise e a psiquiatria: dissidências diagnósticas na psicose maníaco-depressiva	p. 30
2. IDENTIFICAÇÃO, INTROJEÇÃO E INCORPORAÇÃO, UMA ETIOLOGIA PSICANALÍTICA DA MELANCOLIA	p. 34
2.1 O mecanismo psíquico da introjeção: melancolia e incorporação oral.....	p. 39
2.2 Dois estágios da fase oral: o movimento coprofágico do melancólico	p. 50
3. O BANQUETE MANÍACO: ORALIDADE E MANIA EM PSICANÁLISE	p. 55
3.1 Mania e oralidade.....	p. 59
3.2 O “brilho radiante do objeto caiu sobre o Eu”: a face maníaca do luto	p. 63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 66
REFERÊNCIAS	p. 68

INTRODUÇÃO

Quase sempre um trabalho parte de diversas inquietações que, ao chegarem no limite da incompreensão, suscitam no pesquisador a vontade de se debruçar melhor sobre aquele tema desconhecido. Este trabalho não foi diferente. Inicialmente, ainda enquanto extensionista do Núcleo de Psicanálise e Política (NUPP/UFF), sob a coordenação da Prof^a Dr^a Renata Costa-Moura, buscávamos investigar os efeitos psíquicos da violência armada de Estado em moradores de diversas favelas do estado do Rio de Janeiro. Encontramos ali, a partir do atendimento clínico e do contato com os familiares, vizinhos e amigos das vítimas (conhecidos na literatura sobre violência armada como covítimas, vítimas secundárias ou sobreviventes), desdobramentos de um sofrimento psíquico que não poderia ser localizado se não em suas similitudes com o campo da melancolia: as condutas inconscientes de suicídio, a intensidade das autorecriminações, os quadros de compulsão alimentar e os processos de revitimização a que os sobreviventes estavam sujeitos nos traziam os efeitos de um luto infindável (cf. COSTA-MOURA; GOMES; MALTA, 2022; COSTA-MOURA et al, 2022).

A esse interesse no campo da melancolia, acrescento ainda minha experiência como estagiário na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Niterói, entre os anos de 2022 e 2023, em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas II (CAPSad II). Recordo-me que, marcado ainda por uma visão estereotipada da loucura, no início de meu estágio, muito me surpreendeu encontrar nos espaços de convivência sujeitos com a fala absolutamente organizada, que não nos traziam o espanto de uma construção alucinatória bizarra ou uma de uma grande alteração no fluxo de seus pensamentos: ao invés disso, queixavam-se de terem sido vítimas de um profundo abandono por seus companheiros, familiares, amigos ou mesmo os profissionais dos CAPS. Sofriam de amores, nos traziam a estranheza de algo que nos era absolutamente familiar, em alguma medida. Mas outros fatores eram intrigantes e despertavam uma profunda angústia nos técnicos dos CAPS, e em mim: suas rápidas mudanças de humor, as automutilações e as impulsivas tentativas constantes de suicídio, o desenvolvimento de transtornos alimentares, o comportamento irritadiço e demasiadamente hostil, o surgimento de quadros de toxicomania, além de uma série de peculiares fenômenos corporais - que eram constantemente tratados com muita desconfiança, como se fossem apenas um modo de “fingimento”, um “exagero” ou uma conduta “simulada”. Assim, diante das múltiplas manifestações sintomáticas e do difícil manejo desses casos, depreendia-se uma verdadeira confusão diagnóstica entre as categorias psiquiátricas e psicanalíticas.

As calorosas discussões de equipe no CAPS, sempre permeadas pela urgente resposta terapêutica que esses casos demandavam, se complexificavam ainda mais quando categorias diagnósticas da psiquiatria e da psicanálise eram tratadas indiferenciadamente, ou contrapostas uma à outra como se fizessem parte de uma mesma *episteme*. De fato, as discussões que acompanhei nos CAPS atualizavam também minha experiência paralela na clínica-política do NUPP/UFF, por vez que os limites entre o enlutamento e a melancolia pareciam sempre borrados, difíceis de delimitar com precisão, e necessitavam, a rigor, que houvesse uma clara distinção entre o que está na ordem do sintoma e o que está na ordem da estrutura. Como veremos, a diferenciação entre o sintoma e a estrutura está na base da diferença diagnóstica e nosológica entre a psiquiatria e a psicanálise, bem como no diagnóstico diferencial de neurose e psicose de acordo com a teoria psicanalítica.

Foi, entretanto, o contato com o grupo de estudo, as aulas e os cursos oferecidos e coordenados pela Prof^a Dr^a Flávia Lana, bem como suas pesquisas em torno dos transtornos alimentares e dos estados melancoliformes que deram a estas inquietações o seu destino final. Assim, sob sua orientação e ensino, pude seguir nas leituras de Karl Abraham e trazer suas contribuições alicerçadas em Freud.

Dessa maneira, nas páginas que se seguem, traçaremos um percurso da psiquiatria à psicanálise, na tentativa de compreensão do quadro específico da psicose maníaco-depressiva. De fato, dar conta dos “estados” maníaco-depressivos como um todo, em sua pluralidade, seria um projeto ambicioso e incompatível com o que requer uma monografia. Assim, o objetivo é tratar das transformações nas concepções etiológicas da psicose maníaco-depressiva e de sua mudança a partir do DSM-III, que desloca a questão para o âmbito do diagnóstico. Nos capítulos 2 e 3, no entanto, retornamos à psicanálise e traçamos um caminho pela concepção etiológica da depressão melancólica e da mania em sua relação com o erotismo oral. O objetivo de tal trabalho consiste em demonstrar a potência da teoria psicanalítica enquanto operador clínico de leitura dos casos de psicose maníaco-depressiva, e que tal operador, junto aos avanços psicofarmacológicos das últimas décadas e ao trabalho da psiquiatria, no que convergem, podem produzir efeitos prognósticos bastante favoráveis na psicose maníaco-depressiva.

CAPÍTULO 1

1. DISSIDÊNCIAS DIAGNÓSTICAS ENTRE A PSIQUIATRIA E A PSICANÁLISE NA PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA

Meu bem, que hoje me pede pra apagar a luz
 E pôs meu frágil coração na cruz
 Do teu penoso altar particular
 Sei lá, a tua ausência me causou o caos
 No breu de hoje, sinto que
 O tempo da cura tornou a tristeza normal
 [...]
 Teus cais deve ficar em algum lugar assim
 Tão longe quanto eu possa ver de mim
 Onde ancoraste teu veleiro em flor
 Sem mais, a vida vai passando no vazio
 Estou com tudo a flutuar no rio
 Esperando a resposta que chamo de amor¹

De antemão, devo justificar que me parece adequado iniciar um trabalho a respeito da melancolia referindo-me à sua questão mais fundamental: o amor. A música de Maria Gadú parece trazer, de maneira bastante poética, o desolador naufrágio da condição melancólica diante da sensação proeminente de abandono e de frustração, enfatizando ainda a dimensão da ambivalência afetiva em jogo, que corresponde também a uma posição de martirizante devoção ao objeto: “E pôs meu frágil coração na cruz/ Do teu *penoso altar* particular” (Ibid., grifo nosso). É Freud quem nos rememora de que o melancólico, na iminência da perda de seu objeto de amor, o mantém seguro dentro de si próprio: “refugiando-se no Eu, o amor escapa à eliminação” (FREUD, 1917 [1915]/2010), p. 192). Tal movimento, no entanto, parte de uma perda muito precoce na vida do sujeito e que permanece no “vão do vão da desmemória²”, servido como um protótipo da vida ulterior. Dessa maneira, é no reencontro com a frustração na vida adulta, marcadamente com perdas no campo das relações afetivas, que a melancolia se desencadeia. Tal questão é reiterada pelo psicanalista alemão e discípulo de Freud, Karl Abraham (1924a/1970):

Não pode haver dúvida de que uma crise de depressão melancólica é provocada por um desapontamento amoroso. [...] Nem é preciso dizer que não emprego a expressão ‘desapontamento amoroso’ apenas no sentido comum de um caso sentimental infeliz. Os acontecimentos que culminam pela perda de objeto da pessoa são frequentemente muito mais obscuros”. (Ibid., 1924a/1970, p. 116)

¹ Trecho da música “Altar Particular”, composta por Mayra Correa e conhecida pela voz de Maria Gadú.

² Tomando emprestado uma expressão de Conceição Evaristo (2022).

Dessa maneira, o presente trabalho parte de inquietações do autor enquanto estagiário de psicologia da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Niterói diante do contato com diversos usuários que, bem preservadas as funções cognitivas e psicológicas, comumente não apresentavam episódios de alucinações ou delírios e, ao invés disso, queixavam-se com bastante intensidade de terem sido abandonados. Em suas queixas, era comum que, aos brados, justificassem tais abandonos como resultado de seu baixo valor: chamavam a si próprios de “lixo”, e não poupavam significantes que os identificassem enquanto dejetos. A característica mais peculiar, no entanto, eram as mudanças de humor, que por vezes ocorriam de maneira repentina, além da característica mais geral da transmutação dos quadros depressivos em quadros que pareciam expressar seu oposto, aqueles de agitação maníaca.

Não raro, tais casos mobilizam bastante as equipes multiprofissionais dos dispositivos aos quais experienciei. As frequentes demandas que tais usuários realizavam às equipes, que os compreendiam enquanto “poliqueixosos” e a urgência que requeriam diante delas eram elementos que causavam um verdadeiro embaraço na condução clínica dos casos. Como exemplo, numa das histórias que pude acompanhar mais de perto, um usuário da RAPS batia a porta do consultório do psiquiatra insistentemente. Interrompendo os atendimentos em curso, com falas cada vez mais exaltadas e comportamento ainda mais irritadiço, o usuário em questão queixava-se de que o psiquiatra o preteria em razão de todos os outros, e exigia atendimento imediato. Bastou que o psiquiatra pedisse ao usuário que aguardasse a sua própria vez nos atendimentos para que esse, de maneira bastante imediata, corresse para fora do dispositivo e se colocasse prostrado diante do asfalto, no meio de uma movimentada pista, enquanto veículos em alta velocidade passavam: aguardava prostrado sua própria morte³.

Noutro caso, apresentado no VI Seminário de Formação e Ensino na Rede de Saúde Mental de Niterói⁴, fora a discussão de um caso em que estive como referência técnica que trouxe a necessidade de escrita do presente trabalho. Camélia⁵ era usuária de longa data do dispositivo e queixava-se furiosamente de não receber a devida atenção de seus filhos e, aos primeiros sinais do desencadeamento de uma grave depressão, de planejamentos suicidas e do surgimento de um quadro de privação alimentar, solicitei ao psiquiatra que conversássemos

³ Tal fragmento clínico não se caracteriza, por si só, como um comportamento que define a psicose maníaco-depressiva (ou a melancolia), muito embora o usuário em questão tenha recebido o diagnóstico de Transtorno Bipolar tipo I há décadas. Como veremos, ao longo das próximas páginas, há uma relação histórica entre o transtorno bipolar e a psicose maníaco-depressiva, mas a escolha de tal fragmento se deu pela característica impulsividade do ocorrido, que não se configura como *acting-out*, mas como passagem ao ato. O cotidiano da clínica e a relação amplamente conhecida entre a psicose maníaco-depressiva e o suicídio nos dão mostras de frequentes comportamentos como este, que irrompem a dimensão simbólica.

⁴ O trabalho partia de experiências de estágio na RAPS de Niterói, e foi intitulado “Breves considerações sobre o lugar do diagnóstico nos dispositivos da RAPS: fragmentos de um caso clínico de ‘fogo na cabeça’”.

⁵ Nome fictício.

sobre o caso. Ele a acompanhava há pelo menos dez anos, e a usuária queixava-se furiosamente também dele, pois, segundo ela dizia, ele negava-lhe uma medicação que poderia curá-la de sua enfermidade⁶.

Durante a discussão do caso, o psiquiatra em questão, com uma longa formação psicanalítica, divergiu de minha sugestão de que podia se tratar de uma hipótese diagnóstica de melancolia. Conforme lhe disse, a partir dos conhecimentos e da supervisão psicanalítica que me eram acessíveis na época, disse-lhe que mesmo o comportamento “poliquirexoso” devia ser também compreendido enquanto característica da estrutura melancólica. O psiquiatra, em contraposição, sugeriu que não se tratava de melancolia, e sim de uma “depressão bipolar”. Eis estabelecida a “confusão de línguas” entre a psicanálise e a psiquiatria no que concerne o diagnóstico dos estados maníaco-depressivos.

De fato, durante minha experiência enquanto estagiário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Niterói, não foram poucas as ocasiões em que pude me deparar com uma série de discussões clínicas a respeito de casos em que o diagnóstico sempre parecia um desafio a mais. Normalmente tais calorosas discussões giravam em torno de sujeitos que não apresentavam os sintomas psicóticos “clássicos”, mas, antes disso, permaneciam subjugados por quadros depressivos severos e por uma considerável impulsividade, que não raro manifestava-se sob tentativas de autoextermínio.

Não era incomum que psicólogos orientados pela psicanálise e psiquiatras discutissem a respeito dos diagnósticos de tais casos mesclando termos nosológicos da psiquiatria e da psicanálise indiferenciadamente ou, por vezes, contrapondo-os uns aos outros como se partissem de uma mesma base epistemológica. Dessa maneira, não foram poucas as vezes que, de fato, pude testemunhar a categoria de “transtorno de personalidade *borderline*” ser utilizada para contrapor um diagnóstico de “histeria grave”, ou mesmo “de melancolia”. É Freud, no entanto, que nos rememora que a relação entre a psiquiatria e a psicanálise é de complementação, e não de oposição. Nesse sentido, o diagnóstico de Transtorno Bipolar ou de

⁶ A medicação em questão era o Carbonato de Lítio, um estabilizador do humor bastante utilizado em casos de Transtornos Bipolares e derivados. Camélia utilizou essa medicação muitos anos antes, mas com o desenvolvimento de um quadro de hipotireoidismo, o Carbonato de Lítio passou a ser contraindicado. De acordo com Karl Abraham (1916/1970), os efeitos das medicações (embora Abraham se refira não aos comprimidos, mas às medicações líquidas) em pacientes melancólicos costumam ser bastante instantâneos, porém pouco duradouros, e podem ser bem descritos enquanto eficazes porque rememoram a satisfação obtida pelo erotismo oral: “Para explicar este fato, costumamos recorrer ao efeito sugestivo da receita médica, mas a experiência vai mostrar-nos que os neuróticos podem sentir-se momentaneamente aliviados ao colocarem qualquer coisa na boca, mesmo sem prescrição médica [...] Na vida de qualquer pessoa, houve uma época em que ela se libertou de toda excitação pela ingestão de um líquido. O efeito ‘sugestivo’ de um vidro de remédio não reside de modo algum apenas no tratamento do médico, mas, pelo menos em grande parte, em sua função de fornecer à boca do paciente algo que lhe desperta ecos de suas mais antigas e agradáveis lembranças” (Ibid., p. 74).

borderline não contradiz uma hipótese de melancolia, por vez que se tratam de nosologias diferentes:

A psiquiatria não aplica os meios técnicos da psicanálise; ela prescinde de vincular o que quer que seja ao conteúdo da ideia delirante e, apontando para a hereditariedade, nos fornece uma etiologia bastante genérica e distante, em vez de primeiramente indicar as causas mais específicas e próximas. Há aí, contudo, uma contradição, uma oposição? *Não se trata, antes, de uma complementação?* O fator hereditário contradiz o significado da vivência ou, ao contrário, ambos se juntam da forma mais eficaz? A psicanálise está para a psiquiatria assim como a histologia para a anatomia; uma estuda a forma exterior dos órgãos, ao passo que a outra se dedica ao estudo de sua constituição a partir dos tecidos e células. *Não se pode conceber uma contradição entre estudos que dão continuidade um ao outro.* (FREUD, 1917 [1915]/ 2010, p. 277, grifo nosso)

De fato, a oposição entre ambos os saberes está calcada também na concepção etiológica diversa da doença. Quando se contrapõe uma hipótese de melancolia a uma hipótese de depressão bipolar, o que parece estar em jogo é a atribuição do padecimento a uma desordem neurofisiológica, advinda de uma transmissão genética (fator hereditário) e com uma participação subestimada de fatores ambientais proximais. Assim, diante dos diagnósticos baseados nessa concepção, nos diz Freud: “Isso, com certeza, é uma resposta, mas é tudo que queremos saber?”. (FREUD, 1917/2010, p. 273).

No caso dos estados maníaco-depressivos, há ainda mais um importante fator que não pode ser desconsiderado: a preservação do termo “melancolia” nos manuais diagnósticos contemporâneos, mas em uma acepção diferente. De fato, tal dissidência no uso do termo “melancolia” é fruto também de uma relação “amigável” cultivada pela psicanálise e pelas psiquiatrias hegemônicas do início do século XX, a saber, a francesa e a alemã. Tal parceria era mesmo verificada pela presença da nosologia psicanalítica desde os primeiros manuais *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* (DSM). Apesar da ruptura com a teoria psicanalítica no DSM-III, o “termo” melancolia permanece no manual até a penúltima versão publicada (APA, 2013)⁷ enquanto especificador dos transtornos bipolares e relacionados, indicando a presença de sintomas psicóticos, agora caracterizados como da ordem dos delírios, alucinações e comportamentos considerados “bizarros”.

Nesse sentido, o presente trabalho se fundamenta numa aposta de maior compreensão da etiologia e da semiologia da melancolia e da mania a partir da teoria psicanalítica. O aliamento entre os modernos avanços farmacológicos utilizados pela psiquiatria e as perspectivas colocadas pela psicanálise, a partir da compreensão da melancolia em sua relação

⁷ Em vista do recente lançamento do DSM-5-TR, que ocorreu neste ano, ele não foi considerado no presente trabalho.

com o desenvolvimento psicosssexual infantil podem se apresentar como perspectivas prognósticas de grande interesse para o trabalho clínico contemporâneo. Tal aliamento se justifica uma vez que, segundo Abraham (1924a/1970), a psicanálise não deve se restringir a remissão dos sintomas, embora seja esse um critério objetivo de eficácia do tratamento: “Deveria, em primeiro lugar, fazer mais pelo paciente do que simplesmente remover seus sintomas e, deveria, além disso, resguardá-lo de um retôrno à sua doença [...] Aqui, portanto, temos um critério objetivo do êxito do tratamento” (Abraham, 1924a/1970, p. 136). De acordo com o psicanalista, uma psicanálise possibilita modificações que vão além da natural remissão dos sintomas que ocorrem nos chamados “intervalos livres⁸”.

Assim, o percurso porvir se debruçará numa tentativa de compreensão mais pormenorizada da psicose maníaco-depressiva, por vez que os estados maníaco-depressivos são muitos e não necessariamente se tratam de uma estrutura psíquica. O trabalho de Oliveira e Coelho dos Santos (2022), por exemplo, ao tratar dos transtornos alimentares, refere-se à compreensão de um funcionamento “melancoliforme”, análogo ao da melancolia, sem com isso configurar uma estrutura melancólica propriamente dita⁹. De fato, seria ambiciosa a tentativa de compreensão de todos os aspectos dos estados maníaco-depressivos. Deve nos interessar a questão da etiologia dos quadros melancólicos que podem transmutar-se em mania, por vez que essa é a base por detrás do desenvolvimento teórico de Freud (1917 [1915]/2010).

1.1. A psicose maníaco-depressiva na psiquiatria clássica francesa e alemã

Do furor maníaco, do apogeu da agitação motora, da cólera, da impulsividade, da onipotência narcísica, das compulsões, da fuga de ideias até o seu extremo oposto, a saber, o estupor, o afeto depressivo, a culpa, as automutilações e as autorecriminações, a lentidão do

⁸ A compreensão dos intervalos livres é de suma importância para a compreensão da psicose maníaco-depressiva. Tais intervalos são considerados períodos de remissão espontânea da sintomatologia dos quadros de psicose maníaco-depressiva. Há, no entanto, concepções diversas a respeito de sua existência e remetem a divergências entre os psiquiatras franceses Falret e Baillarger. Os chamados “estados periódicos” compreendem uma perspectiva de temporalidade que engloba a existência dos intervalos livres, assim, há um tempo para a manifestação deles e dos episódios depressivos ou maníacos. A concepção de estados circulares, no entanto, compreende que não há períodos de remissão total da sintomatologia da psicose maníaco-depressiva, e que o que se observa é apenas uma remissão parcial.(cf. Birman (2010a) e Mason, Brown e Croarkin (2016). O trabalho de Abraham (1924a/1970), o qual exploraremos longamente no capítulo 2 e 3, partirá de uma compreensão psicanalítica dos intervalos livres.

⁹ A discussão a respeito da conceituação de estrutura é complexa e remonta ao contato de Lacan com autores da linguística e da antropologia, como Saussure, Jakobson e Lévi-Strauss. Infelizmente, neste trabalho não contaremos com um aprofundamento teórico de tal noção a fim de resguardamos a delimitação temática. Para uma discussão mais profunda do conceito, cf. Figueiredo e Machado (2000).

pensamento, a paralisia do corpo, a petrificação ou o quase desaparecimento subjetivo completo do sujeito: de um extremo ao outro ou, mesmo nas entrelinhas de ambos os estados, constatamos a história da psiquiatria confundir-se com a história da tentativa de compreensão das manifestações da melancolia e da mania. Assim, das primeiras tentativas que remontam à Hipócrates, da teoria dos humores de Galeno, à formulação da clínica psiquiátrica em Pinel, à identificação dos elementos discretos na psiquiatria francesa com Falret e Baillarger, passando pela sistematização das grandes categorias psiquiátricas de Kraepelin e, finalmente, à formulação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da *American Psychiatric Association* (APA), a melancolia e a mania não deixam de se impor no contemporâneo ainda como psicopatologias de difícil compreensão.

Ao longo de suas 947 páginas, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, o DSM-5 (APA, 2013), apresenta pouco mais de 300 categorias diagnósticas diversas. Desde a sua primeira edição, em 1952, o manual restringia-se ao reconhecimento de 106 categorias (APA, 1952), assim, o projeto de descrição das enfermidades psíquicas avançou significativamente nas últimas décadas. Tais esforços já eram reconhecidos desde o século XVIII, a partir do trabalho de Philippe Pinel que, reunindo esforços para compreender o fenômeno da loucura (as alienações mentais) e estando fortemente atravessado pela filosofia empirista, fundou a clínica psiquiátrica, propondo-se a iniciar o processo de classificação e descrição da loucura a partir da observação e da escuta, ou seja, dos fenômenos sensíveis em sua articulação com a linguagem, com a dimensão da palavra, uma vez que ela é a única forma de conceber a concretude do pensamento, de acordo com a filosofia britânica (BARRETO; IANNINI, 2017).

Inserindo-se numa corrente de pensamento nominalista e, com isso, recusando a dimensão substancial de conceitos e seres abstratos, Pinel recusava também, radicalmente, no contexto de uma medicina anatomo-patológica, qualquer concepção de lesão orgânica como causa primeira das alienações mentais. Ao invés disso, Pinel reconhecia as lesões enquanto um possível desdobramento, como consequência, de um “distúrbio funcional do sistema nervoso” (Ibid., p. 38), no que se seguia também um desequilíbrio das paixões do sujeito e seus excessos. Assim, Pinel acreditava que tal desequilíbrio requeria cuidados por meio de um “tratamento moral”, oferecido pela rotina em uma instituição asilar (PEREIRA, 2004; PINEL, 2004/1801).

A perspectiva funcionalista de Pinel rendeu-lhe uma importante derrota, do ponto de vista teórico, entre os médicos alienistas, por vez que a medicina avançava em seu método

anatomoclínico a partir das descobertas de Xavier Bichat¹⁰ e da incorporação de suas ideias, inclusive, por discípulos diretos do próprio Pinel, como Jean-Étienne Esquirol. Além disso, emergia no século XIX uma teoria que mudaria os rumos da psiquiatria: a Teoria da Degenerescência de Benedict-Augustin Morel, que abriria espaço para a hereditariedade no campo do alienismo. Se Pinel já reconhecia modestamente o papel da hereditariedade, na segunda metade do século XIX em diante, ela passaria a ter um papel central para o desenvolvimento do alienismo e será ela quem “subirá ao pódio”, em primeiríssimo lugar, no fundo etiológico da psicose maníaco-depressiva teorizada pelo “pai” da psiquiatria alemã, Emil Kraepelin.

A Teoria da Degenerescência, postulada por Morel em meados do século XIX, previa que o cerne dos adoecimentos mentais se assentava numa espécie de transmissão intergeracional: a degenerescência hereditária. De acordo com Morel, o pecado original cristão havia deixado marcas indeléveis no humano, de modo que, se afastando da perfeição concebida por Deus, encontraria como destino a propagação de uma verdadeira “maldição”, a saber, a degeneração e o adoecimento.

Morel indica diferentes causas para a degenerescência que incluem o abuso do álcool, alimentação deficiente, meio social miserável, imoralidade dos costumes, conduta sexual desregrada, doenças da infância e a própria herança de uma carga de degenerescência (em outros termos, a degenerescência poderia ser herdada ou adquirida) (PEREIRA, 2008, p. 493).

A Teoria da Degenerescência, relida e atualizada por Magnan a partir dos conceitos de Charles Darwin, tinha um forte caráter moralizante. Tais teorias tiveram protagonismo no processo de encarceramento e segregação não somente da loucura, mas nos postulados higienistas do século XIX e início do século XX, que deram origem ao movimento da eugenia racial.

No Brasil, país profundamente marcado em sua origem pelo processo de escravização de africanos, tais teorias impactaram profundamente a sociedade brasileira da época, chegando a se tornar política de Estado: assim, a partir de uma rigorosa seleção migratória, de uma aposta na esterilização compulsória da população negra e de segregação racial (SOUZA, 2022), iniciava-se uma verdade política de branqueamento da população brasileira, que até então via como o cerne de seus problemas a “mestiçagem”.

¹⁰ Xavier Bichat foi um anatomista e fisiologista francês ao qual se atribui a famosa exortação: “Abram alguns cadáveres”. (cf. Barreto e Iannini, 2017)

Dessa maneira, as teses da degenerescência de Morel e Magnost estiveram profundamente ligadas a concepções biológicas que conferiam à branquitude o estatuto inquestionável de uma “raça superior”. Nos Estados Unidos, tal movimento deu origem à “Comissão Nacional de Higiene Mental” que, juntamente com a APA, iniciaram a sistematização do sistema DSM (DUNKER; NETO, 2011).

O marco da hereditariedade terá ainda um papel muito importante em Kraepelin, pois é nele que o psiquiatra alemão encontrará o substrato essencial para o seu projeto de classificação das doenças mentais, que irá incidir sobre a já conhecida noção de “psicoses endógenas”, aquelas em que o fator etiológico advém do próprio organismo. De acordo com Kraepelin, o campo das psicoses endógenas englobaria a demência precoce (*dementia praecox*) e a “insanidade maníaco-depressiva”, que reunia as já formuladas concepções anteriores de “loucura circular”, “loucura de dupla forma” importadas da psiquiatria francesa e da “loucura periódica” mais recente na própria história da psiquiatria alemã, que buscavam compreender as ocorrências de episódios de melancolia e de mania nos sujeitos (BIRMAN, 2010a). De fato, a inovação de Kraepelin em seu conceito de psicoses endógenas foi o de situar uma determinada perspectiva de temporalidade, de evolução e desenvolvimento do quadro clínico. Dessa maneira, é verdade, as psicoses endógenas estarão situadas, em vista de sua patente dificuldade clínica em uma perspectiva de cronicidade, bastante articuladas a um prognóstico limitado, marcando o destino imutável do doente:

Com efeito, enquanto as enfermidades exógenas seriam relativamente reguláveis e curáveis, *as endógenas, em contrapartida, estariam fadadas à cronicidade, uma vez que enraizadas num fundo constitucional e degenerativo*. Nessa perspectiva, a concepção de endogeneidade de Kraepelin estaria em continuidade com a concepção de degeneração (Ibid, p. 351, grifo nosso)

De acordo com Kraepelin, embora considerada endógena e os episódios de crise tivessem reincidências durante todo o percurso de vida do sujeito, o prognóstico das psicoses maníaco-depressivas era bastante favorável, e consistia em um tratamento institucional, em que se observa o sujeito por algum tempo, além da prescrição de banhos quentes e drogas como álcool e o ópio (KRAEPELIN, 1905/1997). Além da sistematização e dos avanços no tratamento das psicoses maníaco-depressivas, atribui-se também a Kraepelin e a seu discípulo Weigandt a distinção entre o afeto, o pensamento e a atividade motora, que culminará na formulação dos “estados mistos” das psicoses maníaco-depressivas (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005). Assim, um afeto depressivo - como ocorre nas melancolias - pode estar associado a um pensamento acelerado, ao fenômeno da fuga de ideias ou mesmo a uma intensa agitação motora. O contrário também é verdade, assim, um afeto eufórico - como

ocorre nas manias - pode também estar associado à lentidão do pensamento ou mesmo às paralisias corporais, podendo manifestar-se, em seu extremo, como um quadro de estupor maníaco.

Paralelo ao desenvolvimento teórico de Kraepelin, o legado do funcionalismo pineliano não havia desaparecido. É bem verdade que o método anatomoclínico passara a predominar a psiquiatria internacional e dera bastante destaque à psiquiatria alemã a partir de Griesinger e de Kraepelin. No entanto, a herança de Pinel em Bicêtre¹¹ permanecia viva e chegara ao Hospital da Sapetrière, em que assumira a direção poucos anos depois, influenciando os psiquiatras de seu tempo. Assim, a medicina francesa pôde congrega o pioneirismo de Pinel e também as importantes descobertas de Jean-Martin Charcot, neurologista e professor de Salpetrière. Foi o encontro de Freud com as aulas de Charcot que deram ao posterior desenvolvimento da teoria psicanalítica a sua influência basal e definitiva. A importância do trabalho de Charcot se dava na tentativa de elucidação da histeria, apresentando importantes considerações sobre uma hipótese psicogênica.

De fato, a sociedade europeia do fim do século XIX e início do século XX assistia, atônita, o fenômeno das conversões histéricas em massa. Os médicos da época se perguntavam do que se tratava tal fenômeno: comumente eram mulheres que sentiam seus membros paralisarem e perdiam seus movimentos, deixavam de enxergar, de falar, tinham alucinações visuais, quadros anoréxicos, convulsões - entre outros sintomas - sem que houvesse, após o exame clínico, nenhum indício orgânico de seu adoecimento, o que suscitava para a medicina da época a hipótese de que tal fenômeno não passava de uma simulação, de uma enganação mentirosa daquelas mulheres que, na verdade, não apresentavam adoecimento algum. O psicanalista húngaro Sandór Ferenczi nos mostra que tal hipótese de parte dos médicos revelava uma limitação em seus métodos:

O “comportamento excessivo” dos histéricos é muito conhecido e suscita os sarcasmos e o desprezo; mas, depois de Freud, sabemos que esses sarcasmos deveriam ser endereçados a nós, médicos, porque não reconhecemos a representação simbólica própria da histeria, ora qualificando-a de simulação, ora pretendendo derrotá-la por meio de denominações fisiológicas tão grandiloquentes quanto obscuras”. (FERENCZI, 1909/1991, p. 78)

Dessa maneira, em Salpêtrière, nascia uma outra resposta. Utilizando-se da hipnose, Charcot observou que durante o estado de transe hipnótico os pacientes histéricos podiam experimentar um alívio momentâneo de seus sintomas. O trabalho de Charcot teve forte

¹¹ Era uma unidade do hospital geral de Paris em que Pinel fora convidado para assumir a responsabilidade por uma ampla reforma em seu funcionamento, assim, foi nomeado como médico-chefe no ano de 1791.

influência no posterior desenvolvimento teórico da psicanálise (cf. FREUD, 1893-1895/2010), de modo que suas principais descobertas foram: (1) que havia uma hipótese psicogênica na origem da histeria e, portanto, devia-se investir na compreensão das neuroses e não dos aspectos orgânicos; (2) que a histeria não era um fenômeno que afetava apenas as mulheres; (3) que os fenômenos histéricos, finalmente, não se tratavam de simulação. A etiologia psicogênica da histeria terá um papel importante na história da caracterização da melancolia e da mania. O trabalho de Birman (2010a) nos mostra que, com a virada do paradigma da psiquiatria francesa para a psiquiatria alemã no Brasil, os diagnósticos de histeria pouco a pouco migram para a psicose maníaco-depressiva.

A psicanálise, assim, se desenvolve em solo médico, como herança do desenvolvimento da neurologia (BIRMAN, 2010b), a qual somente num momento posterior suas contribuições ganharão também o campo da psiquiatria. Ainda assim, não é verdade que a psicanálise prescindiu do desenvolvimento teórico da psiquiatria de sua época, por vez que encontramos diversas menções - ainda que críticas - de Freud a Kraepelin e a Bleuler, além de utilizar-se também de categorias que encontravam-se bem próximas de noções da psiquiatria francesa clássica.

O trabalho de Ferreira e Besset (2008) exemplifica algumas das contribuições da psiquiatria francesa inspiradoras para o desenvolvimento teórico sobre a melancolia em psicanálise. De acordo com as autoras, até 1850, o estatuto da melancolia encontrava-se junto ao do delírio de perseguição, como uma de suas formas. Foram os trabalhos dos médicos Ernest Charles Laségue e Jules Cotard alguns dos responsáveis por tal separação que rendeu importantes avanços teóricos para a compreensão dos quadros melancólicos: “A descrição do fenômeno de base da melancolia, o mecanismo de auto-acusação, pode ser considerada a principal contribuição das investigações da psiquiatria clássica para o estudo e o diagnóstico da melancolia” (Ibid., p. 407). Dessa maneira, o Cotard descreverá o delírio do melancólico como um delírio de negação, de auto-acusação, em que o melancólico é seu próprio perseguidor e o responsável pela ruína de sua vida e de todos os outros, e que está baseado no fenômeno da hipocondria moral de Jean-Pierre Falret: uma completa descrença de qualquer atribuição de caráter positivo ou afetivos dos outros.

Embora a psiquiatria francesa clássica também contenha concepções organicistas de base, nos mostra Tenório, Costa-Moura e Lo Bianco (2017), a partir da diferença entre as concepções de esquizofrenia na tradição psiquiátrica alemã e a francesa, a psicanálise parece se aproximar mais da segunda:

Se a tradição alemã, na qual se construiu a esquizofrenia, é a das grandes categorias, a tradição francesa é a da identificação dos elementos discretos, no sentido matemático do termo – referente a unidades distintas, descontínuas, que não formam um grande todo – e linguístico – referente ao elemento que se articula aos outros elementos de uma estrutura sem contudo perder a individualidade. Assim é que, na tradição francesa, produziram-se descrições de evoluções clínicas que não substituem o diagnóstico de esquizofrenia na classificação, mas iluminam e decompõem os elementos e as linhas de força que ali operam. (Ibid, p. 207).

1.2. Da psicose maníaco-depressiva ao transtorno afetivo-bipolar: o DSM

A partir da década de 50 é iniciado o sistema DSM com a pretensão de possibilitar um consenso terminológico entre os psiquiatras, mas ainda sem grandes pretensões universalizantes. Assim, nas duas primeiras versões do manual, as descrições dos sofrimentos psíquicos são breves, e os critérios para a realização dos diagnósticos encontram-se ausentes.

Além disso, encontraremos as manifestações dos estados maníaco-depressivos em diversas categorias diferentes, a saber, entre as psicoses, as neuroses e os transtornos de personalidade. Nos deteremos, no entanto, no que caracterizou mais diretamente o quadro da psicose maníaco-depressiva, por vez que apenas um outro trabalho poderia dar conta dos numerosos diagnósticos que se seguem e que se referem à melancolia e a mania. Além disso, nos pareceu uma escolha mais confortável apresentar as formulações do DSM em dois grandes blocos: o primeiro contempla o DSM-I e o DSM-II, e o segundo bloco contempla os DSM-III, IV e 5. Tal escolha se justifica pelas semelhanças entre os manuais e pela grande mudança proposta pelo DSM-III. Não exploraremos as versões revisadas dos DSM, incluindo as versões III-R, IV-TR e 5-TR em virtude de nosso objetivo ser outro que não pormenorizadamente dar conta de cada mudança.

Assim, em 1952, o surgimento do DSM-I é influenciado fortemente pela psiquiatria alemã e pela psiquiatria francesa. A sistematização da psicose maníaco-depressiva, realizada por Kraepelin, foi progressivamente deixada de lado pela psiquiatria (WILSON, 1993). A experiência das grandes guerras, principalmente da Segunda Guerra Mundial havia mostrado a boa parte dos psiquiatras que um ambiente traumático e desumano pode desencadear um intenso sofrimento psíquico. As fronteiras entre o normal e o patológico começavam a parecer cada vez mais borradas e indefinidas. A psiquiatria, então, agora decisivamente influenciada pela psicanálise freudiana e pelas ideias de Adolf Meyer, fará a psicodinâmica ganhar espaço no DSM-I:

A hegemonia da teoria psicossocial, na qual o conflito psicológico individual e as circunstâncias ambientais colidem para produzir psicopatologia, não foi melhor

exemplificada do que no DSM-I, em que todos os diagnósticos psiquiátricos “funcionais” foram caracterizados como “reações”. (*Ibid*, p. 401, tradução nossa¹²)

Dessa maneira, encontramos no DSM-I a descrição da “reação maníaco-depressiva¹³”, localizada na seção “Doenças de Origem Psicogênica ou Sem uma Definição Clara de Causa Física ou de Mudança Estrutural no Encéfalo¹⁴”, como uma “desordem afetiva¹⁵”. De acordo com o manual, a “reação maníaco-depressiva” pode ser caracterizada como uma psicose¹⁶, numa clara distinção que se refere à psicanálise:

Alguns diagnósticos psiquiátricos são incompatíveis com outros diagnósticos e não serão registrados como existindo juntos, *como reações psiconeuróticas e psicóticas*. Muitas condições podem evoluir de uma para outra, mas não estão presentes simultaneamente. Somente um tipo de reação psiconeurótica será utilizado como diagnóstico, mesmo na presença de sintomas de outro tipo. (APA, 1952, p. 46, grifo nosso, tradução nossa¹⁷)

A reação maníaco-depressiva, podia ser caracterizada em três tipos distintos: o “tipo maníaco¹⁸”, o “tipo depressivo¹⁹” e “outro tipo²⁰”. De acordo com o manual, o tipo maníaco se caracteriza por “elação ou irritabilidade, com logorreia, fuga de ideias e aumento da atividade motora” (*Ibid*, 1952, p. 25, tradução nossa), podendo também vir acompanhada de episódios momentâneos de depressão. O tipo depressivo, por sua vez, é caracterizado por “depressão do humor e com retardo e inibição mental e motora; em alguns casos há muita inquietação e apreensão” (*Ibid.*), podendo também vir acompanhado de “perplexidade, estupor ou agitação” (*Ibid.*). Finalmente, por meio da influência mais direta de Kraepelin e de seu discípulo Weidgant, o “outro tipo” reúne os estados-mistos e os estados circulares, condensando o debate sobre a existência dos “intervalos livres” que vinha desde Falret e Baillarger.

No DSM-II (APA, 1968), poucas mudanças ocorrerão em torno da psicose maníaco-depressiva e outras afecções afetivas. O termo “reação” desaparece numa tentativa

¹² The hegemony of the psychosocial theory, in which individual psychological conflict and environmental circumstance collide to produce psychopathology, was nowhere better exemplified than in DSM-I, in which all “functional” psychiatric diagnoses were characterized as “reactions” (WILSON, 1993, p. 401).

¹³ “*Manic depressive reaction*”, é um termo sinônimo de “*manic depressive psychosis*”. Os termos utilizados dos DSM no corpo do texto serão de tradução livre do autor. Os termos originais serão mantidos nas notas de rodapé.

¹⁴ “*Disorders of Psychogenic Origin or Without Clearly Defined Physical Cause or Structural Change in the Brain*”.

¹⁵ “*Affective disorder*”.

¹⁶ “*Psychotic disorder*”.

¹⁷ “Some psychiatric diagnoses are incompatible with certain other diagnoses and will not be recorded as existing together, such as psychoneurotic and psychotic reactions. Many conditions may progress from one to another but are not present simultaneously. Only one type of psychoneurotic reaction will be used as a diagnosis, even in the presence of symptoms of another type”. (APA, 1952, p. 46)

¹⁸ “*Manic type*”.

¹⁹ “*Depressive type*”.

²⁰ “*Other type*”.

de diferenciação entre as neuroses e as desordens de personalidade (MARTINHAGO; CAPONI, 2019). Assim, a reação maníaco-depressiva passará a ser chamada de “doença maníaco-depressiva²¹” na categoria de “doenças afetivas maiores²²”, e serão expandidas suas subcategorias, assim, o “tipo maníaco” e o “tipo depressivo” permanecerão, mas o “outro tipo” será considerado como pertencente a classe dos “outros transtornos afetivos maiores²³” e substituído, ainda enquanto subtipo da psicose maníaco-depressiva, pelo “tipo circular²⁴”, com subtipos “maníaco²⁵” e “depressivo²⁶”.

Dessa maneira, com relação à etiologia, tanto o DSM-I quanto o DSM-II não reconhecem na psicose maníaco-depressiva um fator desencadeante externo, o que a difere, por exemplo, da “reação psicótica depressiva” no DSM-I: “Esta reação difere da reação maníaco-depressiva, tipo depressivo, principalmente em (1) ausência de história de depressões repetidas ou de alterações de humor ciclotímicas acentuadas, (2) presença frequente de fatores ambientais precipitantes” (APA, 1952, p. 25).

Por fim, antes de adentrarmos o DSM-III e sua verdadeira revolução terminológica, e nos parece importante abordar o campo das desordens de personalidade²⁷, por vez que, no próximo subtópico, veremos que há uma grande dificuldade diagnóstica entre o transtorno afetivo-bipolar e os transtornos de personalidade no contemporâneo. As desordens de personalidade são definidas no DSM-I como “[...] defeitos de desenvolvimento ou tendências patológicas na estrutura da personalidade, com ansiedade subjetiva mínima e pouca ou nenhuma sensação de sofrimento. Na maioria dos casos, o transtorno se manifesta por um padrão de ação ou comportamento ao longo da vida, e não por sintomas mentais ou emocionais” (APA, 1952, p. 34). Dentro dessa sessão encontramos a “personalidade ciclotímica²⁸” caracterizada como um “distúrbio de padrão de personalidade²⁹”, ou seja, como um desvio de personalidade com características que se mostram estáveis ao longo da vida e que são pouco suscetíveis a intervenções médicas, e assim também permanecerá no DSM-II. A personalidade ciclotímica muito se assemelha a uma forma branda da psicose

²¹ *Manic depressive illness.*

²² *Major affective disorders.*

²³ *Other major affective disorder.*

²⁴ *Circular type.*

²⁵ *Manic.*

²⁶ *Depressed.*

²⁷ *Personality disorders.*

²⁸ *Cyclothymic personality.* O conceito de “ciclotimia” será preservado ao longo das próximas edições do DSM, no entanto, será aglutinado na categoria de Transtornos do Humor no DSM-IV e, no DSM-5, na seção de “Transtornos Bipolares e Relacionados”. Tal termo já era anteriormente conhecido mesmo antes do lançamento dos DSM. Como veremos, Karl Abraham (1911/1970) faz algumas menções a ele, indicando os casos de psicose maníaco-depressiva considerados mais brandos (cf. capítulo II).

²⁹ *Personality pattern disturbance*

maníaco-depressiva, com ausência de sintomas psicóticos³⁰, e na segunda edição do manual (APA, 1968) pode também ser classificada como predominantemente “hipomaníaca”, “depressiva” ou “alternada”.

Durante a década de 70, na formulação do DSM-III liderada pelo psiquiatra norte-americano Robert Spitzer, uma importante mudança desvencilhará radicalmente as psicoses afetivas das noções de Kraepelin e Weidgant. Elaborado numa tentativa de descolamento das influências da psicodinâmica e, portanto, também com da teoria psicanalítica³¹, o DSM-III se apresentará como um manual ateuórico, buscando elencar apenas uma descrição detalhada e sistematizada dos sintomas. Aquilo que parece, no entanto, ser apresentar como um projeto “neokraepeliano” esbarra num limite crucial, por vez que as concepções etiológicas dos sofrimentos psíquicos serão quase completamente ignoradas em sua formulação.

O DSM-III, assim, incorpora a distinção de Karl Leonhard entre as formas monopolares e bipolares dos estados maníaco-depressivos. Assim, em relação à psicose maníaco-depressiva, o DSM-III rompe com a nomenclatura anterior e adota, enfim, a de “transtorno bipolar” e a “depressão maior³²” como categorias das “desordens afetivas³³” (DEL-PORTO, DEL-PORTO, 2005; APA, 1980) e cuja diferença é apenas a presença de um episódio maníaco. Assim, o transtorno bipolar passa a ser classificado como “maníaco³⁴”, “depressivo³⁵” e “misto³⁶”, sendo o último definido como caracterizando uma mistura entre

³⁰ A partir do DSM-III, a categoria “psicose” perde sua acepção psicodinâmica e passa a se referir descritivamente a determinados sintomas. Desse modo, no DSM-5 (APA, 2013), na seção “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”, encontra-se o entendimento dos sintomas psicóticos dividido em dois grupamentos diferentes, os sintomas psicóticos positivos (alucinações, delírio, desorganização do pensamento, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal) e os sintomas psicóticos negativos (expressão emocional diminuída, avolia, alogia, anedonia e falta de sociabilidade).

³¹ Nas edições anteriores (APA, 1958; 1964) observamos, na seção das psicose neuroses, boa parte das contribuições psicanalíticas por excelência. Quanto ao campo do humor, encontramos a labilidade afetiva ocupar um lugar importante nessa seção, e a relação com a histeria se torna mais clara. Assim, as psicose neuroses nos DSM-I e DSM-II são compreendidas em torno do conceito de “ansiedade” em sua acepção psicanalítica, compreendida como resultado de emoções reprimidas ou impulsos de hostilidade e agressividade. Assim, nesta seção, encontramos a “reação depressiva”, que se difere da psicose maníaco-depressiva por dois principais motivos: (1) pelo não surgimento de sintomas psicóticos como hipocondria, delírios, estupor, “retardo psicomotor”, entre outros; (2) a história do paciente, em que se deve buscar referências a estados de labilidade de humor anteriores, além de sua estrutura de personalidade e fatores de precipitação. No DSM-II a reação depressiva será renomeada com “neurose depressiva”, a qual terá sua etiologia atribuída aos conflitos inconscientes: “Este transtorno se manifesta por uma reação excessiva de depressão devido a um conflito interno ou a um evento identificável, como a perda de um objeto amoroso ou de um bem precioso.” (APA, 1968, p. 40, tradução nossa).

³² *Major depression.*

³³ *Affective disorders*

³⁴ *Manic.*

³⁵ *Depressive*

³⁶ *Mixed.*

sintomas maníacos e depressivos ou uma rápida alternância entre ambos, com proeminência dos sintomas depressivos.

O DSM-III traz como novidade a possibilidade de diagnóstico dos episódios isolados e a reorganização da categoria de transtorno bipolar, que não é mais compreendida enquanto psicose. Na nova versão do manual, as psicoses exigirão determinadas manifestações sintomáticas, incluindo principalmente os delírios, alucinações e comportamentos considerados bizarros. Dessa maneira, o transtorno bipolar agora apresenta critérios bem definidos em seu diagnóstico. Além disso, abre-se também a possibilidade de diagnóstico de episódios isolados de mania, reavivando o debate sobre a existência da chamada “mania pura³⁷”.

Assim, no DSM-III, há o diagnóstico de “episódio maníaco³⁸” e a definição sobre a mania é ampliada, sendo caracterizada por “[...] hiperatividade, pressão para falar, fuga de ideias, autoestima inflada, diminuição da necessidade de sono, distração e envolvimento excessivo em atividades que têm alto potencial para consequências dolorosas, o que não é reconhecido” (Ibid., p. 206). Há possibilidade de especificar se com sintomas psicóticos ou não, e se eles são congruentes com o humor (delírios de grandeza) ou não (delírios de estar sendo controlado, etc) e o termo “hipomania” é introduzido, referindo-se a quadros maníacos mais leves. Além disso, encontramos também o diagnóstico de “episódio depressivo maior³⁹”, subclassificada em “episódio único⁴⁰” ou “recorrente⁴¹ e que inclui entre seus sintomas: “[...] perturbação do apetite, alteração de peso, perturbação do sono, agitação ou retardo psicomotor, diminuição da energia, sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldade de concentração ou de pensamento e pensamentos de morte ou suicídio ou tentativas de suicídio”. (Ibid., p. 210) e pode estar associado com sintomas psicóticos congruentes ou não, e com “melancolia⁴²”, que aqui é caracterizada por:

³⁷ De acordo com Mason, Brown e Croarkin (2016). O diagnóstico de mania pura era possível desde o DSM-I, embora o manual fizesse referência a breves momentos depressivos que também poderiam ocorrer. No DSM-III em diante, no entanto, a mania aparece fortemente associada aos episódios de depressão maior, e afirma inclusive que, no início do Transtorno Bipolar, é comum que um episódio maníaco ocorra primeiro em relação a um episódio depressivo.

³⁸ *Manic episode.*

³⁹ *Major depressive episode.*

⁴⁰ *Single episode.*

⁴¹ *Recurrent.*

⁴² *Melancholia.* Além disso, em outro trecho, a melancolia é uma forma grave de depressão e se associa com a concepção de endogenia: “Um termo do passado, neste manual usado para indicar uma forma tipicamente grave de depressão que responde particularmente à terapia somática. As características clínicas que caracterizam esta síndrome têm sido referidas como “endógenas”. Como o termo “endógeno” implica, para muitos, a ausência de estresse precipitante, característica nem sempre associada a esta síndrome, o termo “endógeno” não é utilizado no DSM-III.” (APA, 1980, p. 205, tradução nossa).

[...] perda de prazer em todas ou quase todas as atividades, falta de reatividade a estímulos geralmente prazerosos (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando algo bom acontece) e pelo menos três dos seguintes: (a) qualidade distinta do humor deprimido, ou seja, o humor deprimido é percebido como distintamente diferente do tipo de sentimento experimentado após a morte de um ente querido; (b) a depressão piora regularmente pela manhã; (c) acordar cedo pela manhã (pelo menos duas horas antes do horário habitual de despertar); (d) retardo ou agitação psicomotora acentuada; (e) anorexia significativa ou perda de peso; (e) culpa excessiva ou inadequada (APA, 1980, p. 228, tradução nossa⁴³).

Encontramos ainda, e de forma não menos importante, caracterizados as “outras desordens afetivas especificadas⁴⁴” as categorias de “transtorno ciclotímico⁴⁵” e “transtorno distímico⁴⁶”. A primeira refere-se a uma caracterização mais branda do transtorno bipolar e que deriva da categoria anterior de “personalidade ciclotímica” e a segunda, de uma caracterização mais branda da depressão maior e que deriva da antiga categoria de neurose depressiva.

No DSM-III há ainda a categoria de Transtorno Bipolar Atípico⁴⁷, que não preenche requisitos para o Transtorno Bipolar e nem para o Transtorno Ciclotímico. Assim, por exemplo, tratam-se de pacientes que vivenciaram um episódio de depressão maior e, tempos depois, um episódio hipomaniaco. Tal categoria é chamada também de Bipolar II.

Em 1994, o lançamento do DSM-IV irá propor a mudança de nomenclatura de “transtornos afetivos” para “transtornos do humor^{48 49}”. Nesse sentido, seguindo o que já vinha

⁴³ [...] loss of pleasure in all or almost all activities, lack of reactivity to usually pleasurable stimuli (doesn't feel much better, even temporarily, when something good happens), and at least three of the following: (a) distinct quality of depressed mood, i.e., the depressed mood is perceived as distinctly different from the kind of feeling experienced following the death of a loved one; (b) the depression is regularly worse in the morning; (c) early morning awakening (at least two hours before usual time of awakening); (d) marked psychomotor retardation or agitation; (e) significant anorexia or weight loss; (e) excessive or inappropriate guilt.” (APA, 1980, p. 228).

⁴⁴ *Other Specific Affective Disorders.*

⁴⁵ *Cyclothymic disorder.*

⁴⁶ *Dysthymic disorder.*

⁴⁷ *Atypical Bipolar Disorder.*

⁴⁸ *Mood disorders.*

⁴⁹ De acordo com Dalgalarondo (2019), o humor (ou estado de ânimo) é compreendido como um transfundo essencial da vida psíquica, um estado de emocional de base que dá tonalidade ou qualidade aos acontecimentos, “uma lente psíquica” (p. 280) em que confluem o somático e o psíquico, mas que é vivenciado, em boa parte, no corpo. Diferentemente do humor, o afeto é compreendido como o “componente afetivo de uma ideia” (p. 282), ou seja, como uma qualidade ou emoção que se liga a uma ideia, no entanto, Dalgalarondo ressalta que comumente o uso do termo “afeto” é inespecífico e se refere a qualquer estado de humor, sentimento ou emoção. A diferença entre tais concepções - a de humor e de afeto - é marcada por uma diferença no caráter temporal ou de duração: “Nos livros de psicopatologia, normalmente se distingue o humor da afetividade, estabelecendo-se o humor como uma disposição básica para ser emocionalmente afetado. *Essa disposição tímica geral que conserva uma certa estabilidade no tempo, por oposição ao afeto, que se manifesta no nível da reação imediata [...]* Distintamente do humor, o afeto se registra sempre em relação a determinado conteúdo emocional, como uma espécie de tonalidade da experiência notadamente qualitativa referida ao momento da situação vivida; dali decorre seu caráter temporal evanescente”. (VIEIRA;BASTOS;TEIXEIRA, 2017, p. 165-166, grifo nosso). Além disso, embora se espere que o conteúdo afetivo ligado a uma ideia tenha a tonalidade do estado de humor atual do sujeito, os Vieira, Bastos e Teixeira (2017) ressaltam ainda a possibilidade de uma incongruência entre a esfera do humor e a esfera afetiva. Assim, os autores exemplificam a situação em que determinado sujeito ri ao comentar sobre uma situação catastrófica.

sendo indicado pelo DSM-III, há ainda a caracterização dos episódios, com diferença para a categoria de “episódio de depressão maior” e “depressão maior”, que agora aparecem separadas, sendo a última caracterizada por um ou mais episódios de depressão maior. Além disso, o DSM-IV introduz também possibilidade de diagnóstico do “episódio misto⁵⁰”, que atende aos critérios tanto dos episódios maníacos ou dos episódios de depressão maior e passa também a ser considerado para o diagnóstico de Transtorno Bipolar I ao lado da mania. Além disso, o DSM-IV traz os elementos etiológicos de volta, mas aqueles que se referem às condições de humor que são induzidos por substâncias ou por outras condições clínicas. Quando ao diagnóstico do Transtorno Bipolar propriamente dito, a distinção entre o tipo I e o tipo II aparecem. Assim, o Bipolar I é caracterizado pela aparência de episódios maníacos ou mistos, enquanto o Bipolar II por episódios hipomaníacos. Além disso, no DSM-IV, o termo “melancolia” aparece enquanto especificador do episódio depressivo maior, reunindo as mesmas características do DSM-III:

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior com Características Melancólicas é a perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades ou a falta de reatividade a estímulos geralmente prazerosos. O humor deprimido do indivíduo não melhora, mesmo temporariamente, quando algo de bom acontece (Critério A). Além disso, pelo menos três dos seguintes sintomas estão presentes: uma qualidade distinta de humor deprimido, depressão que piora regularmente pela manhã, despertar cedo pela manhã, retardo ou agitação psicomotora, anorexia ou perda de peso significativa, ou culpa excessiva ou inadequada. (Critério B) (APA, 1994, p. 383, tradução nossa).

Finalmente, no DSM-5 (APA, 2013), o Transtorno Bipolar aparecerá em uma seção diferente daquela dos transtornos depressivos, marcando uma tentativa de diferenciação entre ambos. Preservando os tipos I e II na mesma perspectiva do DSM-IV, o DSM-5 trará poucas mudanças em relação ao anterior. Dentre tais mudanças, de acordo com Mason, Brown e Croarkin (2016), verifica-se que um episódio maníaco que surge durante um tratamento com antidepressivos e persiste para além dele pode atender critérios de diagnóstico para o Transtorno Bipolar I, bem como a mania induzida por substância passa também a ser considerada enquanto Transtorno Bipolar. Além disso, os autores mencionam que o “episódio misto” foi removido e deu lugar ao especificador “com características mistas”, que pode ser utilizado tanto para episódios de mania ou hipomania tanto quanto num episódio de depressão maior, marcando que, apesar dos esforços de separá-los em seções diferentes, os transtornos permanecem bastante ligados.

⁵⁰ *Mixed episode.*

Mais uma vez, o termo “melancolia” é preservado no DSM-5 enquanto um especificador dos episódios de alteração de humor, numa definição semelhante à das edições anteriores. O manual adverte, no entanto, que tal especificador é qualitativamente diferente de um episódio depressivo não-melancólico, e ressalta suas características de perda quase absoluta de prazer, falta de reatividade a estímulos prazerosos e, em nota, coloca que alterações psicomotoras quase sempre estão presentes.

1.3. Confusão de línguas entre a psicanálise e a psiquiatria: dissidências diagnósticas na psicose maníaco-depressiva

Após um longo percurso pela psiquiatria, é chegada a hora de discutirmos trazermos um colorido de psicanálise à discussão. Podemos dizer, sem grandes delongas, que a discussão diagnóstica entre psiquiatria e psicanálise já se encontra amplamente explorada. Há uma vasta literatura científica a respeito, e boa parte daqueles que se debruçaram sobre a questão já parecem ter demonstrado, de maneira hábil, as diferenças entre o diagnóstico descritivo ou fenomenológico na psiquiatria e o diagnóstico estrutural em psicanálise.

O trabalho de Figueiredo e Tenório (2002), por exemplo, é uma verdadeira referência em tal proposição: a partir do estudo de um caso que lhes chega ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), os autores demonstram com precisão, no cotidiano da clínica, o embaraço diagnóstico de alguns psiquiatras em torno do caso de uma paciente idosa que chegara sem se alimentar, falar, evacuar e urinar há dias, e deixara também de ter cuidados com sua própria higiene. As hipóteses elaboradas pelos psiquiatras foram muitas, a saber, as de “síndrome catatônica; síndrome estuporosa; transtorno depressivo recorrente com sintomas psicóticos; transtorno depressivo maior recorrente sem sintomas psicóticos; e, finalmente, como diagnóstico diferencial, esquizofrenia catatônica⁵¹” (Ibid., p. 32). Os autores localizaram, no entanto, a partir da escuta da paciente por um referencial psicanalítico, um diagnóstico estrutural de neurose histérica⁵². Tal mudança implicou diretamente no prognóstico do caso, por vez que os psiquiatras prescreveram sessões de

⁵¹ Classificações presentes no *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders 4ª Edition* (APA, 1994)

⁵² A relação entre a histeria e a melancolia é conhecida em vista da questão da labilidade do humor. Na seção das desordens de personalidade, no DSM-I, encontramos a “personalidade de instabilidade emocional”, categoria que reúne personalidades em que as características psiconeuróticas podem estar presentes mas não são tão relevantes, pois o que se destaca é o desenvolvimento emocional perturbado desde a infância. Na segunda versão do manual, o que observamos é a mudança de nomenclatura da personalidade de instabilidade emocional: um deslocamento que anunciará também o destino da histeria nas edições posteriores: passará, enfim, a ser chamada de “personalidade histérica”, e será caracterizada como possuindo um comportamento emocionalmente instável, hiperativo, dramático: “Essa autodramatização sempre busca atenção e muitas vezes é sedutora, esteja o paciente ciente de seu propósito ou não. Essas personalidades também são imaturas, egocêntricas, muitas vezes vaidosas e geralmente dependentes de outras pessoas.” (APA, 1968, p. 43).

eletrochoque⁵³ e, de fato, obtiveram sucesso na remissão do quadro de estupor e mutismo, mas logo a paciente retornou para outra internação. A aposta psicanalítica no diagnóstico de histeria, no entanto, pôde levar a remissão do quadro de estupor através da fala, reiterando, como coloca Jacques-Alain Miller, que o que a psicanálise pode oferecer à psiquiatria “não é assistência social [...] mas concurso para exame de casos e seu desenvolvimento” (MILLER, 2002, p. 129).

Mas o trabalho de Figueiredo e Tenório (2002) nos interroga ainda a respeito de outras questões, por vez que nos dá notícias também da dificuldade do diagnóstico dentro do próprio campo da psicanálise. De fato, conduzir a investigação da estrutura do sujeito a partir de seus sintomas, por mais recorrentes que eles se apresentem em determinadas estruturas, pode ser um grande equívoco. O caso trazido pelos autores também deve nos provocar nesse sentido, uma vez que se reconhece a profunda relação entre o estupor e a estrutura melancólica. Karl Abraham atesta tal relação em seu primeiro escrito a respeito das psicoses maníaco-depressivas:

Incapaz de efetuar uma aplicação duradoura e positiva de sua libido, o paciente inconscientemente busca o insulamento do mundo e sua inclinação auto-erótica manifesta-se em sua inibição [...] os mais altos graus da inibição, especialmente – isto é, o estupor depressivo – representam uma morte simbólica. O paciente, exatamente como se não estivesse mais vivo, não reage mesmo à aplicação de fortes estímulos externos. (ABRAHAM, 1911/1970, p. 42)

Ainda que se apresente como uma mortificação do sujeito ou mesmo como um profundo alheamento à realidade externa, como ocorre no campo das psicoses e, ainda, diríamos, como indício de uma anestesia psíquica, de uma perda no campo do sexual (FREUD, 1895a/1996), o quadro estuporoso não serve a um diagnóstico estrutural de melancolia por si só. De fato, o diagnóstico em psicanálise dispensa qualquer pretensão de uma sintomatologia clássica presente em cada estrutura. Assim, é verdade, não foram poucas as vezes em que pude presenciar aquilo que se assemelhava a uma “conversão histérica” manifestando-se em pacientes com quadros melancólicos já bem descritos clinicamente.

Dessa maneira, a confusão de línguas não se encerra entre as diferentes nosologias psiquiátrica e psicanalítica, mas há, por vezes, no próprio uso dos conceitos psicanalíticos, um grande “mal-entendido” a respeito da estrutura melancólica. Se por um lado a melancolia se aproxima da histeria em razão de suas manifestações sintomáticas no Real do corpo e nas expressões que se assemelham a um exagero neurótico ou mesmo uma representação

⁵³ Atualmente chamada de eletroconvulsoterapia (ECT). O termo original utilizado pelos autores Figueiredo e Tenório (2002) foi preservado.

dramática dos afetos, por outro lado, a melancolia é confundida também com a neurose obsessiva em razão do sentimento de culpa e da ambivalência presente. Indo ainda mais além, não raro a intensidade da ambivalência afetiva torna o outro um “perseguidor”, o que também a aproxima da estrutura paranoica.

Temos, assim, inúmeras possibilidades no diagnóstico da melancolia que a tornam um quadro bastante variado, com manifestações bastante distintas. Há ainda que se reconhecer a atualização de antigos impasses. A mudança paradigmática da psiquiatria francesa para a psiquiatria alemã, no Brasil, trouxe com ela um deslocamento progressivo dos diagnósticos de histeria para os de psicose maníaco-depressiva. As mudanças no DSM que se seguiram nas últimas décadas, ainda, decompuseram a histeria numa série de outros diagnósticos, dos quais destacamos o campo dos transtornos dissociativos e os transtornos conversivos.

Ainda na continuidade do trabalho de Figueiredo e Tenório (2002), os autores problematizam que, com o advento do DSM, há uma crescente demanda na cultura por resoluções objetivas e soluções medicamentosas em detrimento do desejo de escuta e de um processo psicoterapêutico. Além disso, no campo da clínica, os autores nos mostram como torna-se cada vez mais difícil o reconhecimento das psicoses antes de seu desencadeamento, por vez que a noção de psicose a partir do DSM rejeita as hipóteses etiológicas a respeito dos transtornos, passando a contemplar apenas sua descrição fenomenológica. Assim, as psicoses passam a ser concebidas apenas como sintomas de ordem delirante ou alucinatória, resultando na ampliação dos diagnósticos de transtorno de personalidade *borderline*⁵⁴.

Retomando o trabalho de Adolf Stern, o primeiro a usar o termo “*borderline*” de maneira oficial, Coelho dos Santos (2004) mostrará como tal categoria reunirá diversos quadros que hoje consideramos como de difícil diagnóstico, os chamados “casos inclassificáveis”, como aqueles de ciclotimia. Aproximando-se da tradição de uma psicanálise inglesa e das concepções de Winnicott, tais teorizações irão privilegiar a relação entre o bebê e o ambiente-mãe em detrimento de uma leitura a partir da função paterna, do simbólico e da Lei. No caso dos estados maníaco-depressivos, os termos utilizados por Stern não deixam dúvidas da confusão diagnóstica que se estabelecerá a partir de então:

⁵⁴ A categoria do Transtorno de Personalidade *Borderline* foi introduzida no DSM-III: “Esta categoria identifica uma constelação de características de personalidade relativamente duradouras de instabilidade e vulnerabilidade que se acredita terem implicações importantes no tratamento e nos resultados (61). Os critérios para esta categoria são apoiados pelos resultados de um estudo analítico fatorial de dados de sintomas de pacientes clinicamente designados como tendo uma condição limítrofe e são consistentes com a literatura que descreve condições limítrofes (18). Alguns desses indivíduos foram diagnosticados como portadores de Esquizofrenia do tipo latente no DSM-II.” (APA, 1980, p. 378)

[...] narcisismo, hemorragia psíquica, hipersensibilidade extraordinária, rigidez psíquica e física, reação terapêutica negativa, sentimentos constitucionais de inferioridade, insegurança orgânica ou angústia, masoquismo, uso excessivo de mecanismos projetivos, dificuldades no uso do teste de realidade – em particular nos relacionamentos interpessoais. Como se pode depreender facilmente dessa caracterologia, a idéia central é a de que não se tratava de sintomas neuróticos, isto é, das restrições da vida sexual, mas dos efeitos da frustração de necessidades primárias. (Ibid., p. 69)

Poderíamos, como um cartógrafo, mapear cada um dos significantes de Stern às teorizações freudianas que concernem a melancolia: além da melancolia como uma afecção narcísica, “hemorragia psíquica” é a maneira pela qual Freud irá, em 1895, caracterizar a melancolia⁵⁵. O que seria a “hipersensibilidade extraordinária” senão os fatores de desencadeamento da melancolia a partir da perda de um objeto? A rigidez psíquica e física, senão como o problema da anestesia ou da inibição melancólica, que pode manifestar-se como estupor? A reação terapêutica negativa, senão como fruto de um sentimento de culpa que Freud teoriza em “O Eu e o Isso” (1923/2010)? Os “sentimentos de inferioridade, insegurança orgânica ou angústia” como o delírio de pequenez e a hipocondria moral (cf. FERREIRA; BESSET, 2008), o masoquismo senão como as “autorrecriminações” melancólicas e o uso excessivo de mecanismos projetivos senão como as projeções e introjeções mais basais nas melancolias teorizadas por Freud, Abraham e Ferenczi?

Assim, o campo da psicose maníaco-depressiva merece desdobramentos mais cuidadosos, pois implica também numa investigação etiológica de tais estados dentro da perspectiva de um desenvolvimento psicosssexual, algo que se coloca para além do isolamento de um sintoma e sua classificação, por vez que “[...] a ênfase na descrição cuidadosa promove a confusão entre o que é facilmente observável e o que é clinicamente relevante.” (WILSON, 1993, p. 408, tradução nossa⁵⁶).

⁵⁵ Mesmo em Luto e Melancolia (1917[1915] 2010) Freud dirá que o complexo da melancolia se comporta como uma “ferida aberta” (p. 186)

⁵⁶ “Further, the emphasis on careful description fosters the confusion of the easily observable with the clinically relevant” (WILSON, 1993, p. 408).

CAPÍTULO 2

IDENTIFICAÇÃO, INTROJEÇÃO E INCORPORAÇÃO, UMA ETIOLOGIA PSICANALÍTICA DA MELANCOLIA

[...] Fora a serpente no paraíso, desencaminhara o seu marido que, aliás, chamava-se Adão, havia injuriado a si própria e a seus filhos, trouxera desgraça para todo mundo. Por isso ela foi queimada, já esteve no inferno onde vira, no precipício, seus terríveis pecados. O firmamento ruiu; já não há mais água, dinheiro, alimento; ela matou tudo, provocando o fim do mundo: "O mundo inteiro pesa sobre minha alma". Em um texto escrito ao tribunal, acusa-se por todos estes atentados, e pede para ser presa; em um bilhete escreve como seu nome o "Diabo". (KRAEPELIN, 1905/1997, p. 100-101)

Da etiologia ao diagnóstico, no capítulo anterior buscamos realizar um breve percurso a respeito das principais transformações dos estados maníaco-depressivos ao longo do século XX e início do XXI. Visualizamos, assim, a polissemia a que determinados conceitos, por terem sido bastante utilizados e modificados historicamente no campo da psicopatologia, estão sujeitos. Finalmente, um estudo mais aprofundado da psicose maníaco-depressiva a partir do aporte teórico da psicanálise pode nos auxiliar na compreensão de sua estrutura psíquica, oferecendo-nos outros elementos para além da semiologia, mas sem prescindir também dela.

O trabalho de Masson e Brun (2015) desdobra a importância de uma aposta conjunta entre a psicanálise e a psiquiatria no cuidado das enfermidades maníaco-depressivas. Os autores apontam que os avanços psicofarmacológicos e as recentes investigações a respeito da etiologia do transtorno bipolar I permitem compreender uma base orgânica bem estabelecida e questionam o que denominam de uma postura de arrogância teórica de alguns psicanalistas. Se utilizando de afirmações de Freud, os autores são enfáticos: “Infelizmente, a psicanálise por si só nunca curou um paciente dos seus ataques maníaco-depressivos” (Ibid., p. 437, tradução nossa⁵⁷). Criticam, assim, o excesso de pretensões terapêuticas por vez que a psicanálise poderia ser bem aplicada apenas nos períodos de intervalo livre, e que seu uso nos momentos agudos é bastante limitado (Cf. Capítulo III).

De fato, o conjunto de questões levantadas pelos autores reafirma a importância do questionamento sobre o que pode a psicanálise no trabalho com a psicose maníaco-depressiva. Como já colocado no capítulo anterior, para Abraham (1924a/1970), a eficácia do tratamento psicanalítico poderia estar assentada na possibilidade de um impedimento do retorno dos

⁵⁷ “Malheureusement, la psychanalyse à elle seule n’a jamais guéri un patient de ses crises maniaco-dépressives”. MASSON; BRUN, 2015, p. 437).

momentos de maior gravidade e de crise, indo além da remissão dos sintomas. Mas como se daria esse impedimento? A resposta reside, para o médico alemão, na formação de sintomas substitutivos, mudança proporcionada pelo processo analítico. Dessa maneira, a aposta psicanalítica desde Freud e, estendendo-se a Abraham, jamais esteve obstinada na promessa de uma cura.

As possibilidades da psicanálise, assim, no que tangem ao âmbito da terapêutica residem em dois principais fatores, de acordo com aquilo que determina a gravidade de uma neurose de acordo com Freud e com Abraham: como veremos, compreendendo a melancolia enquanto uma neurose narcísica⁵⁸, Freud dirá que o que pode caracterizar uma neurose grave é o comportamento do Supereu (Ideal do Eu): “[...] talvez seja precisamente esse fator, o comportamento do ideal do Eu, que determine a gravidade de uma doença neurótica.” (FREUD, 1923/2010, p. 47). Dessa maneira, um dos objetivos de uma psicanálise no que concerne ao tratamento das psicoses maníaco-depressivas, poderia e deveria, sem dúvidas, atenuar as autoacusações melancólicas.

Por outro lado, é Abraham (1916/1970) quem coloca que, diante de um comportamento que está absolutamente ligado a uma fixação em algum ponto do desenvolvimento infantil, o que cruza a fronteira entre um hábito e uma inclinação patológica é a tolerância à abstinência de um estímulo. Em outras palavras, é a possibilidade do sujeito construir mecanismos que possam frear a impulsividade, tão ligada ao funcionamento primário infantil e à ferocidade pulsional. Assim, a eficácia do tratamento psicanalítico para as psicoses maníaco-depressivas também poderia ser compreendido como um fortalecimento dos mecanismos simbólicos que permitam ao sujeito hesitar diante de suas próprias exigências:

Se, por exemplo, se achava obrigado a tomar uma decisão importante relativa à sua vida prática, mostrava-se inclinado a, mais uma vez buscar refúgio em sua doença. Entretanto, na realidade, não dava o primeiro e essencial passo na direção da melancolia, não abandonava o seu objeto. Formava um novo sintoma, é verdade, mas era um sintoma obsessivo, uma fobia ou, então, uma conversão histérica. Eu não podia deixar de ter a impressão de que o paciente não mais produzia uma depressão melancólica genuína e que uma psicose tenha ascendido de um nível melancólico para um nível histérico parece-me ser uma realização significativa e digna de nota. E o fato de ter o amor objeto do paciente se mostrado mais do que antes resistente às influências externas é indiscutivelmente da maior importância prática (ABRAHAM, 1970/1924a, p. 136).

⁵⁸ As particularidades da melancolia, mostrando importante alheamento do mundo exterior e, ao mesmo tempo, uma severidade e crueldade dirigidas do sujeito contra si próprio, levarão Freud a ter de elaborar uma categoria intermediária entre as neuroses de transferências e as psicoses, as primeiras, respectivamente, representando um conflito entre o Eu e o Isso, e as últimas entre o Eu e a realidade externa. Chega-se assim, às “neuroses narcísicas”, compreendidas por Freud como resultantes do conflito entre o Eu e o Supereu. Vemos aqui desenhar-se a localização da melancolia e da mania numa espécie de “limbo diagnóstico” (OLIVEIRA; COELHO DOS SANTOS, 2017).

Já não podemos mais nos desviar de definir a psicose maníaco-depressiva em psicanálise de alguma maneira, de dar notícias de sua concepção. Assim, passamos a trilhar o caminho das melancolias e um longo percurso teórico vincula sua manifestação a uma origem que se inicia nos primórdios do desenvolvimento psicosexual infantil, assim, na fase oral, guardando profunda relação com o processo de nutrição: da sucção do seio materno ao ato de ingestão de alimentos sólidos, a partir da mastigação.

Sem dúvidas, a partir da leitura de Freud e de Karl Abraham, é notória que a relação entre a etiologia da psicose maníaco-depressiva se vincula ao erotismo oral por dois principais fatores, a saber, o típico fenômeno do automartírio melancólico, que se manifesta como um delírio de pequenez, e as observações clínicas em torno dos impasses no processo de alimentação dos melancólicos nos momentos mais agudos da sintomatologia. É a relação entre tais fatores, que indicam, respectivamente, um sintoma que deriva do estágio do narcisismo por sua relação com o próprio Eu e uma recusa alimentar que indica um funcionamento vinculado à oralidade, derivada do estágio do autoerotismo, que precede o narcisismo e a formação do Eu.

De fato, o percurso teórico de compreensão do quadro específico de melancolia pelo qual Freud se debruça, a saber, aquela em que sua etiologia é indubitavelmente psicogênica e que tem por característica as fases de virada maníaca, encontramos também um caminho difícil, e que não deve ser separado também das dificuldades que a psiquiatria encontrara. O trabalho de Costa e Medeiros (2015), a partir de uma leitura rigorosa dos escritos de Freud, incluindo seus trabalhos pré-psicanalíticos, as autoras mostram os limites da indiferenciação a que os termos “depressão” e “melancolia” estiveram sujeitos inicialmente.

Em alguns dos trabalhos pré-psicanalíticos de Freud, encontramos algumas formulações iniciais a respeito da melancolia que cabem destaque e anunciam seu desenvolvimento teórico porvir. A primeira menção de Freud à questão da melancolia data de um momento muito anterior à publicação de Luto e Melancolia (1917[1915]/2010). Em “Um caso de cura pelo hipnotismo” (1892-1893/1996) a menção à melancolia aparecerá em um trabalho de Freud a respeito de um caso em que ele classifica como a de uma “*hystérique d’occasion*”⁵⁹. Freud descreve um caso de sucesso de tratamento hipnótico em uma jovem que pôde observar por muitos anos e que conhecia desde a infância.

⁵⁹ Como já dissemos no capítulo anterior, a relação entre a histeria e a melancolia enquanto manifestações que se expressam no Real do corpo também se encontra em Freud, inicialmente. O psicanalista relaciona a recusa histerica, que ocorre de maneira inconsciente e se expressa no corpo com o processo depressivo.

O psicanalista conta que a jovem, a partir do nascimento de seu primeiro filho, a mulher tornou-se incapaz de amamentar seu bebê, e apresentava pouca produção de leite, dores quando o bebê era posto a amamentar, insônia e perda do apetite. Com o decorrer dos anos, a jovem teve outros filhos e mostrou as mesmas dificuldades, e o tratamento hipnótico continuou se mostrando bastante exitoso nas outras vezes em que foi chamado a realizá-lo. Assim, a partir da eficácia do tratamento, Freud irá esboçar algumas hipóteses sobre a elucidação dos mecanismos psíquicos envolvidos na doença que afligira a jovem. Dirá ele que existem dois tipos de ideias com um afeto de expectativa, são elas:

Existem determinadas idéias que têm um afeto de expectativa que lhes está vinculado. São de dois tipos: idéias de eu fazer isto ou aquilo - o que denominamos intenções - e idéias de isto ou aquilo me acontecer - são as expectativas propriamente ditas. O afeto vinculado a tais idéias depende de dois fatores: primeiro, o grau de importância que o resultado têm para mim; segundo, o grau de incerteza inerente à expectativa desse resultado. A incerteza subjetiva, a contra-expectativa, é em si representada por um conjunto de ideias ao qual darei o nome de “ideias antitéticas aflitivas”. (FREUD, 1892-1893/1996, p. 163)

Assim, de acordo com Freud, o quadro melancólico é característico na manifestação das ideias antitéticas aflitivas nas intenções, configurando um importante rebaixamento da autoconfiança:

“[...] quando há uma neurose presente [...] temos de supor a *presença primária* de uma tendência à depressão e à diminuição da autoconfiança, tal como as encontramos muito desenvolvidas e individualizadas na **melancolia**”. (Ibid, p. 164, itálico do autor, grifo nosso)

Tempos depois, em extratos de documentos remetidos a Fliess que também antecedem o desenvolvimento da teoria psicanalítica, em “Rascunho E. Como se origina a angústia” (1894/1996), Freud irá colocar a melancolia enquanto uma contrapartida da neurose de angústia, de modo que a neurose de angústia pode ser localizada como uma concentração de tensão sexual no corpo que foi impedida de sua descarga, “uma neurose de represamento” (p. 243). Em contrapartida, a melancolia se caracterizaria por um acúmulo de tensão psíquica, por vez, que de acordo com Freud, os melancólicos seriam “anestéticos”: “Não têm necessidade de relação sexual (e não têm a sensação correlata). Mas têm um grande anseio pelo amor em sua forma psíquica - uma tensão erótica psíquica, poder-se-ia dizer”. (Ibid., p. 243).

Em outro escrito, “Rascunho K. As Neuroses de Defesa” (1886/1996), Freud dirá que as neuroses são oriundas de impulsos parricidas recalcados e que, no caso da melancolia, tais desejos podem vir a se transmutar em autoacusações.

Mas foi sem dúvidas no esboço “Rascunho G: Melancolia” (1895a/1996), que encontramos a maior das contribuições pré-psicanalíticas. Neste, Freud já introduzia algumas ideias que serão retomadas em trabalhos posteriores, dentre elas: a melancolia como perda no campo do sexual, portanto, como perda libidinal; a relação entre a anorexia e a melancolia e, finalmente, a relação de correspondência entre a melancolia e o afeto do luto.

Em “Psicoterapia” (1905/2016), como bem mostrado por Costa e Medeiros (2015), Freud irá situar as depressões no campo das psicoses e dirá que o método psicanalítico, da maneira como havia sido desenvolvido até então, não era recomendado para seu tratamento

Para proceder de modo seguro, deve-se limitar a escolha a indivíduos que têm uma condição normal, pois é a partir desta que no procedimento psicanalítico nos apoderamos do que neles é patológico. Psicoses, estados de confusão e de abatimento profundo (tóxico, poderia dizer) também são inadequados para a psicanálise, ao menos tal como ela é praticada até agora. Mas não excluo absolutamente a possibilidade de, com uma mudança adequada no procedimento, superarmos essa contraindicação e emprendermos uma psicoterapia das psicoses. (Ibid., p. 341)

Finalmente, “Luto e Melancolia” (1917[1915]/ 2010) é um marco na teoria psicanalítica a respeito dos estados maníaco-depressivos. Inserindo-se num intenso período de sistematização dos conceitos metapsicológicos, serão as consequências dos trabalhos de alguns dos discípulos de Freud que endossaram a necessidade de uma tentativa de compreensão mais pormenorizada da melancolia e da mania. Serão, assim: as divergências com Carl Gustav Jung após a publicação de Freud sobre o Caso Schreber (1911/2016) e os desdobramentos de tais divergências, que culminarão na publicação de “Sobre o Narcisismo uma Introdução” (1914/2010), bem como o acompanhamento das elaborações teóricas das relações entre os estados maníaco-depressivos e o sobre o desenvolvimento psicosexual da oralidade de Karl Abraham (1911/1970; 1916/1970; 1924a/1970; 1924b/1970) que farão um Freud ainda pessimista quanto às possibilidades do tratamento psicanalítico para as psicoses, interessar-se por uma melhor compreensão de estados em que o Eu se apresenta diminuído, empobrecido, ou mesmo hiperinvestido. De fato, o encontro de Freud com a dimensão do narcisismo do Eu e do alheamento da realidade externa nas psicoses, a partir do exame dos quadros de paranoia, põe em xeque alguns aspectos do edifício teórico da primeira tópica freudiana, por vez que agora as funções do Eu já não parecem mais tão cooperativas na tarefa de uma análise. Pelo contrário, o que se encontrará é um Eu aliado com as resistências e fragilizado, menos hábil do que se imaginava em dar ao ímpeto das pulsões um destino mais próximo das metas civilizatórias. Nesse sentido, a teorização dos estados maníaco-depressivos se insere na continuidade das discussões dessa época, e nos rememora uma das formulações

mais conhecidas de Freud sobre a melancolia: “No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio Eu.” (FREUD, 1917[1915]/ 2010, p. 130).

Em *Luto e Melancolia* (1917[1915]/ 2010), as formulações mencionadas anteriormente encontram um desdobramento mais profundo. Em tal ensaio, a que Freud mais se deteve a respeito do mecanismo psíquico da melancolia, Freud questiona-se sobre o motivo pelo qual alguns sujeitos, diante de uma perda, ao invés de enlutarem-se, melancolizam.

A saída que Freud encontrará, que tem como base as formulações de “Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranoia (*Dementia Paranoides*) Relatado em Autobiografia” (1911/2016) e, posteriormente em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914/2010), será o de apontar uma predisposição no adoecimento melancólico. Tal “predisposição”, no entanto, não se refere a uma compreensão meramente biológica, da ordem da hereditariedade ou da genética, muito embora ela também a leve em considerações, como veremos em Karl Abraham (1924a/1970). Na verdade, na continuidade de sua argumentação, Freud sugere que “a predisposição a adoecer de melancolia, ou parte dela, reside na predominância do tipo narcísico de escolha de objeto” (1917[1915]/ 2010, p. 134). Dizendo de outro modo, a predisposição a qual Freud se refere diz respeito à história do sujeito, daquilo que nele fez marca indelével, daquilo que não pôde ser esquecido. Assim, remonta às primeiras relações de objeto, em que o Eu é constituído e das marcas que tais escolhas significarão na vida posterior do adulto. Tal perspectiva relembra-nos mesmo os dizeres de Ferenczi: “[...] ‘o esquecimento’, na vida mental, o desaparecimento sem vestígios, é tão impossível quanto o desaparecimento de energia ou de matéria no mundo material” (FERENCZI, 1909/1991, p. 98).

Dessa maneira, colocando que a identificação é o estágio que precede a escolha de objeto, Freud (1917[1915]/ 2010) dirá que o melancólico, por meio de uma regressão, “[...] gostaria de incorporar esse objeto, e isso, conforme a fase oral ou canibal do desenvolvimento da libido, por meio da devoração” (p. 182). Tal mecanismo está diretamente associado à célebre formulação a que todo aquele que já ouviu sobre a melancolia em psicanálise já pôde contemplar: “Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu” (Ibid., p. 181). Deve nos interessar, assim, fazer um estudo pormenorizado sobre a relação entre a oralidade e a melancolia no que concerne ao mecanismo próprio de sua constituição psíquica: o mecanismo de introjeção por meio da incorporação oral.

2.1. O mecanismo psíquico da introjeção: melancolia e incorporação oral

Se durante a obra de Freud somos apresentados aos conhecidos “casos paradigmáticos”, aqueles em que o psicanalista pode mostrar-nos as estruturas psíquicas sendo analisadas caso a caso, em ato, os quadros de melancolia nos frustrarão nesse sentido. A falta de um caso paradigmático parece estar revelada pelo fato de que havia pouco material clínico que pudesse embasar o desenvolvimento teórico da melancolia por Freud. Dessa maneira, Freud se baseara em um material clínico escasso e não hesitou em admiti-lo.

A possibilidade de uma maior elucidação dos mecanismos psíquicos da melancolia, no entanto, veio após as publicações de alguns de seus próprios discípulos, aos quais podemos citar Ernest Jones, Ferenczi e, sem dúvidas, Karl Abraham. O pionerismo de Abraham na elucidação das psicoses maníaco-depressivas se deve tanto por seu rigor teórico, bastante aliado à obra freudiana, quanto pela exposição de uma série de fragmentos clínicos que exemplificam os mecanismos de regressão oral e das psicoses maníaco-depressivas.

Assim, em 1911, vislumbrando uma melhor elucidação dos mecanismos envolvidos na psicogênese da melancolia a partir do que já havia sido descrito sobre a etiologia e características gerais da neurose obsessiva, o médico e psicanalista alemão Karl Abraham publica, em 1911, “Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalíticos da psicose maníaco-depressiva e estados afins” (1911/1970). De acordo com Abraham, o sentimento de depressão se encontra amplamente difundido nas neuroses, mas uma investigação pormenorizada das depressões na esfera das psicoses ainda aguardava maiores elucidações. Dessa maneira, a partir de sua experiência clínica com casos de psicose maníaco-depressiva e de pacientes ciclotímicos, Abraham localiza a melancolia enquanto uma “psicose depressiva” e a compara com a neurose obsessiva: “Mesmo em minha primeira análise de uma psicose depressiva, fiquei imediatamente impressionado por sua semelhança estrutural com uma neurose obsessiva” (Ibid., p. 34).

Abraham dirá que uma diferença essencial entre a estrutura das neuroses obsessivas e da melancolia consiste na criação de objetos substitutivos. De acordo com o psicanalista, o desencadeamento de um período mais crítico de sofrimento em ambas as estruturas ocorre após uma decisão final a respeito do emprego que dará a sua libido no futuro e em sua atitude em relação ao mundo. A diferença mais essencial entre ambas, no entanto, consiste nos processos que se seguem após o recalque. Enquanto o neurótico obsessivo é capaz de criar objetos substitutivos, o melancólico se utiliza do processo de projeção, mecanismo também conhecido nas paranoias.

Em “Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranoia (*Dementia Paranoides*) Relatado em Autobiografia” (1911/2010), Freud se debruça sobre os mecanismos psíquicos da

estrutura paranoica. De acordo com ele, a paranoia está baseada em conflitos calcados em uma fantasia homossexual reprimida, que por meio do mecanismo de projeção, as percepções internas do sujeito são substituídas por percepções externas, ocasionando uma mudança na qualidade do afeto. Assim, partindo do amor homossexual, o sujeito em sua consciência o percebe como ódio, mas um ódio que não parte de si, e sim do outro, aquele que inicialmente fora amado. Retomando tal publicação, Abraham (1911/1970) dirá que o processo de formação de sintomas na melancolia é semelhante. A diferença fundamental, no entanto, é que o afeto inicial parece ser o ódio dirigido ao meio mais próximo do sujeito, à sua cena familiar, e não o amor. Assim, o afeto de ódio que inicialmente do próprio sujeito se generaliza para fora, condição essa que expressa suas ideias de ser odiado - e, com isso, acrescentaríamos também as de ser abandonado - pelos outros, que ganha contornos ainda mais bem definidos se associando com características inatas do sujeito (psíquicas ou físicas) em que ele se julga inferior.

Se na hipocondria dos melancólicos há uma prevalência da humildade, da pobreza e da ausência absoluta de valor, na hipocondria dos perseguidos prevalece uma boa imagem de si, com preservação da organização. Nesses, há uma responsabilização do mundo exterior por seus males. Muitas vezes acusam seu médico e chegam ao delírio de perseguição confirmado. Assim, no perseguido, as influências nocivas convergem de fora para dentro de sua pessoa, ao passo que no melancólico a influência nociva parte de dentro dele para o mundo externo (FERREIRA; BESSET, 2008, p. 410)

Abraham, então, condensa a fórmula do mecanismo de formação sintomático das melancolias na fórmula: “As pessoas não me amam, odeiam-me... por causa de meus defeitos inatos. Assim, sinto-me infeliz e deprimido” (Ibid, p. 40).

No cotidiano dos dispositivos de Saúde Mental são cotidianos os exemplos que poderiam vir a ilustrar tal fórmula. Cito, assim, o caso de um usuário que chegava ao CAPS semanalmente, e sua labilidade afetiva era o que mais bem podia ser descrita. Queixava-se de abandono, dizia constantemente que era um “lixo”. Chegava ao CAPS demandando bastante atenção daqueles por quem tinha maior afeto. Quando não obtinha o que desejava, ameaçava suicidar-se ou destruir todo o espaço físico do serviço. Quando obtinha a atenção desejada, no entanto, o manejo não se tornava mais simples: em pouco tempo ficava irritado, e bastava qualquer frustração que o impactasse na conversa para que ameaçasse agredir aqueles por quem havia pedido a atenção. Passada sua irritação, pedia desculpas a todos, dizia ser assim por conta de um “erro médico”. Contava que, em seu nascimento, ouviu o médico que realizava o parto dizer que seria impossível que sua mãe e ele saíssem vivos, que um teria de

ser sacrificado. O nascimento, no entanto, ocorreu bem, mas o usuário contava que, mais uma vez, ouviu o médico dizer que ele pagaria um preço por sua vida: a doença⁶⁰. Assim, marcava sua impossibilidade de cura: “uma das primeiras negações que se manifesta precocemente no melancólico é a da possibilidade de se curar” (FERREIRA; BESSET, 2008, p. 410).

Mas a impossibilidade de cura do melancólico assentada nos traços de uma hipocondria moral, associada ao mecanismo de projeção da psicose paranoica ainda nos traz mais um importante elemento. De acordo com Freud (2010/1911), o paranoico está fixado numa etapa do desenvolvimento sexual infantil localizada entre o autoerotismo e a escolha de objeto: o narcisismo. Assim, tomando o seu próprio Eu enquanto objeto, a fixação do paranoico no estágio do narcisismo justificaria também a emergência de uma fantasia homossexual inconsciente, por vez que ela estaria baseada em uma identificação a um outro que se assemelha ao seu próprio Eu, neste caso, constituindo uma identificação baseada na semelhança entre os corpos, entre os sexos:

Pessoas que não se desprenderam inteiramente do estágio do narcisismo, ou seja, que têm ali uma fixação que pode atuar como **predisposição à doença**, acham-se expostas ao perigo de que um grande fluxo de libido, não encontrando outro escoamento, submeta os seus instintos sociais à sexualização, fazendo assim recuar as sublimações conquistadas no curso do desenvolvimento (p. 53, grifo nosso)

Dessa maneira, o recuo das sublimações, ou seja, da dessexualização da libido e suas alocação a metas concebidas como “elevadas” no seio da civilização é prejudicada, conduzindo ao processo de regressão, que por sua vez depende das fixações. Em outras palavras, o processo regressivo encontra o caminho de volta às satisfações infantis ali onde a libido deixou um rastro notável. Em se tratando de tais satisfações mais primevas, estamos diante dos componentes autoeróticos do desenvolvimento infantil, ou seja, em elementos (FREUD, 1905/2016). Assim, o desenvolvimento infantil experimenta o componente pulsional em torno de determinados órgãos.

Em “Os instintos e seus destinos”, Freud (1915/2010) define a pulsão enquanto conceito situado entre o somático e o psíquico. Sua fonte, no entanto, consiste em um processo psíquico de criação de uma representação daquela excitação no que ela parte de um

⁶⁰ O usuário em questão também era diagnosticado com Transtorno Bipolar, mas a psiquiatra que o acompanhava costumava dizer que o diagnóstico pouco o contemplava, uma vez que preferia denominar a questão que lhe afligia enquanto um caso de “loucura na transferência”. A ambivalência afetiva em jogo, a labilidade do humor, a impulsividade, a posição de menor-valia calcada em um conteúdo delirante de negação, e a agitação - ainda que não possa ser considerada enquanto um episódio maníaco propriamente dito - nos levam a hipótese, na nosologia psicanalítica, de uma melancolia. No capítulo 3 veremos que, na estrutura melancólica que têm por característica a intermitência ou a circularidade, a posição de menor-valia deve ser interrogada enquanto fundamento da melancolia.

órgão, assim, a fonte da pulsão é somática. Dizendo de outro modo, o processo de regressão ocorre diante de impasses no desenvolvimento psicosssexual infantil que propiciam o retorno do componente quantitativo da pulsão, a libido, a uma predominante e nostálgica satisfação sexual a partir de metas características do autoerotismo. Assim, em uma regressão, como veremos, o funcionamento oral (que visa a incorporação do objeto) e o funcionamento anal (que visa a expulsão ou retenção do objeto) voltam à cena enquanto representações psíquicas dos prazeres de órgão anteriormente experimentados pela criança:

Segundo a concepção psicanalítica, os pontos de fixação que se formaram no curso do desenvolvimento da libido determinarão até que nível de organização a libido do indivíduo avançará e até que nível ela regredirá no caso de uma enfermidade neurótica” (ABRAHAM, 1924a/1970, p. 86)

A questão das fixações e da regressão já eram trabalhadas há algum tempo no desenvolvimento da teoria psicanalítica. Em seu trabalho “Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade” (1905/2010), Freud mostrará como os resquícios de determinadas formas de prazer experienciadas na vida infantil prevalecem na vida do adulto, e como estão na base também dos “desvios” sexuais, as perversões. Assim, a sexualidade infantil aparece como um protótipo da vida adulta, e nela se pode buscar também a etiologia de determinadas patologias.

Nesse sentido, não escapa à observação do psicanalista vienense, ao tratar das organizações pré-genitais da libido, a dimensão sexual do ato de sucção, tão primevo nas vivências infantis. De fato, enquanto primeira organização pré-genital, a “fase oral” está atrelada ao impulso de sucção originado pela necessidade real de alimentação através da alimentação. De acordo com Freud, no entanto, é aquilo que excede a necessidade de satisfação nutricional que se apresenta como algo da ordem de uma satisfação sexual, autoerótica. Assim, o psicanalista vienense ressalta o caráter de satisfação sexual, análogo ato da masturbação, do comportamento tão recorrentemente observado nos bebês de chupar partes de seu próprio corpo, como o dedo polegar. Em um acréscimo ao trabalho realizado em 1915, e com notas de rodapé posteriores de 1916 e de 1924, a partir de referências ao trabalho de Abraham, Freud não hesitou em reconhecer que a meta sexual da fase oral é o ato de incorporação do objeto, lido como uma forma primitiva de identificação:

A primeira de tais organizações sexuais pré-genitais é a oral ou, se assim preferirmos, canibal. Nela a atividade sexual ainda não se encontra separada da ingestão de alimentos, correntes opostas ainda não estão diferenciadas em seu interior. O objeto das duas atividades é o mesmo, a meta sexual consiste na incorporação do objeto, no modelo daquilo que depois terá, **como identificação**, um papel psíquico relevante. (Ibid., p. 108, grifo nosso)

Mas a questão da escolha de objeto do tipo narcísica, característica predisponente dos quadros melancólicos, encontra em “Sobre o Narcisismo: uma introdução” (1914/2010) seu fundamento. Diferindo libido do Eu e libido de objeto, Freud distingue dois tipos diferentes de escolha de objeto, as do tipo de “apoio” e as do tipo “narcísico”. A primeira se refere a uma escolha baseada nas figuras da “mulher cuidadora” e do “homem protetor” como associadas à relação entre o bebê e a mãe ou sua representante (aquela figura responsável pela nutrição e pelo cuidado mais próximo do bebê). Na escolha de objeto do tipo narcísico, no entanto, predomina, de acordo com Freud, uma escolha de si mesmo enquanto objeto amoroso: “Claramente buscam a si mesmas como objeto amoroso, evidenciando o tipo de escolha de objeto que chamaremos de *narcísico*” (Ibid., p. 22, itálico do autor). Além disso, o psicanalista vienense é enfático ao afirmar que “[...] ser amado representa o objetivo e a satisfação na escolha narcísica de objeto.” (Ibid., p. 31). Assim, o que está em jogo numa escolha de objeto do tipo narcísico é uma identificação.

Em 1916, Abraham publica “O Primeiro Estágio Pré-Genital da Libido” (1916/1970) se debruçando sobre os estados depressivos e dando continuidade ao problema já posto em 1911, a saber, o problema da “escolha da neurose”. Em linhas gerais, Abraham se debruçará sobre o instinto de sucção e o trabalhará a partir do relato de alguns casos clínicos. Na esteira dos estudos das neuroses obsessivas realizados por Ernest Jones e por Freud, este trabalho será basilar para a hipótese que Freud apresentará no ano seguinte, com a publicação de “Luto e Melancolia,” por vez que permitirá a definitiva relação, na tentativa de elucidação das autorrecriminações melancólicas, entre a escolha de objeto do tipo narcísico e a introjeção, derivada da incorporação oral, constituindo uma forma primitiva de identificação:

Nos estados melancólicos de depressão, a libido parece regredir ao mais primitivo estágio de desenvolvimento que nos é conhecido, ou seja, em seu inconsciente, a pessoa melancolicamente deprimida dirige a seu objeto sexual o desejo de incorporá-lo. Nas profundezas de seu inconsciente, há uma tendência a devorar e destruir seu objeto. (Ibid., p. 77)

A partir da análise de um caso de esquizofrenia simples⁶¹, Abraham conta a história de um jovem que trazia questões da ordem do erotismo oral, como a descrição de uma “poluição bucal”, momento em que sonhava e acordava salivando e com um grande desejo de beber leite. Quando tal feito não lhe era possível, o paciente só se sentia aliviado por a partir da masturbação. Durante a análise do rapaz, Abraham conta que suas associações levavam o

⁶¹ De acordo com Abraham (Ibid), a psicanálise não só era possível nas psicoses como sua realização era facilitada em tais pacientes, uma vez que as associações fluem mais livremente por conta da ausência de grande parte das inibições.

jovem a admitir que seu apreço por leite lhe era caro desde a adolescência, e que ele se utilizava de um método especial para tomá-lo, que se assemelhava muito ao ato de sugar o seio materno. Abraham conta ainda que, na adolescência, o rapaz associava o ato de amar e o de comer: “Disse êle que quando rapazinho tivera a idéia de que amar alguém era exatamente o mesmo que a idéia de comer algo de bom.” (ABRAHAM, 1916/1970, p. 59). Tal paciente tinha ‘idéias canibalescas’ desde a infância, e relata sobre sua relação em especial com uma babá, a qual tinha desejo de mordê-la e engoli-la toda. As associações do paciente trouxeram ainda a fantasia de morder o seio materno. Daí depreende-se que no paciente, no decorrer de seu desenvolvimento, sua atitude não pôde evoluir para a escolha de objeto, por vez que seus impulsos canibalescos não diminuíram. Apresentava, ainda, esse desejo de incorporar o objeto (mordê-lo, engoli-lo). Abraham relata ainda que o paciente experimentou diversas intercorrências durante o curso de seu período de lactação, como diversas trocas de sua ama de leite, o que lhe acarretou uma extensão considerável do período.

De acordo com Abraham, diversas intercorrências podem ocorrer no período da amamentação, propiciando uma fixação libidinal exacerbada, podendo elas serem oriundas de condições sociais, etnológicas e familiares. Tais perturbações podem afetar a amamentação não somente no sentido de uma interrupção precoce, mas também de uma exagerada prolongação: “Quer tenha a criança atravessado êste primeiro período da vida sem prazer ou quer tenha obtido um excesso dêle, o efeito é o mesmo. Ela abandona o estágio de sucção com dificuldade” (ABRAHAM, 1924b/1970, p. 165). Chama a atenção do psicanalista, no entanto, quando parece ser o próprio bebê quem interfere no seu processo de amamentação. Abraham destaca os casos em que, por uma aparente falta de energia na sucção do seio, a utilização de uma mamadeira se faz necessária. Chama atenção também para os casos em que há especial resistência do bebê no processo do desmame. Assim, o desmame é experimentado enquanto uma experiência de castração primária (Idem, 1924/1970) e seus efeitos estão na base de constituição do psiquismo.

A importância da oralidade na constituição psíquica assim, é demonstrada na relação que o psicanalista faz, destacando ainda dois sintomas bastante comuns nas psicoses maníaco-depressivas e que estão intimamente relacionados: a recusa da alimentação e o medo de morrer de inanição. Mais uma vez, um exemplo clínico nos pode ser de grande valia. Durante alguns meses, pude acompanhar uma usuária em profundo estado depressivo e que queixava-se de que não conseguia se alimentar por conta de um forte odor que sentia emanar dos alimentos. Desde sua primeira queixa até o momento em que finalmente pôde voltar a se

alimentar, a usuária perdera em torno de 12kg e, aos prantos, me fazia ligações telefônicas⁶² periodicamente, queixando-se de sua família que a largara às traças e dizendo que seu destino era a morte, pois “quem não come, morre” (COMUNICAÇÃO VERBAL).

A situação da usuária só se modificou e sua melhora passou a ser percebida quando, a partir dos efeitos de uma supervisão clínico-institucional, pude contornar minha própria angústia e respondê-la de pronto: “É verdade. Quem não come, morre. Se as coisas continuarem como estão, se você não puder me dizer o que está acontecendo, você pode, sim, morrer”. De fato, a usuária expressava suas autorecriminações em ato a partir da privação da alimentação. Tal intervenção, neste caso, pode ser assertiva uma vez que se baseou também em uma das indicações de Freud: “Tanto do ponto de vista científico como do terapêutico seria infecundo contradizer o paciente que faz essas acusações ao próprio Eu. De algum modo ele deve ter razão, deve descrever algo que se passa como lhe parece. Algumas de suas afirmações temos de confirmar imediatamente, sem restrições.” (1917[1915]/ 2010, p. 176).

A concepção de Séglas atribui o fracasso de boa parte das tentativas de suicídio dos melancólicos à sua falta de energia em realizar tal ação (FERREIRA; BASSET, 2008). Sem dúvidas, nos casos de melancolia que não tem por característica uma virada maníaca, tal afirmação deve se mostrar verdadeira. No caso da psicose maníaco-depressiva, no entanto, dirá Abraham que o psicanalista não deve deixar de se interrogar a respeito da intenção de tal ato no caso da queixa do medo da morte por inanição:

Quem observar atentamente uma pessoa melancólica deprimida receberá em seguida a impressão de que o paciente não tem desejo de viver e ficará inclinado a ver em sua rejeição de alimento a expressão de uma tendência suicida. Não há nada a objetar contra a correção desta explicação, em si própria. Não obstante, o psicanalista não pode satisfazer-se com ela, porque é incompleta e unilateral. A questão que surge é, se o paciente decidiu morrer, porque escolheria êle o prolongado e incerto caminho da inanição.” (Ibid., p. 76)

Na concepção do médico alemão, assim, o comportamento de recusa ao alimento é uma punição adequada, no que concerne à relação entre a melancolia e o erotismo oral, aquele que pretende destruir seu objeto amoroso também pela via da alimentação, comendo-o. Tal

⁶² Uma estratégia utilizada no manejo clínico foi a de tornar acessível meu contato telefônico para a usuária, para que me ligasse periodicamente. Tal estratégia é conhecida e utilizada comumente em manejos de casos com forte ideação ou planejamento suicida e consiste em pactuações de comunicações periódicas com o usuário. Assim, por exemplo, se pactua que o usuário telefone toda segunda-feira, ou diariamente em determinado horário para aquele profissional que é responsável por seu cuidado, sendo uma forma de manejo que depende de uma forte transferência e permite um contorno simbólico importante, capaz de barrar a impulsividade do ato suicida. Neste caso, em específico, tal direção clínica foi discutida e avaliada pela equipe multiprofissional do CAPS, que já acompanhara a usuária anteriormente em momentos similares, e o manejo clínico pela palavra fez prescindir a internação hospitalar involuntária.

questão ainda encontra evidências no fato, também apontado por Abraham, de que um órgão hiperinvestido libidinalmente, enquanto zona erógena, começa a ter suas outras funções prejudicadas.

As contribuições de Abraham foram imprescindíveis para a publicação de *Luto e Melancolia* em 1917. Os trabalhos de 1911 e de 1916 puderam avançar sobre uma série de aspectos para uma melhor compreensão da melancolia, mas havia um passo a mais a ser dado, e que só fora por ele reconhecido em 1924. Até 1916, Abraham compreendia as autorecriminações melancólicas a partir da projeção paranóica, e que os tão proeminentes sentimentos de culpa do melancólico estavam vinculados aos efeitos da repressão da tendência sádica do melancólico para com os outros. Foi Freud (1917[1915]/2010) quem pôde, enfim, trazer uma definição mais precisa do tipo clínico da melancolia, caracterizando-a por um “abatimento doloroso, uma cessão do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e diminuição da autoestima” (p. 172). Além disso, o psicanalista vienense avança sobre o aspecto da introjeção e reconstitui o processo de formação da estrutura melancólica:

Havia uma escolha de objeto, uma ligação da libido a certa pessoa; por influência de uma real ofensa ou decepção vinda da pessoa amada, ocorreu um abalo nessa relação de objeto. O resultado não foi o normal — a libido ser retirada desse objeto e deslocada para um novo —, e sim outro, que parece requerer várias condições para se produzir. O investimento objetal demonstrou ser pouco resistente, foi cancelado, mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto, e sim recuada para o Eu. Mas lá ela não encontrou uma utilização qualquer: serviu para estabelecer uma identificação do Eu com o objeto abandonado. Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu. (Ibid., p. 133).

Assim, partindo do processo de incorporação oral à luz das contribuições de Abraham, Freud reconhecerá que a identificação do melancólico corresponde à uma regressão ao narcisismo original, e que ele parecia representar a tentativa de incorporar o objeto por meio de uma devoração, como lhe era familiar na fase oral.

Anos mais tarde, com a publicação de “*Psicologia das Massas e Análise do Eu*” (1921/2016), Freud avança ainda mais em suas investigações a respeito do processo identificatório. Partindo da necessidade de compreensão dos processos psíquicos que envolvem a formação de massas, o psicanalista se debruça sobre as formas de ligações afetivas que ocorrem entre os sujeitos. Assim, reconhece as identificações como a mais antiga forma de ligação conhecida, teorizando que ela está envolvida também em seu mito da horda primeva. Freud, retorna, então, à distinção entre o investimento objetal do tipo “apoio” e do “tipo narcísico”, agora associando-os ao Complexo de Édipo e mostrando que tais

investimentos ocorrem sobre as figuras materna e paterna e, a partir do desenvolvimento infantil, as tendências se unificam na vida psíquica, marcando a ambivalência do processo identificatório:

Pois desde o início a identificação é ambivalente, pode tornar-se tanto expressão de ternura como desejo de eliminação. Comporta-se como um derivado da primeira fase, a fase oral da organização da libido, na qual o indivíduo incorporou, comendo, o objeto desejado e estimado, e assim o aniquilou enquanto objeto. (Ibid., p. 47)

Assim, o psicanalista trará uma elucidação da diferença entre uma identificação e um investimento objetal, mostrando que o processo identificatório implica uma mudança no próprio Eu em face de e alguém que é elevado a um ideal. De fato, dirá Freud, que comumente a escolha de objeto neurótica regride a uma identificação, assim, assumindo traços do objeto amado ou odiado. Partindo da identificação paterna, Freud parte de uma fórmula para a distinção entre uma escolha de objeto e uma identificação:

É fácil exprimir numa fórmula a diferença entre essa identificação com o pai e a escolha do pai como objeto. No primeiro caso o pai é aquilo que se gostaria de *ser*, no segundo, o que se gostaria de *ter*. Depende, portanto, de que a ligação recaia no sujeito ou no objeto do Eu. O primeiro tipo, então, já é possível antes de qualquer escolha de objeto (Ibid, p. 48, *itálico do autor*)

A melancolia, assim, fornece o modelo do processo de regressão da escolha de objeto a uma identificação, que ocorre via incorporação oral. Assim, Freud dirá que a incorporação realizada pelo melancólico recai sobre o próprio Eu e o modifica, dividindo-o. Dessa divisão, uma parte agora contém o objeto perdido em si, no que se torna alvo da fúria da outra parte do Eu, que assume postura bastante crítica e sádica. Freud relacionará esta parte crítica do eu ao Ideal do Eu, instância herdeira do narcisismo primário. O fenômeno das autorecriminações melancólicas, assim, é explicado a partir de tal formulação.

A publicação, em 1923, de “Eu e o Isso” (FREUD, 1923/2010) aprofundará a teorização a respeito do automartírio melancólico e também retificará algumas colocações anteriores. Na continuidade da teorização introduzida em 1920, em Além do Princípio do Prazer (1920/2016), o psicanalista irá propor um novo dualismo pulsional. Se antes o dualismo se baseava entre a existência das pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação (do Eu), numa clara oposição que se baseia na distinção popular entre as necessidades da fome e de amor (cf. FREUD, 1914/2010), a partir de 1920 o dualismo se baseará na pulsão de vida (Eros) e na pulsão de morte (Tânatos). Tal trabalho se dá no contexto do reconhecimento

de Freud sobre a problemática da “reação terapêutica negativa”. Assim, o psicanalista reconhecerá que, diferente do que a psicanálise propunha anteriormente, num esquema mais simples que opunha inconsciente e consciente, material recalçado e Eu, na segunda tópica a relação se complexificará, e o psicanalista reconhece que o Eu é, ao mesmo tempo, o agente do recalque e aquele a quem a função da consciência lhe passa. Essa contradição fará o psicanalista admitir que grande parte do Eu também é inconsciente, e que se comporta como o material recalçado. Dessa maneira, grande parte do Eu é inconsciente. Assim, avança a segunda tópica freudiana, em que o psicanalista irá, a partir de uma divisão topológica do aparelho psíquico propor a divisão entre três diferentes instâncias: o Eu, o Supereu e o Isso.

A partir de suas novas proposições, Freud aprofundará sua teorização sobre o papel do Eu e seus conflitos e relações dependentes com o Isso, com o Supereu e com a realidade externa. Assim, não tardará a reconhecer que, diferentemente da separação tão rígida que havia proposto sobre o processo de luto e melancolia anteriormente, o psicanalista, reconhece que, no início do desenvolvimento psicosssexual, na fase oral, a escolha de objeto e a identificação são processos indistinguíveis. Chega a afirmar mesmo que, na melancolia, em que se observa uma regressão à fase oral, o estabelecimento do objeto dentro do Eu é algo de comum ocorrência, chegando a dizer que: “o caráter do Eu é um precipitado dos investimentos objetais abandonados, de que contém a história dessas escolhas de objeto.” (Ibid, p. 26).

Assim, partindo de formulações sobre o Complexo de Édipo, o psicanalista vienense mostrará a ambivalência afetiva em jogo, retomando a oposição entre a escolha de objeto terna (do tipo apoio) e a escolha de objeto narcísica. Freud, então, dirá que as duas tendências se aplicam a ambos os genitores, e que, assim, o processo identificatório também está referido a ambos. Dessa maneira, tais identificações compõem aquilo que o psicanalista colocará como “narcisismo secundário”, e atribuirá também a formação do Supereu enquanto resultado de tais identificações e como herdeiro do Complexo de Édipo. Assim, é reconhecida a introjeção de objetos no Eu enquanto processo de comum ocorrência, uma vez que a identificação com ambos os genitores significa que também houve identificação com o objeto perdido.

Na melancolia, no entanto, algo diferente ocorre. A regressão da escolha de objeto ao processo identificatório, por meio da incorporação oral, produz uma disjunção entre as tendências da pulsão de vida e de pulsão de morte, que ao longo do desenvolvimento psicosssexual puderam ser combinadas a serviço do fortalecimento do Eu e de uma tendência à preservação do objeto e de uma sublimação dos instintos. Assim, o melancólico, ao introjetar o objeto perdido em seu Eu, o divide. Uma parte do Eu, modifica-se, torna-se um Supereu

cruel e sádico, que não poupará o Eu de sua agressividade. O Eu modificado pelo objeto, no entanto, ao não ter possibilidade de liquidar o sadismo do Supereu, terá de tentar agradá-lo, se colocando como objeto a serviço do Isso e tomando-lhe as forças. Dessa maneira, o Eu melancólico aparece de forma extremamente fragilizada, não havendo outra alternativa a não ser se colocar como objeto a serviço do funcionamento pulsional:

[...] para a melancolia, vemos que o Super-eu extremamente forte, que arrebatou a consciência, arremete implacavelmente contra o Eu, como se tivesse se apoderado de todo o sadismo disponível na pessoa. Seguindo nossa concepção do sadismo, diríamos que o componente destrutivo instalou-se no Super-eu e voltou-se contra o Eu. O que então vigora no Super-eu é como que pura cultura do instinto de morte, e de fato este consegue frequentemente impelir o Eu à morte, quando o Eu não se defende a tempo de seu tirano, através da conversão em mania. (FREUD, 1923/2010, p. 50)

2.2. Dois estágios da fase oral: o movimento coprofágico do melancólico

Um ano após a publicação de “O Eu e o Isso”, Karl Abraham publica seu trabalho mais relevante e aprofundado a respeito da melancolia. Em 1924, com a publicação de “Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais” (1924a/1970) o médico retornará suas investigações sobre os estados maníaco-depressivos. Dedicando-se à compreensão dos intervalos-livres e partindo ainda de uma comparação com o mecanismo da neurose obsessiva, em que não hesita afirmar que tal relação já está bem estabelecida, Abraham se dedicará às semelhanças entre a estrutura, os sintomas e os estados de “quiescência” de ambas as neuroses.

De acordo com Abraham, os pacientes maníaco-depressivos não se acham em completa remissão de seus sintomas e, portanto, não se encontram inteiramente bem, e sofrem com os efeitos de estados depressivos ou hipomaníacos.

[...] descobrimos que o paciente que se acha sujeito a crises periódicas de depressão ou exaltação não se encontra, na realidade, perfeitamente bem, durante o ‘intervalo livre’. Basta simplesmente interrogarmos esses pacientes mais de perto para sabermos que, durante longos intervalos desse tipo, eles atravessam, de tempos em tempos, estados mentais depressivos ou hipomaníacos (Ibid, p. 86)

Além disso, apresentam um caráter bastante similar ao do neurótico obsessivo, fazendo Abraham chegar à hipótese de que, nos intervalos livres, o melancólico é capaz de ascender à organização sádico-anal:

Em seus ‘intervalos livres’ os pacientes que sofrem de psicose maníaco-depressiva apresentam as mesmas características com que a psicanálise nos tornou

familiarizados nas neuroses obsessivas: as mesmas peculiaridades com relação à limpeza e à ordem, a mesma tendência a manter uma atitude obstinada e desafiadora que se alterna com uma docilidade exagerada e um excesso de "bondade"; as mesmas anomalias de comportamento em relação ao dinheiro e às possessões." (p. 86)

Abraham chegará, então, à hipótese de um desconhecimento da fase sádico-anal, por vez que patologias que tem uma atitude tão diferente quanto ao objeto passam por ela. Dirá ele que as similitudes entre a neurose obsessiva e a melancolia quanto à fixação na fase anal trazem a concepção de que a ameaça da perda de objeto no obsessivo e a perda real para o melancólico correspondem à expulsão física de fezes: "veremos que o afastamento ou a perda do objeto pode ser encarado pelo inconsciente como um processo sádico de destruição ou como um processo anal de expulsão" (Ibid, p. 91)

Nesse sentido, irá propor uma divisão da fase anal, no curso do desenvolvimento psicosssexual, em duas: a fase anal expulsiva e a fase anal conservadora ou retentiva. Associando as tendências opostas do sadismo, a saber, as de destruir e de controlar o objeto, Abraham dirá que tais tendências se associam às duas etapas da fase anal, sendo, respectivamente, a da destruição à primeira e o controle à segunda. Assim, tendência da fase anal expulsiva é a expulsão/destruição do objeto, enquanto a conservadora representa a tendência a reter e a controlar o objeto.

Dessa maneira, Abraham argumenta que a remissão, ou o intervalo livre correspondem ao momento em que a pulsão sádico-anal foi sublimada exitosamente. Abraham coloca, no entanto, que é comum o aparecimento de sintomas obsessivos na melancolia, e que estados depressivos podem ocorrer nas neuroses obsessivas, por vez nenhuma das duas tendências foi capaz de triunfar por completo. Dessa maneira, discorre que o fator de estabilização da psicose maníaco-depressiva, reconhecida como possibilidade pelos psiquiatras, se deve, então, durante o intervalo livre, à possibilidade de uma ascensão ao funcionamento anal.

Ocorre que a distinção entre as tendências diferentes da neurose obsessiva e da melancolia, se sustentam também em fixações em diferentes etapas da fase anal. Assim, dirá Abraham, o neurótico obsessivo está fixado na fase anal retentiva e, por tanto, sua tendência, embora reconhecidamente sádica, inclui a preservação do objeto no ato de controlá-lo. O melancólico, por sua vez, está fixado na fase anal expulsiva e, assim, vê na destruição do objeto a sua meta, destruição essa que, no inconsciente, é representada enquanto expulsão fecal: Assim, a distinção entre os diferentes níveis da fase anal marca "a linha divisória que

começa o ‘objeto de amor’, no sentido mais estrito, porque é nesse ponto que a tendência a preservar seu objeto começa a predominar” (Ibid, p. 94).

Mas a divisão realizada entre os diferentes estágios da fase sádico-anal se estenderá também à fase oral. De acordo com Abraham, o melancólico tenta se defender de seus impulsos sádico-orais, e por trás da forte ambivalência afetiva conhecida, esconde um desejo obstinado de sucção. Assim, Abraham irá sugerir uma divisão da fase oral na fase oral anterior, ligada ao ato de sugar, e a fase oral-sádica, em que a atividade prevalente é a de morder.

De acordo com as experiências clínicas de Abraham, a primeira fase consiste na atividade de sugar, uma vez que está diretamente atrelada à relação entre o bebê e o seio materno ou seu representante. Tal etapa representa uma relação pré-ambivalente, uma vez que conserva o objeto e não é possível ainda distingui-lo de si próprio. Dessa maneira, a criança ainda não se diferencia do corpo materno. Sem dúvidas tal movimento representa uma forma de incorporação, mas nela estará ausente o sentimento de ambivalência, uma vez que a criança seria ainda incapaz de experimentar sentimentos de amor e ódio nesse estágio.

O estágio posterior da fase oral está atrelado a passagem da ingestão de alimentos líquidos através da amamentação para a ingestão de alimentos sólidos através da mastigação. Abraham afirmará a predominância desse movimento no fato de que a repressão instintual ocorre até uma fase do desenvolvimento que os dentes são os únicos meios pelos quais a criança pode vir de fato a ferir um outro, por vez que também o músculo mais bem desenvolvido e forte nessa etapa da vida é a mandíbula. Neste estágio, a criança é capaz de incorporar o objeto em si própria e, assim, o destrói, através da mordida. Nesta fase é reconhecida uma das origens do sadismo, uma vez que ele já estava amplamente vinculada ao sistema muscular (cf. FREUD,1905/2016; 1923/2010).

Dessa maneira, reconhecendo a distinção entre ambas as fases, dirá Abraham que o melancólico permanece fixado na fase sádico-oral, justificando assim o movimento de introjeção por via da incorporação bucal e sua relação com o sadismo e ambivalência, por vez que se incorpora o objeto destruindo-o. De acordo com o psicanalista, o melancólico deseja ainda regredir ao funcionamento da fase oral anterior, e o conflito do melancólico é essencialmente um conflito com a figura materna: “[...] o melancólico está tentando fugir de seus impulsos sádico-orais. Por baixo desses impulsos, cujas manifestações dão colorido ao quadro clínico, espreita o desejo de uma agradável atividade de sugar” (ABRAHAM, 1924a/1970, p. 111).

A catexia libidinal, no entanto, como já fora dito, pode ascender ao funcionamento anal nos momentos de remissão, nos intervalos livres. Assim, Abraham coloca que o funcionamento do melancólico é essencialmente coprofágico: “Podemos em verdade dizer que, durante o curso de uma crise de melancolia o objeto amado passa por um processo de metabolismo psicológico dentro do paciente” (Ibid., p. 124). Uma vez que o processo de destruição, segundo ele, está identificado ao de expulsão anal, o desejo do melancólico é assim o de introjetar o corpo morto do objeto amado, identificado ao excremento. Nesse sentido, a especificidade da identificação que está na base da melancolia não é simplesmente o ato de devorar o objeto, mas de tê-lo primeiro expulsado e, após isso, tê-lo introjetado.

Finalmente, é chegado o momento de dar maior clareza à distinção entre a introjeção e a incorporação antes de prosseguirmos. A obra de Abraham nos mostra que a introjeção é um processo de identificação pré-genital. Assim, na introjeção há a eleição de um objeto inteiro ou de um apenas um aspecto dele (um objeto parcial) que é tomado enquanto modelo para um Eu ainda frágil, em vias de advir. Não se trata simplesmente de se comportar como o objeto, por vez que aquilo que o melancólico faz é também uma introjeção, e ele nos mostra o automartírio ao invés de uma mimese do comportamento do objeto. A incorporação oral, assim, é uma das formas de introjeção, e que tem como especificidade a relação com o erotismo oral.

Tal concepção levará Abraham a propor duas formas distintas de introjeção na estrutura melancólica. De acordo com o psicanalista, pode ser a introjeção do objeto original da qual deriva o Eu ideal, assumindo, assim, o papel de uma consciência crítica. Dessa maneira, é a crítica do objeto amado ao próprio Eu que aparece como auto-recriminação. O outro modo baseia-se nas críticas ao objeto amado, que são introjetadas e, assim, dirigem-se ao Eu. Assim sendo, o processo de introjeção, como já fora dito, não é exclusivo do quadro melancólico e nem mesmo do funcionamento oral. Dirá Abraham que o paranoico também introjeta o objeto perdido, por meio do erotismo anal, mas trata-se de uma incorporação parcial da qual tenta livrar-se de um pedaço do objeto introjetado, que corresponde inconscientemente a um estado de constipação.

Por fim, parece nos agora possível retornar, à questão da etiologia ou da psicogênese da melancolia em psicanálise. De acordo com Abraham, os fatores constitucionais do quadro melancólico podem ser assim apresentados: (1) Um fator constitucional, do qual, a hereditariedade teria papel mínimo, sendo o mais relevante a herança familiar de uma tendência a uma satisfação oral exagerada; (2) Uma fixação especial da libido no nível oral por consequência direta do fator anterior. Assim, descreve que as pessoas têm uma fixação

que exige gratificações muito exigentes, e reagem com muita frustração a todo desprazer; (3) Grave lesão no narcisismo infantil, produzida por sucessivos desapontamentos amorosos em que não foi possível ligar a libido a outro objeto. Trata-se, assim, de uma frustração geralmente ligada à figura materna que ocorre muito precocemente; (4) Ocorrência do primeiro desapontamento amoroso antes da dissolução do Complexo de Édipo, de modo que os efeitos do desapontamento se tornam mais intensos e permanentes associando o complexo de Édipo ao instintos sádico-orais; (5) por fim, a repetição do desapontamento primário na vida ulterior que, de acordo com Abraham, é a causa do desencadeamento da crise melancólica.

CAPÍTULO 3

O BANQUETE MANÍACO: ORALIDADE E MANIA EM PSICANÁLISE

Mas como conceber o instinto destrutivo de alguns alienados, ocupados incessantemente em rasgar e esfarrapar tudo o que podem alcançar? [...] posso citar o exemplo de um alienado que voltava seu furor ilimitado contra si e contra os outros. Ele amputou sua própria mão com um cutelo, antes de chegar em Bicêtre, e apesar de suas amarras, tentava aproximar seus dentes da coxa para devorá-la. Esse infeliz terminou por sucumbir num desses acessos de raiva maníaca e suicida. (PINEL, 1801/2004, p. 119)

Propositalmente, dedicamos a este último capítulo algumas palavras sobre a mania em psicanálise. De fato, legamos a ela também o lugar que lhe fora dado ao longo do desenvolvimento da teoria psicanalítica, e estenderemos a ela tão somente algumas palavras. Nossa tentativa será similar a do capítulo anterior, e estamos agora prontos a colocar em questão diversas das afirmações que foram feitas anteriormente. Com isso, temos que a compreensão da mania não deve ser subestimada nos quadros de psicose maníaco-depressiva e que, ainda que uma estrutura melancólica não apresente episódios claramente descritos enquanto maníacos ou hipomaníacos, há outros elementos característicos desses estados que devem ser observados, por vez que a mania também se radica na vida infantil (ABRAHAM, 1924/1970). Tal consideração nos parece importante e decisiva na tentativa de sermos mais cautelosos nas afirmações de que o melancólico acredita ser alguém desprezível, sem valor, ainda que, como vimos no capítulo anterior, tais críticas partiram ou se dirigem do objeto perdido que fora introjetado via incorporação oral:

“[...] a melancolia apresenta um quadro no qual se encontram, em justaposição imediata, embora absolutamente opostos um ao outro, o auto-amor e o auto-ódio, uma superestimação do ego, ou seja, as manifestações de um narcisismo positivo e de um narcisismo negativo”. (ABRAHAM, 1924a/1970, p. 116).

O trabalho de Masson e Brun (2015) aponta que, nos episódios maníacos ou hipomaníacos, o trabalho psicanalítico fica bastante prejudicado e, em certa medida, mesmo impossibilitado por fenômenos como a hipermnésia e o taquipsiquismo. Embora tais características convoquem a uma atividade de enunciação intensa, produzem significantes que não deixam marca no psiquismo e que não partem de experiências plenamente vivenciadas pelo sujeito e, assim não são facilmente recordadas após a estabilização. Para os autores, uma psicanálise deve ser iniciada nos momentos de uma maior estabilização do humor.

Freud e Abraham também não hesitaram em recomendar a prática da psicanálise nos momentos de maior estabilização dos quadros de psicose maníaco-depressiva. O trabalho de Amaral e Figueiredo (2016) ressalta tal aspecto ao trazer o caso “Jarbas”, tratando de um

fragmento clínico de um rapaz que fora recebido em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e que, em seus acessos maníacos, acreditava ser o redentor de toda a humanidade. As autoras destacam a logorreia do jovem e que “O trabalho analítico, entretanto, só avançava de modo notável nos intervalos lúcidos entre os surtos, fazendo uso do que surgira nestes, quando a produção de fala era bastante significativa. Resgatávamos esses ditos no depois; Jarbas os reconhecia e os integrava a si”. (Ibid., p. 487).

Sem dúvidas, o fenômeno da logorréia maníaca impõe uma dificuldade quase intransponível à prática da psicanálise. Contudo, a experiência clínica cotidiana nos mostra que mesmo a logorréia maníaca não é desprovida de sentido e que, após recobrar um episódio de surto maníaco, que o sujeito não se recorde do que disse não necessariamente denota a impossibilidade de um trabalho clínico e tampouco o torna mais difícil. A experiência psicanalítica nos ensina que o sujeito, constituído pela linguagem e, portanto, pelo desejo do Outro, é sempre estrangeiro de si. Dessa maneira, que os significantes que o atravessam não sejam por ele inteiramente conhecidos e emerjam enquanto experiências recalçadas ou forcluídas é condição inexorável do próprio existir. Em uma perspectiva lacaniana, é Freud quem nos rememora que o interesse da psicanálise está lançado sobre a estrutura psíquica do sujeito e, portanto, trata-se de interrogar sua posição na linguagem e ir além das observações fenomenológicas

Se lançamos um cristal ao chão, ele se quebra, mas não arbitrariamente; ele se parte conforme suas linhas de separação, em fragmentos cuja delimitação, embora invisível, é *predeterminada pela estrutura do cristal*. Os doentes mentais são estruturas assim, fendidas e despedaçadas. (FREUD, 1933/2010, p. 194, grifo nosso)

Tal consideração a respeito da observação fenomenológica – e isso foi tudo o que nos esforçamos em dizer até aqui – nos parece importante e decisiva em torno da estrutura melancólica: é preciso acautelar-se na afirmação apressada de que a autorrecriminação melancólica denuncia sua visão de si enquanto desprezível e sem valor. De fato, foi a postura freudiana de ir além do fenômeno que levou a pesquisa psicanalítica a hipótese de que as críticas não se dirigiam simplesmente ao próprio sujeito, mas ao objeto introjetado pela via da incorporação oral. A hesitação diante de tal questão parece colocar outros problemas à tona, e nos permite recuar diante de determinadas fórmulas. O trabalho de Ferreira e Besset (2008), analisando as obras de Jules Cotard e Séglas, por exemplo, no que tange à diferenciação entre o delírio paranoico e o delírio de negação, recorre a uma diferenciação que é encontrada na obra dos psiquiatras: “[...] o melancólico é um humilde, ao passo que o verdadeiro perseguido é um orgulhoso” (Ibid, p. 414). No campo da psicopatologia contemporânea, no entanto,

sabemos que tal fórmula dificilmente poderia ser aplicada irrestritamente. O delírio de grandeza, presente tanto em episódios maníacos quanto nas paranoias, certamente desafia tal distinção se compreendemos a mania enquanto parte da estrutura melancólica:

A impressão, já comunicada por diversos pesquisadores psicanalíticos, é que a mania não têm um conteúdo diferente da melancolia, que as duas afecções lutam com o mesmo “complexo” ao qual o Eu provavelmente sucumbe na melancolia enquanto na mania ele o sobrepuja ou põe de lado (FREUD, 1917[1915]/2010, p. 187).

Assim, se tratando do mesmo complexo, uma das conclusões a que se pode observar e que, como veremos, corroboram com as impressões de Abraham, é de que não se pode observar o complexo da melancolia menosprezando sua outra face. Tal indicação ainda nos parece mais importante a partir do trabalho de Alberti (1997), que indica que enquanto na fase depressiva o melancólico teme morrer por inanição, ou seja, em uma espécie de suicídio passivo, são nos estados hipomaníacos que, de fato, o fim da vida pode ocorrer:

Não é por nada que o melancólico só se suicida quando está na fase hipomaníaca, quando sai da depressão profunda. Naquela, ele se encontra como que petrificado sob o jugo do Outro absoluto, sem poder se mexer. Ele é todo submetido ao Outro, até o ponto do estupor. Quando consegue disso sair de alguma forma, aí a tentativa de descompletar esse Outro absoluto aparece. (Ibid., p. 223)

O apontamento de Alberti (2017) é condizente com o ensino de Freud, por vez que ele próprio, ao observar o comportamento de autovilipêndio do melancólico, questiona-se sobre o ímpeto exibicionista de tal ato. Assim, apesar de se dizer tão indigno, o melancólico não parece inibido por um sentimento de vergonha, pelo contrário, brada a todos seu desvalor:

Deve nos chamar a atenção, por fim, que o melancólico não age exatamente como alguém compungido de remorso e autorecriminação de maneira normal. Ele carece de vergonha diante dos outros, que seria a principal característica desse estado, ou ao menos não a exibe de forma notável. No melancólico, talvez possamos destacar um traço oposto, uma insistente comunicabilidade que acha satisfação no desnudamento de si próprio. (Ibid., p. 177)

Tal elemento aparentemente contraditório parece ser o início de algo que se revela como a desperta do “revés” do aspecto diminuído do melancólico. A inibição que o atinge nas fases depressivas tão poderosamente, e que se mostra em seu corpo⁶³ tão violentamente, nas fases maníacas encontra seu contrário em fenômenos como a fuga de ideias, que oferece uma

possibilidade de satisfação a partir do fenômeno da logorreia. Dessa maneira, a “insistente comunicabilidade” do melancólico deve ser pensada não somente como prazer no desvelamento de si, mas também como satisfação oral vinculada à hiperfluência e a suspensão de ideias que poderiam ser vivenciadas de forma penosa inconscientemente. Assim, a insistente comunicabilidade do melancólico encontra seu extremo na fuga de ideias maníaca.

Em 1924, Abraham (1924a/1970) será enfático em sua crítica à psiquiatria clínica. De acordo com o médico alemão, tal perspectiva não foi capaz de alcançar a totalidade dos estados maníaco-depressivos caracterizando-o principalmente por ideias patológicas qualificadas enquanto “delírios de inferioridade”. O psicanalista chama a atenção para o fato de que, não raro, nos delírios de pequenez do melancólico, os sujeitos acreditam serem os maiores pecadores⁶⁴, num claro movimento que alude à aspectos indubitáveis de grandiosidade:

Um dos mais acentuados defeitos da psiquiatria clínica é sua predileção por caracterizar as idéias patológicas dos melancólicos como ‘delírios de inferioridade’, quando de fato essas incluem uma grande quantidade de auto-admiração por parte do doente, especialmente em relação à importância e efeito de seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamento. (ABRAHAM, 1924a/1970, p. 116).

Como veremos, Abraham aponta uma divergência importante com a concepção de Freud sobre a mania, por vez que aquele compreende que a mania não se trata de um festival de libertação do Eu, e sim de um esforço de introjeção de todo e qualquer objeto e a repetição da tendência em expeli-lo. Dessa maneira, contrariando o ideário social de que o maníaco goza de irrestrita felicidade, a experiência clínica nos mostra seu tormento, seu penoso “[...] frenesi de liberdade” (Idem, p. 46). Tal aspecto pode ser verificado a partir de evidências cotidianas que se mostram no trabalho da RAPS e do manejo com os pacientes em episódios maníacos.

Retomo, assim, o caso Camélia. A usuária, após livrar-se de suas restrições alimentares, chegou ao CAPS verborrágica. Seus dizeres eram rápidos e por vezes não era possível acompanhar sua enunciação tanto em função da rapidez quanto pela aparente dispersão do conteúdo, que vagava veloz entre temas diversos. Contava ela que passara a noite sem conseguir dormir e vinha de uma série de atividades ininterruptas. Dizia que, durante a madrugada, andou pelas ruas furtando vasos de planta, e os levou para sua casa. Disse ainda que cozinhou o suficiente para alimentar-se por uma semana inteira, caminhou

⁶⁴ Abraham utiliza, a título de exemplo, o caso de Kraepelin em que um fragmento consta na epígrafe do capítulo anterior, em que a paciente se desculpa por todos as mazelas da civilização.

pelas ruas, subiu em árvores e, já pela manhã, foi à igreja e, saindo de lá, veio direto para o CAPS. Em outro episódio, esse ocorrido há algum tempo e que culminou em sua primeira internação involuntária, a usuária sairá à rua sem suas vestes, quebrara diversos ônibus e insultara agentes de segurança pública.

A rápida mudança entre um episódio de restrição alimentar para o de uma verborragia, para o comportamento de cozinhar uma quantidade exorbitante de comida e, mesmo o fragmento de caso trazido na epígrafe deste capítulo mostram a relação entre a mania e o funcionamento oral. Assim, retomaremos a concepção psicanalítica da mania em Freud e Abraham.

3.1. Mania e oralidade

Em “Luto e Melancolia” (1917[1915]/2010), Freud define a capacidade de transmutação do quadro depressivo do melancólico para o de mania como a maior peculiaridade da melancolia. A essa especificidade do quadro melancólico, o psicanalista vienense tenta avançar na compreensão de quadros que possuem qualidades similares, como os elevados estados de júbilo ou de triunfo e dos efeitos da intoxicação alcoólica. De acordo com Freud, tais estados se caracterizam pela supressão imediata das repressões ou de um dispendioso trabalho do Eu em superar alguma dificuldade imposta pelo viver. Assim, uma notável quantidade de libido se torna disponível ao Eu. Assim, para Freud, o humor exalado na mania está ligado ao trabalho de triunfo sobre aquilo que, na melancolia, subjugava o Eu.

Alguns anos depois, será em “Psicologia das Massas e Análise do Eu” (1921/2016) em que Freud se debruçará novamente sobre a mania, dessa vez trazendo algumas outras conclusões de suas investigações. Partindo de um interesse pelo mecanismo psíquico de formação das massas, Freud discorrerá sobre o papel da identificação entre o sujeito e o líder da massa, bem como entre seus pares. De acordo com Freud, o sujeito de massa renuncia seu Ideal do Eu e o substitui pelo ideal da massa, que se presentifica no líder. Assim, avançando sobre tal teorização, Freud dirá que tal fenômeno não ocorre a todos com a mesma grandeza, e que essa questão pode ser diferentemente compreendida nos sujeitos em que o Eu e o Ideal do Eu não se encontram naturalmente bem delimitados e, assim, a escolha do líder seria facilitada por tal questão. Dessa maneira, Freud se deterá sobre o mecanismo de formação do Ideal do Eu, que virá a ser compreendido enquanto Supereu em 1923. O Ideal do Eu (Supereu), portanto, é compreendido como herdeiro do Complexo de Édipo e é efeito dos processos identificatórios ambivalentes que se sucedem com ambos os pais e que rememoram as dinâmicas das sociedades totêmicas descritas em “Totem e Tabu” (1912-1913/2016).

Assim, recuperando a diferença entre uma identificação e uma escolha de objeto, questão que já nos detemos no capítulo anterior, o psicanalista se volta para a melancolia e para a mania, definindo o Ideal do Eu enquanto resultado de uma construção restritiva imposta pelo processo civilizatório e que, de tempos em tempos, por seu grande pesar, precisa ser desfeito temporariamente: “Mas o ideal do Eu compreende a soma de todas as restrições a que o Eu deve obedecer, e por isso o recolhimento do ideal tem de ser uma grande festa para o Eu, que pode então voltar a sentir-se contente consigo”. (FREUD, 1921/2016, p. 74). Assim, Freud definirá então a mania enquanto uma fusão, uma completa mistura temporária das instâncias do Eu e do Ideal do Eu, em que a autocritica e a inibição - tão características nas fases depressivas da melancolia - se dissolvem.

De fato, a concepção freudiana a despeito da mania já encontrava em Abraham, em 1911, sua base. Karl Abraham (1911/1970) define a mania enquanto uma alegria descuidada e irrefreável, com sentimentos de autoimportância e mesmo irritabilidade crescente. Abraham teoriza que o desencadeamento da mania ocorre quando as forças do recalque já não mais são capazes de resistir ao forçoso ímpeto das pulsões. Assim, a mania aparece como um mecanismo capaz de desvincular a libido de seus conflitos interiores momentaneamente, mas que já parece de antemão fadada ao fracasso:

A pessoa que tem de combater influências perturbadoras durante um longo tempo nunca pode desfrutar de paz ou segurança dentro de si mesma. Qualquer situação que exija uma decisão definida no campo da libido provocará um súbito colapso de seu equilíbrio psíquico, que ela manteve tão laboriosamente. (Ibid., p. 42)

De fato, tal questão nos rememora a questão do desencadeamento das crises e desorganizações no campo das psicoses. Podemos mesmo recordar de Schreber, que ao assumir uma posição simbólica de grande valia, um cargo de presidência, inicia seu quadro de desorganização. Assim parece também suceder com o melancólico.

O médico alemão defende ainda que é a suspensão total ou parcial da catexia libidinal necessária para manter a inibição que garante a satisfação em jogo na mania. Assim, quando a inibição cessa, o maníaco tem a seu dispor uma fonte de energia duradoura e prazerosa, parecida com a que se vivencia momentaneamente no chiste ou na piada, como já colocado por Freud em “O Chiste e sua Relação com o Inconsciente” (1905/2016) assimilando o prazer do chiste à desinibição endógena ou produzida por vias tóxicas, com uso de álcool. Mas a suspensão da inibição mostra ainda outra face, a saber, rememora os antigos prazeres infantis

“[...] mostra quão profundamente a mania se acha radicada no infantil” (ABRAHAM, 1911/1970, p. 45).

Dessa maneira, a vivência maníaca de grandiosidade, de sentimentos de autoimportância, aludem à onipotência narcísica infantil, já bem descrita por Freud em “Sobre o Narcisismo: Uma Introdução” (1914/2010) ao tratar da megalomania:

Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não devem vigorar para a criança, tanto as leis da natureza como as da sociedade serão revogadas para ela, que novamente será centro e âmago da Criação. *His Majesty the Baby*, como um dia pensamos de nós mesmos. (Ibid., p. 37)

Abraham avança ainda na compreensão da crescente agressividade que comumente se percebe nos episódios maníacos e a relaciona com uma liberação do sadismo e mesmo com a grandiosidade da qual acabamos de tratar. Os exemplos clínicos são numerosos. O caso Camélia, já citado, nos mostra os elementos de grandiosidade a nudez e na ofensa aos agentes de segurança pública. Além disso, são muitos os casos em que puder observar de sujeitos que, mesmo em situação de rua, diziam ser herdeiros de grandes fortunas, super-heróis, filhos de grandes personalidades. Abraham nos rememora que tais experiências tem relação com o infantil: “Muito frequentemente surgem ideias grandiosas que são muito semelhantes às jactâncias das crianças sobre o seu conhecimento e poder” (Ibid., p. 46).

Assim, em 1911, Abraham coloca que são três as fontes do prazer maníaco: a superação do recalque, a cessação da inibição parcial ou completamente e, ainda, o fenômeno da fuga de ideias maníaca, que remete a “abolição do controle lógico e o jogo de palavras - dois aspectos essenciais dos processos ideacionais maníacos - indicam um vasto ‘retorno à liberdade infantil’” (Ibid., p. 45). De fato, neste trabalho de Abraham, não encontrados diretamente uma menção à questão da influência dos prazeres orais da criança, muito embora deixe claro a relação entre a mania e algo da ordem da onipotência infantil, que guarda relação com o estágio do narcisismo e do autoerotismo.

Em 1924, finalmente Abraham explora a relação entre a mania e a oralidade. Inicialmente, o médico alemão colocará que a psiquiatria clássica sempre reconheceu as semelhanças entre os estados maníacos e os estados de intoxicação. De fato, a relação entre o uso de álcool e a regressão à fase oral é conhecida na teoria psicanalítica, e muito me surpreendeu chegar a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) e perceber que, não somente com o uso do álcool, mas, nos estados de intoxicação com outras substâncias, a semelhança com os episódios maníacos era gritante. Os relatos de vários

usuários mostravam ainda a satisfação oral em jogo, exemplifico dois deles: “comer dá a mesma satisfação que usar a droga” (COMUNICAÇÃO VERBAL); “Quando eu bebo *Coca-Cola* me dá a mesma sensação de usar crack⁶⁵” (COMUNICAÇÃO VERBAL).

Além disso, retomando as publicações mais recentes de Freud, Abraham dirá que, de fato, a diferença entre o Eu e o Supereu parece ter desaparecido na mania. Há, no entanto, uma leve divergência com Freud. Dirá Abraham que o “triumfo” maniaco não é vivenciado enquanto uma festa de libertação, mas como uma penosa injunção ao excesso, um dever de dissipar a sombra do objeto que caíra sobre o Eu. Assim, o Eu não está mais consumido pelo objeto introjetado, e um aumento exponencial dos desejos orais é facilmente percebido:

O paciente ‘devora’ tudo o que aparece em seu caminho [...] Enquanto que em sua fase depressiva achara que fôra despojado e excluído do mundo dos objetos externos, em sua fase maniaca proclama, por assim dizer, seu poder de assimilar todos os seus objetos em si próprio. Mas é característico que êsse agradável ato de receber novas impressões corresponda a um ato igualmente prazeroso de evacuá-las quase ao mesmo tempo em que foram recebidas. (Ibid., p. 131).

Assim, sustentando ainda que os atos de receber e de destruir/controlar são vivenciados inconscientemente, de maneira respectiva, como de incorporação oral e de expulsão fecal, Abraham coloca que o trato do maniaco com as palavras é tratá-la de maneira similar aos excrementos, de modo que a mania representa um esforço de devorar todos o objeto e, quase ao mesmo tempo, evacuá-los:

Na mania, todos os objetos são considerados como material a passar pelo ‘metabolismo psicosexual’ do paciente num ritmo rápido. E não é difícil perceber, pelas associações do paciente maniaco, que êle identifica como excremento os pensamentos que enuncia”. (Ibid., p. 132).

Além disso, resgatando os ritos fúnebres das sociedades totêmicas, já descritos por Freud a partir do mito da horda primeva, Abraham será enfático ao afirmar que, em contraposição ao “crime primário” de assassinar e devorar o Pai totêmico, as fantasias transgressoras do maniaco estão essencialmente dirigidas à figura materna. Tal elemento somado ao fato de que o maniaco experimenta sua onipotência enquanto um penoso dever e a introjeção inteira do objeto parecem elementos fundamentais na diferenciação entre um delírio de grandeza maniaco-depressivo e um delírio de grandeza paranóico.

⁶⁵ O estabelecimento entre os prazeres de ingestão de líquidos (de incorporação oral) e de efeitos psicoativos da substância já nos indicam uma relação de erotismo oral em jogo, no entanto, Abraham coloca ainda a relação entre o consumo exagerado de doces e o prazer oral, por vez que remete ao prazer infantil da gratificação por doces após o desmame (ABRAHAM, 1916/1970).

3.2. O “brilho radiante do objeto caiu sobre o Eu”: a face maníaca do luto

Se a semelhança entre os estados de luto e de melancolia parecem consistentes, o que diremos da mania? Seria ela um estado completamente alheio ao luto? Tal questão é colocada por Freud em “Luto e Melancolia” (1917[1915]/2010) e em tal trabalho carece de maiores explicações. A hipótese do psicanalista se assenta na morosidade do trabalho do luto, que desliga gradualmente a catexia libidinal do objeto. No mesmo ensaio, no entanto, Freud localiza também que, no trabalho do luto, há um superinvestimento momentâneo em cada uma das lembranças e expectativas em que a libido se encontrava vinculada ao objeto perdido. Dessa maneira, é comum notarmos que, diante de uma perda, o sujeito passe a se recordar dos momentos vivenciados em torno do objeto e até mesmo o superestime, o sacralize. Assim, se por um lado há uma notável inibição em relação ao mundo exterior, também o enlutado, de maneira geral, apresenta um aumento de suas atividades mnemônicas em torno do objeto.

De acordo com Abraham, é precisamente no processo de elaboração do luto em que encontramos semelhança com a mania: “Descobrimos que quando a pessoa enlutada desprende gradualmente sua libido de seu objeto falecido através da ‘elaboração do luto’, ela se dá conta de um aumento de seus desejos sexuais” (ABRAHAM, 1924a/1970, p. 132). Embora o médico alemão admita que tais afirmações ainda são passíveis de contestação e que talvez não possam ser aplicadas de maneira generalizada, admite também que tal aumento dos desejos sexuais podem se manifestar em suas formas sublimadas. Assim, após a elaboração, o sujeito apresentaria um ganho em seus demais interesses, de sua atividade intelectual uma maior iniciativa, entre outros comportamentos. Abraham localizará tal questão enquanto herança filogenética herdada de sociedades que, ao presenciar a perda de um de seus membros, o devoravam num movimento autofágico que se caracterizava enquanto uma “erupção de libido” (Ibid., p. 132). Assim, conclui que a fase maníaca carrega um ímpeto de incorporação oral.

Em Freud nos é clara a menção de que, ao desligar-se pouco a pouco das representações do objeto, a catexia libidinal do Eu se encontra disponível para se ligar a outros objetos e, como vimos, nessa também consiste a hipótese de triunfo do maníaco sobre o objeto perdido. De fato, o processo de elaboração do luto é tão bem compreensível e se assemelha tanto à posição do maníaco de suposta libertação do objeto perdido que esse fato parece nos acrescentar muito pouco conhecimento a respeito de ambos os mecanismos. A questão muda de figura, no entanto, em um caso clínico que é posto em discussão por Abraham.

Tratando do processo de introjeção no luto, Abraham descreverá o caso clínico de um jovem rapaz que, na infância, perdera suas referências maternas. Inicialmente, filho mais novo, o rapaz ainda bebê perdera sua irmã mais velha e, vivenciando o luto, sua mãe se ensimesmou e se afastou de seu cuidado. Seus pais, então, resolveram se mudar e a babá que cuidara dele também se retirou. Assim, em pouco tempo, o rapaz perdera o acesso ao seio materno, aos afetos da mãe, da babá e da irmã e também o espaço da casa que, para Abraham, é um símbolo materno incontestável. Ao longo da infância, no entanto, afeiçoou-se por uma vizinha e parecia preferir sua companhia ao invés da companhia da própria mãe. Nos anos em que se seguiram, o rapaz passou a relacionar-se com homens mais velhos que se pareciam com seu pai. Ocorre, no entanto, que alguns anos depois o pai iniciou um uso abusivo de bebida alcoólica e, assim, o rapaz se afastou dele e dirigiu sua libido de volta para a mãe, processo que foi ainda reforçado pela morte do pai em seguida. A mãe, assim, casou-se novamente e viajou com seu novo marido, e o jovem rapaz sentiu novamente que seu amor a ela havia sido rejeitado. De acordo com Abraham, seus sentimentos de ódio se intensificaram durante o período e o rapaz começou a se relacionar com um homem que lhe lembrava fisicamente a sua mãe e seu comportamento passou também a se assemelhar ao dela: amava o homem segundo a maneira como a mãe também amava.

Após alguns anos, a mãe do rapaz falece em seus braços, cena que Abraham descreve como aquela em que se rememora a cena infantil do próprio jovem, enquanto bebê, nos braços de sua mãe. Uma reação inusitada do jovem então se segue: ao invés de entristecer-se, o rapaz se sentia bastante animado e alegre, e incomodava-se apenas com o pensamento sobre a imagem do corpo da mãe no enterro:

Mal lhe morrera a mãe e já êle se apressou em voltar para a cidade vizinha, onde vivia. Contudo, seu estado emocional não era de modo algum o de um filho sofredor; ao contrário, sentia-se animado e alegre. Descreveu-me como se achava repleto do sentimento de conduzir agora, dentro de si, sua mãe a salvo dêle para sempre. A única coisa que lhe causava inquietude era a idéia do entêrro dela. Era como se o deixasse perturbado o conhecimento de que o corpo dela se achava ainda visível, e jazia na casa em que havia morrido. Sòmente após haver terminado o funeral pôde êle entregar-se à sensação de possuir a mãe para sempre. (Ibid., p. 103).

Assim, Abraham dirá que a reação inusitada do jovem rapaz mostra que, após a perda de sua mãe, o jovem finalmente pôde conservá-la dentro de si mesma através de um processo de incorporação que se iniciou após o segundo casamento dela. O humor exaltado ao invés do estado de prostração da perda é explicado por Abraham numa inversão da afirmação de Freud sobre o processo de perda do objeto na melancolia: “Basta inverter sua afirmação de que ‘a

sombra do objeto amado perdido cai sobre o ego' e dizer que, neste caso, não foi a sombra mas o brilho radiante de sua mãe amada o que se derramou sobre o filho" (Ibid., p. 103).

Ainda que não trate de um caso de melancolia propriamente dito e, sim sobre a hipótese da homossexualidade se constituir a partir de uma introjeção, o humor elevado diante de uma perda e as conclusões anteriores de Abraham podem nos levar a conjecturar que o maníaco não simplesmente trata com indiferença o complexo que lhe aprisiona e nem mesmo comemora a sua libertação em torno do objeto perdido. Talvez, e sobre isso seria necessário afinar uma pesquisa mais rigorosa, a junção entre o Eu e o Supereu represente para o maníaco a possibilidade de, enfim, ter se tornado o objeto perdido e a externalização do conflito que vive em seu interior. Assim, sobre esse ponto de vista, a grandiosidade maníaca é a grandiosidade do objeto, também observada no ganho de um estatuto sacro após uma perda em um enlutamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se propôs a investigar a etiologia e a semiologia da psicose maníaco-depressiva fazendo dialogar a perspectiva da psiquiatria e da psicanálise. Como tentou-se fazer crer, a perspectiva psicanalítica aliada aos avanços psicofarmacológicos da psiquiatria são de grande valia para o cuidado. Além disso, buscou-se demonstrar que a concepção da psicose maníaco-depressiva na psiquiatria e na psicanálise convergem em pontos importantes, e uma conversa entre ambas as disciplinas proporciona uma leitura enriquecedora dos casos clínicos.

Além disso, buscou-se também, a partir de Freud e de Abraham e dos relatos clínicos observados na RAPS, uma demonstração das contribuições dos psicanalistas acerca da relação entre a melancolia e a mania e o erotismo oral. Assim, a etiologia psicanalítica da psicose maníaco-depressiva revela aspectos de uma série de intercorrências que vão desde o período da amamentação até o curso de experiências de abandono e/ou de frustração que ocorrem antes mesmo do Complexo de Édipo, e que torna a relação com o representante materno bastante complexa, chegando a abalar a relação com a função paterna. Como dissemos, a repetição da experiência de uma frustração amorosa ou de uma perda na vida ulterior traz todo esse processo revivido, e o melancólico então regride em seus pontos de fixação, os quais destacamos a fase anal expulsiva, a fase oral-sádica e fase oral anterior.

O trabalho objetivou também ir além da simples caracterização do melancólico enquanto um sujeito que se autodeprecia e se percebe enquanto sem valor. A característica peculiar da mudança dos períodos depressivos para os períodos maníacos mostram a outra face do complexo da melancolia, e aspectos como os sentimentos de autoimportância e de grandiosidade tomam lugar. Além disso, buscou-se também demonstrar que a mania representa um aumento dos desejos orais e que todos os objetos passam a ser considerados aptos a serem devorados e metabolizados pelo sujeito, num movimento de rápida incorporação e expulsão.

Por fim, esse trabalho está longe de esgotar tudo aquilo que se pode dizer sobre a psicose maníaco-depressiva e engatinha em sua compreensão. Sabemos que na atualidade a perspectiva psicanalítica avançou muito desde Freud e Abraham, e destacamos os trabalhos, por exemplo, de Melanie Klein e de Donald Winnicott, bem como a compreensão da melancolia em Lacan, que diverge de forma importante sobre a concepção de conceber a

relação com o objeto perdido como uma identificação ao nível oral. Além disso, trabalhos como o de Marcel Czermak complexificam a relação com a oralidade a partir da noção de “desespecificação pulsional” (TENÓRIO, COSTA-MOURA, 2014)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, K. A influência do Erotismo Oral na Formação do Caráter. *In*: ABRAHAM, K. **Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. [Publicado originalmente em 1924b].

ABRAHAM, K. Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais. *In*: ABRAHAM, K. **Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. [Publicado originalmente em 1924a].

ABRAHAM, K. Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalíticos da psicose maníaco-depressiva e estados afins. *In*: ABRAHAM, K. **Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. [Publicado originalmente em 1911].

ABRAHAM, K. O primeiro estágio pré-genital da libido. *In*: **Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. [Publicado originalmente em 1916].

ALBERTI, S. Os quadros nosológicos: depressão, melancolia e neurose obsessiva. *In*: ALMEIDA, C. P.; MOURA, J. M. (Orgs.) **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Capa Livraria, 1997.

AMARAL, N.; FIGUEIREDO, A. C. Jarbas, o Redentor: um caso clínico de mania apresentado a partir da topologia lacaniana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 19, n. 3, p. 483–499, jul. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Disorders**. 1ª ed. Washington: APA, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Disorders**. 2ª ed. Washington: 1964.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Disorders**. 3ª ed. Washington: 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Disorders**. 4ª ed. Washington: 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Disorders**. 5ª ed. Washington: 2013.

BARRETO, F. P., IANNINI, G. Introdução à psicopatologia lacaniana. *In*: TEIXEIRA, A., CALDAS, H. **Psicopatologia lacaniana I: semiologia**. (Orgs.). 1ª. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

BIRMAN, J. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. **História, Ciência e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010a, p. 345-371.

BIRMAN, J. Discurso freudiano e medicina. In: BIRMAN, J., FORTES, I., PERELSON, S. (Orgs.). **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010b.

COSTA, M. C.; MEDEIROS, C. P. Um percurso freudiano das depressões. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 126-140, jan. 2015. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P126>.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, p. 7–14, 2005.

DUNKER, C. I. L; NETO, F. K. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2011

DUNKER, C. I. L. Crítica da Razão Diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: NETO, F. K., CALAZANS, R. (Orgs.) **Psicopatologia em debate: controvérsias sobre o DSM**. Barbacena: Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais, 2012.

EVARISTO, C. **Canção para ninar menino grande**. 2ª ed. - Rio de Janeiro: Pallas, 2022.

FERENCZI, S. Transferência e Introjeção. In: FERENCZI, S. **Psicanálise I (Obras Completas)**. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. [Publicado originalmente em 1909].

FERREIRA, M. F.; BESSET, V. L. Contribuições da psiquiatria clássica ao diagnóstico da melancolia: o delírio de negação e o delírio de indignidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 405–419, set. 2008.

FIGUEIREDO, A; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psicanálise e em psiquiatria. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 1, p. 29-43, março 2002.

FIGUEIREDO, A. C; MACHADO, M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora**, v. III, n. 2, p. 65-86, jul-dez de 2000.

FREUD, S. A Dissecção da Personalidade Psíquica. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 18: O Mal-Estar na Civilização, Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise e outros textos (1930-1936)**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, v. I. [Publicado originalmente em 1933].

FREUD, S. Além do Princípio do Prazer. In: FREUD, S. **Obras Completas volume 14 - História de uma Neurose Infantil (O “Homem dos Lobos”), Além do Princípio do Prazer e outros textos (1917-1920)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente em 1920].

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. *In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 2: Estudos sobre a Histeria (1893-1895)***. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010. [Publicado originalmente entre 1893-1895).

FREUD, S. Luto e Melancolia. *In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaios de Metapsicologia e outros textos***. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, v. I. [Publicado originalmente em 1917 [1915]].

FREUD, S. O Chiste e sua Relação com o Inconsciente. *In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 7 – O Chiste e sua Relação com o Inconsciente (1905)***. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente em 1905].

FREUD, S. Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O Caso Schreber”). *In: FREUD, S. **Obras Completas volume 10 - Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O Caso Schreber”), Artigos sobre Técnica e outros textos (1911-1913)***. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente em 1911].

FREUD, S. O Eu e o Id. *In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 16: O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925)***. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010. [Publicado originalmente em 1923).

FREUD, S. Os instintos e seus destinos. *In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaios de Metapsicologia e outros textos***. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, v. I. [Publicado originalmente em 1915].

FREUD, S. Psicologia das Massas e Análise do Eu. *In: FREUD, S. **Obras Completas volume 15 - Psicologia das Massas e Análise do Eu e outros textos***. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente em 1921].

FREUD, S. Psicoterapia. *In: FREUD, S. **Obras Completas volume 6 - Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade, Análise Fragmentária de uma Histeria (O caso Dora) e outros textos (1901-1905)***. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente em 1905]

FREUD, S. Psicologia das Massas e Análise do Eu. *In: FREUD, S. **Obras Completas volume 15 - Psicologia das Massas e Análise do Eu e outros textos***. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente em 1921].

FREUD, S. Psicoterapia. *In: FREUD, S. **Obras Completas volume 6 - Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade, Análise Fragmentária de uma Histeria (O caso Dora) e outros textos (1901-1905)***. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente em 1905]

FREUD, S. Rascunho E. Como se origina a angústia. *In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas: edição standard brasileira. Volume I – Publicações Pré-Psicanalíticas e***

Esboços Inéditos (1886-1899). Rio de Janeiro: Imago, 1996. [Publicado originalmente em 1894]

FREUD, S. Rascunho G: Melancolia. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I. [Publicado originalmente em 1895a].

FREUD, S. Rascunho K. As Neuroses de Defesa *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I. [Publicado originalmente em 1886].

FREUD, S. Sobre o início do tratamento. *In*: FREUD, S. **Obras Completas, volume 10: Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em uma autobiografia (O caso “Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010. [Publicado originalmente em 1913]

FREUD, S. Sobre o Narcisismo: uma introdução. *In*: FREUD, S. **Obras Completas Volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros textos**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, v. I. [Publicado originalmente em 1914].

FREUD, S. Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. *In*: FREUD, S. **Obras completas, volume 6 : três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)**. 11ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente em 1905].

FREUD, S. Totem e Tabu. *In*: **Obras Completas Volume 11: Totem e Tabu, Contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2016. [Publicado originalmente entre 1912-1913].

FREUD, S. Um caso de cura pelo hipnotismo. *In*: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas: edição standard brasileira. Volume I – Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1899)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. [Publicado originalmente entre 1892-1893]

KRAEPELIN, E. Introdução: Melancolia. *In*: ALMEIDA, C. P.; MOURA, J. M. (Orgs.) **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Capa Livraria, 1997.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. **Revista Internacional INTERthesis**, v. 16, n.1, p. 74-91. Jan-Abril 2019. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>

MASSON, M.; BRUN, M. Psychiatrie et psychanalyse : le divorce est-il consommé ? À propos des « troubles bipolaires ». **L'Évolution Psychiatrique**, v. 80, n. 2, p. 433–444, 2015. doi:10.1016/j.evopsy.2014.12.008

MILLER, J. **Lacan elucidado: palestras no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1997.

OLIVEIRA, F. L. G.; COELHO DOS SANTOS, T. **Intervenções psicanalíticas no campo da saúde: inovações no tratamento de transtornos alimentares**. Rio de Janeiro: Autografia, 2022.

OLIVEIRA, F. L. G.; COELHO DOS SANTOS, T. Psicopatologia dos transtornos alimentares e seus estados melancólicos. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 20, n. 2, p. 247-262, jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n2p247.3>

PEREIRA, M. E. C. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VII, n. 3, set. 2004.

PEREIRA, M. E. C. Morel e a questão da degenerescência. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 3, set. 2008.

PINEL, P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 16-29, set. 2004. [Publicado originalmente em 1801].

SANTOS, T. C. DOS .. O que não tem remédio, remediado está!. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 63–74, jan. 2004.

SOUZA, V. S. Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro (1920-1930). **Revista Brasileira De História**, 42(89), p. 93–115, 2022. <https://doi.org/10.1590/1806-93472022v42n89-06>

TENÓRIO, F., COSTA-MOURA, F., LO BIANCO, A. C. Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. **Psicologia USP**, v. 28, n. 2, p. 206-213, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420150125>.

TENÓRIO, F.; COSTA-MOURA. Melancolia como presença real do objeto - uma abordagem lacaniana. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 469-484, set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p469-6>

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]**, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

VIEIRA, M. A.; BASTOS, A.; TEIXEIRA, A. Semiologia da afetividade: o afeto que se encerra na estrutura. *In*: TEIXEIRA, A.; CALDAS, H. **Psicopatologia Lacaniana**. v. 1. Rio de Janeiro: Editora Autêntica, 2017.

WILSON, M. M. D. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. **American Journal of Psychiatry**, 150(3), p. 399–410, 1993. doi:10.1176/ajp.150.3.399