

O estupor melancólico e o estupor maníaco

Rubens Coura

O Estupor Melancólico e o Estupor Maníaco são quadros clínicos das mais completas apatia e inibição motora, hoje tornados raros devido às intervenções psiquiátricas. Eles parecem corresponder aos pontos da máxima pressão possível da pulsão de morte: dirigida, respectivamente, contra o próprio Eu e contra os objetos – naquele sujeito e naquele período de sua vida. Sendo então o estado clínico do ponto intransponível de toda melancolia e de toda mania, esses dois estupores devem compor um verdadeiro elo perdido entre a melancolia e a mania, para a psicanálise.

Se a relíquia de Pierre Fédida é, no luto, o fragmento de permanência daquilo que morreu, o autor propõe a romaria do sujeito ao seu tesourinho de criança como uma imagem regressiva apropriada à melancolia e à mania.

Palavras-chave: Psicanálise, psiquiatria, melancolia, mania

Em 1997, escrevi em carta a uma psicanalista e amiga francesa sobre as férteis possibilidades que eu via (e vejo) nas perspectivas brasileiras de uma escuta psicanalítica oferecida à medicina; ponderei que os descaminhos de nossos sistemas e seguros de saúde, que a prática generalizada da automedicação e que a falta de uniformidade nos critérios terapêuticos farmacológicos permitem situações médicas de insuspeitadas percepções para um psicanalista. E que no Velho Mundo, como por exemplo na França, tais possibilidades de escuta ficam ensurdecidas pela própria uniformização do atendimento médico, aplainado que é pela *sécurité sociale*; que também o é pelo constante temor a processos contra médicos, que os obriga a prescreverem medicamentos apenas pelos esquemas mais convencionais. Escuta que no Primeiro Mundo fica abafada, ainda, pela crença populacional mais generalizada numa ideologia da saúde perfeita – que obriga os médicos a diagnósticos mais apressados e a terapêuticas mais precipitadamente instauradas.

Assim, se as deficiências do atendimento médico (inclusive o psiquiátrico) são menores em países superdesenvolvidos como a França, lá também, por outro lado, são menores as possibilidades da emergência do diferente, do extraordinário, do mais peculiar ou do mais estranho. Aqui, no Novo Mundo, ainda podemos (por exemplo) acompanhar a evolução de pacientes em *estupor melancólico*, levados tanto a um hospital psiquiátrico como

a um hospital-geral; numa Europa superdesenvolvida e com atendimentos médicos mais precoces, os pacientes raramente evoluem até esses estados de tamanha gravidade clínica.

O hospital-geral é hoje o lugar onde, com maior frequência, se pode atender pacientes assim, perto daquele ponto chamado de estupor; é quadro clínico conhecido e descrito na psiquiatria clássica (de antes da era das terapêuticas de choque e também da era dos neurolépticos e antidepressivos) como podendo tanto estar na evolução de uma mania quanto na de uma melancolia/depressão severas – e não raro, nos pacientes ditos bipolares psicóticos (também referidos como psicóticos maníaco-depressivos).

Assim, Eugen Bleuler* (1985) – o psiquiatra chefe da Clínica Burghölzli, de Zurique, estudioso das idéias de Freud – nos traz, em seu tratado de psiquiatria, essa possibilidade de evolução clínica de um paciente depressivo ou melancólico:

Se a inibição atingir um grau extremo, de modo que os doentes pouco falam, nada mais fazem por si e praticamente não se movimentam, então o quadro recebe o nome de *estupor depressivo* (p. 329).

Bleuler também aponta a existência do “*estupor maníaco*”, que ocorreria com frequência na resolução (término do episódio) de um estado maníaco grave:

Pela inibição das funções centrífugas e do pensamento e pelo afeto positivo aparece o quadro de uma mania coagulada... no qual os pacientes com uma expressão alegre se mantêm parados, quando não pregam alguma peça, inesperadamente, em alguma ocasião (ibid.).

Notemos que essa inibição generalizada pode surgir no ápice tanto de um estado clínico melancólico como no de um maníaco. Pode a imobilidade completa e prolongada parecer-nos mais facilmente compreensível numa melancolia; mas na excitação maníaca ela certamente parece uma “virada melancólica” – quando, na realidade, é também um possível aprofundamento do estado maníaco. Afinal, tanto a inibição mais intensa quanto a movimentação física mais exuberante só podem culminar, numa criatura humana, na imobilidade: que outro estado físico poderia advir além da agitação psicomotora máxima de que uma pessoa é capaz? Uma idealização do ilimitado da força física e do poder muscular humanos (como nos filmes de super-heróis) certamente poderia levar-nos a outras conclusões.

A propósito, as alusões ao estupor (melancólico ou maníaco) costumam aparecer em poucas linhas nas obras psiquiátricas: como todo estado “não produtivo”

* Trata-se de uma edição de Eugen Bleuler “revista e atualizada” por seu filho Manfred Bleuler, mantendo as descrições clínicas originais da edição alemã de 1943 (anterior, portanto ao advento dos medicamentos antidepressivos).

ou “não florido”, cabe-lhe um espaço menor que aquele destinado aos exuberantes quadros “produtivos” – como os delírios alucinatórios, os comportamentos muito bizarros ou agressivos etc.

Não se trata aqui de qualquer ingênua tentativa totalizadora e sintética de fazer coincidirem a psiquiatria e a psicanálise, mas somente de se tentar compreender o funcionamento psíquico melancólico/maníaco com a utilização de depoimentos humanos geralmente desconhecidos pelo psicanalista; nos tempos atuais, geralmente desconhecidos também pelo psiquiatra clínico, com sua formação profissional efetuada já em plena era dos medicamentos neurolépticos, antidepressivos e estabilizadores do humor.

O dicionário comum nos informa que “estupor” vem do latim *stupore* e que significa um “Estado mórbido em que, embora se ache desperta a consciência, o doente não reage a excitação alguma, mantendo-se imóvel na mesma posição” (Hollanda Ferreira, 1975: 590).

Dentro da medicina, o clássico *Dicionário de medicina*, de Littré (do século XIX), traz a definição seguinte:

Engourdissement général, diminution de l’activité des facultés intellectuelles, accompagnée d’un air d’étonnement ou d’indifférence, qui est un symptôme de la fièvre typhoïde, de la commotion et de la contusion du cerveau, de *certaines formes de manie et de mélancolie* (Littré, 1886: 1.513, grifos meus).

Algo da noção de suicídio poderá, aqui, nos auxiliar nesses pensamentos sobre o estupor – na melancolia e na mania.

É conhecido, nos hospitais psiquiátricos, que o deprimido geralmente só vem a tentar suicídio quando começa a melhorar; até as bulas de medicamentos antidepressivos costumam trazer a advertência quanto a esse risco *no início da melhora do quadro melancólico ou depressivo*.

Os momentos do planejamento e da própria tentativa de suicídio, então, devem ser momentos em que há uma menor intensidade da pressão da pulsão de morte no psiquismo. Donde devem proceder possibilidades construtivas de elaboração conseqüente do pensamento (com a esperança de êxito na obtenção de um plano), bem como as de execução motora com finalidade supostamente previsível. São esses investimentos que denunciam a presença de um amor à lição (supostamente póstuma) que será dada às demais pessoas:

— *Quando eu estiver dentro do meu caixão, verei se vocês estarão chorando por mim!* – é a tônica didática de tantos bilhetes de adeus de suicidas.

É bastante compreensível que nos sintamos menos desamparados (ou que sintamos um menor desamparo de nossos entes queridos) quando concedemos maiores reflexões ao gesto supostamente deliberado de um suicida, cujos existenciais ou “projeto de vida” ou “trajetória de vida” julgamos então compreender como a

desembocadura num ápice trágico. Uma tragédia de alguma forma previsível e, portanto, racionalmente controlável. Já essa tão imensamente incômoda sensação de desamparo e de imprevisibilidade nos acomete mais quando nos deparamos com aquelas situações do morrer em decorrência de uma bala perdida no anonimato de um tiroteio de rua. Ou, ainda como exemplo, do morrer por uma tola queda acidental da maca de um pronto-socorro de hospital-geral – após o mesmo paciente ter sido bravamente salvo, pela equipe médica, de uma gravíssima insuficiência cardíaca.

O estado de *estupor melancólico* parece ser a expressão clínica da mais intensa possibilidade do sujeito de seu ego se identificar ao objeto perdido, na pessoa melancólica.

A tentativa de suicídio deve ter lugar, então, num momento de uma menor pressão interna da pulsão de morte – o que talvez nos permita compreender melhor o empenho de premeditação e de cálculo que a circundam, uma vez que (como se sabe) não há representação da morte do eu próprio, no inconsciente. E, conforme Freud (1917: 1.075-1.082), os combates inconscientes isolados que se travam ao redor do objeto, na melancolia, são entre o amor – tentando evitar o desligamento da libido, e o ódio – visando desligá-la.

A vitória do ódio ocorreria no *estupor melancólico*, em que então haveria uma proximidade maior do estado de desligar a libido do objeto odiado – donde então a mania triunfal ou a melhora clínica do quadro melancólico que geralmente se lhe seguem. Já na tentativa de suicídio do melancólico, Eros ainda predomina, com o objeto odiado introjetado ainda confundido com o ego – o que faz parecer ao sujeito que este é objeto que ele vai assassinar de vez. Como uma pessoa que quisesse agredir outra através de uma porta de vidro transparente, imperceptível no calor da briga, e que logra apenas ferir seus próprios punhos.

Karl Abraham (1911), investigando a psicose maníaco-depressiva, considera a inibição mental como o “traço cardeal” das depressões, sendo ela a manifestação da tendência auto-erótica desses pacientes. Ele considera que essa inibição também pode servir a outras tendências inconscientes:

Refiro-me em particular à tendência a uma “negação da vida”. Em especial os mais altos graus de inibição, como o estupor depressivo, representam uma morte simbólica. O paciente não reage nem sequer frente à aplicação de fortes estímulos externos, como se já não estivesse vivo (p. 112).

Mas a inibição geral não pode ser tomada como “sintoma”, como veremos mais à frente; ela sempre indica uma restrição da libido utilizada pelo ego e poderá inclusive surgir na evolução e aprofundamento dos próprios estados maníacos. Por outro lado, se considerarmos o afluxo de medicamentos antidepressivos ao organismo do melancólico ou do maníaco (mesmo se ambos em estado de estupor)

funcionando como “fortes estímulos externos” aplicados nesse paciente, iremos perceber que, via de regra, ele então reagirá a tais estímulos – desde que o sujeito desse paciente reconheça como grandes perigos as fortíssimas mobilizações pulsionais que a partir dessa estimulação orgânica poderão ocorrer em seu aparelho psíquico.

Fixemos mais, por enquanto, a “morte simbólica” de que nos fala Karl Abraham; talvez melhor, se em lugar de “morte simbólica” pudermos dizer “morte encenada” – como discutiremos mais adiante.

O gesto que parece visar o auto-extermínio deve compor uma espécie de encenação do sacrifício do objeto odiado, com o qual o eu se identificou e que conta com a certeza de uma posteridade que testemunhará o regozijo pela vitória vingativa contra o objeto então destruído (como na mania).

Isso deve ocorrer como nas mortes ditas heróicas, tal como Freud (1915) as situa quando discorre sobre nos conduzirmos – em nosso inconsciente – como se fôssemos imortais; tal será *o segredo do heroísmo*, conforme ele diz:

O fundamento racional do heroísmo reside no juízo de que a vida pessoal não pode ser tão valiosa como certos bens abstratos e universais. Mas no meu entender, o que mais freqüentemente ocorre é que o heroísmo instintivo e impulsivo dispensa tal motivação e afronta o perigo simplesmente dizendo a si mesmo: *Nada poderá me acontecer* (pp. 1.094-1.108).

36

Tal parece ser a disposição íntima para o suicídio em geral, sendo talvez mais aceitável essa idéia se nos lembrarmos do estado de enlevo e mesmo de euforia em suicídios coletivos de algumas seitas religiosas, em que não percebemos quaisquer traços melancólicos.

Mais uma vez é a histérica quem nos ensina – ela não se cansa de nos ensinar – que as tentativas de suicídio podem bem fracassar: é como quando de sua chegada, ainda viva, ao pronto-socorro – após uma ingestão excessiva de substâncias potencialmente fatais. Nessa situação, ela consegue irritar o sonolento médico plantonista pela precisão com que parece calcular, cronometricamente, o momento da chegada de pessoas que a poderão acudir. E ainda pela precisão matemática da dosagem levemente abaixo da letal que via de regra ela ingere:

— *Essa não foi uma tentativa de suicídio pra valer...!* – é o desabafo irritado do médico socorrista, no hospital-geral.

A tentativa do melancólico, nesse sentido, também *não é pra valer*: é como se também ele, inconscientemente, nutrisse a inabalável certeza de que sempre será salvo no último instante. Quando logra obter a morte definitiva do sujeito conseqüente à morte de seu corpo, isso certamente se dá como um equívoco – um trágico equívoco, sem dúvida.

O estado de *estupor melancólico*, este sim, parece ser a expressão clínica da mais intensa possibilidade, no sujeito, de seu ego se identificar ao objeto perdido – na pessoa melancólica.

No *estupor melancólico* deve ocorrer a pressão mais intensa possível – para aquele sujeito e naquela época – da sua pulsão de morte, voltada para o seu interior; ela então viria silenciar as lamentações tristíssimas e inibir ainda mais a própria lentidão motora do melancólico; isso talvez seja mais condizente com o “verdadeiro culto da pulsão de morte” se compararmos esse estado à vivacidade da preparação e do movimento em prol do planejamento de um suicídio ruidoso, com carta de despedida e outras circunstâncias aparatosas.

O estupor me parece bem mais próximo do abandono silencioso contido na idéia de Nirvana (de um estado no qual haveria a ausência completa de motivações); o retorno ao inanimado, ao anorgânico, parece aqui bem melhor caracterizado do que na presença de investimentos energéticos em escolhas, deliberações e atitudes que o suicida pretende que sejam sobre o morrer do eu próprio.

É bom lembrar, ainda, que no estado de completo abandono do estupor, a pessoa fica entregue às conseqüências da inanição, da desidratação e das infecções que lhes são correlatas; fica, também, entregue sem reação às agressões físicas dos rigores da Natureza, dos acidentes do dia-a-dia e da destrutividade das demais pessoas. No leito ou no chão, o que a difere de um cadáver são quase só os curtos movimentos respiratórios e o olhar insone de quem não pode sonhar.

Como a Clorinda da epopéia *Jerusalém libertada*, de Tasso, que Freud situa como uma exposição poética das suas considerações sobre a compulsão de repetição determinando o destino das pessoas (“Além do princípio do prazer”, 1920). Depois de se fazer matar em combate pela espada de seu amado, o herói Tancredo, ela depois ainda retorna para novamente ser morta por ele – na forma de uma árvore que sangra quando ele inopinadamente a abate – aí, “.. surge a voz de Clorinda, acusando-o de haver novamente ferido sua amada” (pp. 1.087-1.125).

É como se Clorinda então não morresse *pra valer* no combate com Tancredo, deixando-se morrer *de verdade* somente à sua maneira, na forma de uma imóvel e silenciosa árvore, perdida no frio abandono de um bosque petrificado.

Seriam diversos do melancólico os mecanismos psíquicos do *estupor maníaco*?

Sabemos que a inibição, de acordo com Freud (1926), “... é a expressão de uma *restrição funcional do eu*...” conseqüente a diversas causas possíveis; dentre estas, sobressai aqui o que ele denomina como um “empobrecimento de energia” do eu:

Quando o eu se encontra absorto por um trabalho de especial gravidade, como o luto, uma grande depressão afetiva (...), sua energia disponível se empobrece tan-

to que ele se vê obrigado a restringir seu gasto em muitos lugares, de forma semelhante a um especulador que tem o seu dinheiro imobilizado em suas empresas (p. 11).

No tratado de psiquiatria dos ingleses Eliot Slater e Martin Roth (1972), discípulos de Mayer-Gross, encontramos sobre o assunto o mesmo que já observei em minha prática clínica: tão logo saídos dessa fase, os pacientes mencionam um tão acelerado suceder de imagens, sons e idéias que se sentiam impedidos. de falar ou de agir diante dessa vertigem:

... o *estupor maníaco*, no qual o paciente permanece quieto, calado e inacessível, mas a expressão facial é de animação. Posteriormente, já restabelecido, o paciente poderá relatar que sua mente estava repleta de um constante turbilhão de corrente de idéias, que preenchiam de tal modo sua consciência que ele era incapaz de reagir a qualquer outra coisa (p. 226).

Essa impressão de um turbilhão de idéias (mais apropriadamente, um turbilhão de objetos) também me ficou de Guilherme,* um paciente em franca mania que atendi num hospital-geral e que desenvolveu um quadro de *estupor maníaco*.

Guilherme era um paciente internado na Clínica Ortopédica, por fratura simples de perna esquerda; tinha sofrido queda acidental de uma cadeira, onde estava a discursar (para familiares e vizinhos) sobre suas virtudes como candidato a deputado – mesmo sem sê-lo.

Com 46 anos de idade, há aproximadamente dez não conseguia manter o exercício contínuo de sua profissão de representante de vendas de aparelhos eletrodomésticos em virtude da psicose: fora-lhe diagnosticada psicose maníaco-depressiva, unipolar para mania. E a cada seis meses, aproximadamente, começava a tornar-se loquaz, mais alegre e mais falante que o habitual; passava a não conseguir conciliar o sono, a se alimentar em demasia, a querer aumentar desmesuradamente suas vendas e a brincar com as pessoas – inclusive com desconhecidos, na rua.

Seu estado de exaltação tinha chegado – como nesta internação – a um ponto de difícilíssimo convívio familiar; julgava-se apto a todas as atividades que se mencionasse perto dele, inclusive a de “político”, que era o assunto da ocasião em sua casa. Daí a discursar sobre sua “candidatura”, mesmo desconhecendo os passos e caminhos da vida pública, era um passo.

O serviço de interconsultoria médico-psicológica que eu dirigia havia sido convocado para acudir sua grande excitação, que chegava à agitação psicomotora:

* Caso clínico (modificado) que consta de minha Dissertação de Mestrado, *A psicanálise no Hospital-Geral*. São Paulo, PUC-SP, 1995; pp. 183-190.

andava de um lado para o outro nos corredores e quartos, conversava alegre e interminavelmente com pacientes e funcionários; não permitia, inclusive, que o gesso secasse em sua perna fraturada.

O médico psiquiatra residente, em plantão na noite anterior, tinha sido chamado a atendê-lo; ninguém conseguira dormir na enfermaria onde Guilherme se encontrava. Ele tinha passado essa e outras noites contando piadas e fazendo brincadeiras sem cessar e enraivecendo caso alguém lhe opusesse frontalmente alguma restrição à sua conduta.

Lendo o relatório do plantonista, entendi que este o encontrara de madrugada, no quarto de outros pacientes (acamados), a falar entusiasticamente sobre “as mulheres”; não parecia perturbado com o fato de já não mais contar com a simpatia de seus ouvintes sonolentos:

— *“Seu” Guilherme, por favor, já são três horas da madrugada!*

E ele, imitando a continência e a voz de um sentinela militar, finalmente conseguiu arrancar risadas dos demais pacientes:

— *São três horas e está tuuuuuuudo beeeem!*

Ele não conseguia e parecia não querer dormir; sua pressão arterial se elevava, no período de internação. O pulso era acelerado e ele mal ingeria qualquer alimento; às refeições, exaltado, caçoava com humor do “gosto de isopor” da comida hospitalar e, zombeteiro, imitava os gestos dos pacientes engessados que não conseguiam usar adequadamente seus talheres.

Ele também tentava mudar alguns pacientes de leito, retirando seus aparelhos ortopédicos; e o pessoal de enfermagem tinha de demovê-lo dessas empreitadas:

— *Como, “seu” Guilherme, o senhor vai tirar o fulano do aparelho fixador?!*

— *Ah, eu achei que é melhor ele ficar ali na ponta, mais perto do sol!*

Mesmo tendo sido medicado pela psiquiatra de nossa equipe com uma droga “anti-mania” e com um neuroléptico, Guilherme continuava eufórico; na verdade, penso que ele nem ingeria a maior parte dos medicamentos:

— *Querem que eu tome remédio pra ficar triste, né? Pois vão dar esse remédio pra vovozinha!* – bradava o paciente.

Mas sua ira durava pouco e às vezes pouquíssimo tempo; logo em seguida, já brincava:

— *Já pensou, uma vovozinha tomando esses comprimidos, sem dente nenhum na boca?!* – arrematou ele, numa comicidade irresistível, ao imitar uma pessoa idosa e desdentada tentando (sem sucesso) ingerir comprimidos.

Nessa infatigável exaltação de ânimo, Guilherme foi rapidamente evoluindo numa euforia cada vez maior; suas frases se tornaram quase incompreensíveis, de tão velozes e faladas com uma voz já bem rouca pelo excesso. Tinha se tornado facilmente irritável, pela sucessão mais acelerada dos afazeres que abraçava e que

assim passavam a esbarrar ainda mais com as atividades das outras pessoas do hospital: ele corria para ajudar em curativos nos demais pacientes, logo se desviava disso e tentava cantar ou discursar para eles, mas procurava em vez disso contar piadas e assim se ocupava quase de forma ininterrupta.

Mas ele chegou subitamente ao estupor: inteiramente imóvel em seu leito, tinha de ser alimentado por sonda nasogástrica. Ficava em profundo silêncio e quase nem respondia ao que lhe era perguntado, mesmo com muita insistência.

Esse período de estupor permitiu que eu cogitasse em tentar uma abordagem psicoterápica em Guilherme. Ele falava pouquíssimas palavras; mantinha um sorriso fixo e um brilho no olhar que também me levariam, por diversas vezes, ao desejo de desistir dessa tentativa. Ele dizia algumas vezes:

— *Eu estou tonto... o tempo não pára de passar desse jeito!*

— *Guilherme, é o Rubens que está aqui do seu lado.*

— *Guilherme passou... Rubens passou... não dá tempo de fazer nada!*

Não parecia haver sofrimento em sua voz, mas antes uma espécie de encantamento ou fascinação. Como uma criança deslumbrada na montanha-russa de um parque de diversões; também como uma criança nessa circunstância, Guilherme vivia alguns momentos em que sua expressão denotava muito medo.

Ele me dizia, depois do período de estupor, que era como se “*tudo passasse sem parar*”, à sua frente, com muita cor nas imagens e os sons todos “*no volume máximo*”.

— *Não dá... não dá pra parar!*

O que lhe era percebido como uma sucessão vertiginosa de eventos da realidade externa era referida por ele como uma rapidez espantosa da passagem do tempo; Guilherme falava das “*coisas passando*” e do “*tempo passando*” como significando uma única sensação atordoante.

Suponho que o ego, num esforço máximo para distinguir o objeto odiado de si, torne todos os objetos perceptíveis maximamente cambiáveis; ainda mais intensamente que no estado de euforia, aqui no estado de *estupor maníaco* deve ocorrer a vitória suprema sobre “*todos*” os objetos. Desfilando mais e mais objetos desprezados perante sua glória, o ego tenta incluir o objeto perdido nesse cortejo enorme e submisso.

Durante os dias que durou o estupor, nas poucas vezes em que conseguia falar comigo, Guilherme balbuciava palavras sem qualquer seqüência lógica:

— *A barba... garrafa... carinha linda da enfermeira... copo engraçado... vamos brincar!* – e prosseguia, até ficar novamente quieto e com o olhar perplexo. Tentando compreender o que ele dizia, julguei perceber que tentava captar “*todos*” os eventos da realidade externa – ou melhor, o estado de *estupor maníaco* deve ser o que pode existir de mais próximo possível dessa quimera impensável. Ele se referia à minha barba, à garrafa no criado-mudo, ao rosto da enfermeira à porta do

quarto, a um copo grande nas mãos da enfermeira e assim por diante. Numa interminável montanha-russa do assim por diante...

Inversamente ao melancólico em seu estupor, que luta arremessando todas as suas hordas assassinas contra o objeto então finalmente desidentificado com seu ego, o maníaco parece desenvolver seu estupor para aumentar ao máximo que lhe é possível a sofreguidão de objetos candidatos à sua eleição amorosa; os escolhidos serão aqueles que sobreviverem à chacina generalizada de todos os demais. Essa derrocada será promovida pelas mesmas tropas implacáveis que o melancólico convocara – desfalcadas, é certo, dos contingentes estafados na luta sem trégua para erguer o ego acima dos restos dilacerados do objeto que o ensombrecia.

Também no *estupor maníaco* deve ocorrer a máxima pressão da pulsão de morte voltada para o interior do sujeito, para aquela pessoa e naquele período: concentrando todos os investimentos energéticos que lhe são acessíveis, como se desprende da imobilidade física conseqüente ao esvaziamento de libido do aparelho locomotor. Também ele está atacando com sua máxima violência todos os objetos disponíveis à sua percepção – de resto tão amplificada como num caleidoscópio gigante. No seu estupor, é como se o caleidoscópio fosse girado a toda velocidade e as formas e cores então se embaralhassem: o sujeito destrói ainda mais esses objetos todos, multiplicados que foram ao máximo do paroxismo, ao mesmo tempo em que vai iniciando o investimento de novos objetos.

Os investimentos libidinais que ele então faz nos novos objetos exigiram um esvaziamento relativo do imenso investimento que fizera em seu próprio ego, ao mesmo tempo em que o diminuto superego vai então reabsorvendo energias e retomando suas dimensões anteriores. Mas essa absorção de libido pelo superego se faria por uma renúncia do ego, que finalmente recorrerá ao aspecto protetor dessa outra instância – como as crianças que, após muitas brincadeiras e travessuras, buscam aflitivamente os limites asseguradores da própria reprimenda e até o castigo imposto pelos seus pais.

Mas esses “novos objetos” compreendem, na verdade, “velhos” e prévios objetos em que o sujeito simplesmente refaz os seus investimentos; afinal, tanto o paciente melancólico como o maníaco costumam sair de seus estupores (ou de seus episódios psicóticos) em estado reconhecível como o seu estado normal ou como o seu próprio estado psíquico anterior ao episódio.

Não poderíamos mesmo supor que esses movimentos ocorressem mecanicamente, pois é preciso lembrar que estamos num estado regressivo e que tanto na melancolia como na mania (e com o que devem ser seus ápices nos respectivos estupores), assistimos a dramáticos movimentos narcísicos que se nos tornam compreensíveis como recolhimento e abandono extremos do sujeito – tanto um como outro devendo, ao fim, culminar na imobilidade de um frio hibernal. Esse embalsa-

mamento gélido que, tão precariamente, vem socorrer *in extremis* um ego que se ia despedaçando.

A propósito dessas imagens, que podem fazer lembrar o simples recolhimento protetor da hibernação (que ocorre em alguns animais no inverno, como por exemplo no urso), me parecem mais adequadas a uma idéia evocativa das inibições gerais da melancolia ou à própria depressão em si – pois não se pode perceber tais imagens como sugerindo eficazmente o calor da violência e a enormidade dos conflitos psíquicos postos em jogo nos mecanismos inconscientes melancólicos.

Se os novos investimentos do paciente em remissão de seu episódio melancólico ou maníaco fossem efetivamente novos – ou ao menos se eles pudessem ser percebidos por ele ou por nós como novos, como tantas vezes sucede no final de períodos de elaboração “normal” do luto – se esse mesmo paciente não repetisse as mesmas falas do episódio anterior ao novamente desabar em mais um episódio melancólico, poderíamos supor uma penosíssima melhora psíquica advinda desse processo psíquico do episódio psicótico. Mas não parece ser o que ocorre; na psiquiatria clínica anterior aos medicamentos antidepressivos, Bleuler chega a se exasperar com a semelhança dos episódios melancólicos ou maníacos, ao longo do tempo, nos mesmos pacientes:

42

Os doentes costumam expressar em cada depressão as mesmas idéias de pecado e em cada mania as mesmas idéias megalomânicas junto com as mesmas piadas (Bleuler, 1985: 331).

Nessa altura das minhas considerações, é muitíssimo interessante a noção de “reliquia”, tal como ela nos é apresentada por Pierre Fédida (1999): fragmento peculiaríssimo daquilo que morreu, esse objeto de um culto privado mantém viva a ilusão de se poder burlar uma intolerável separação definitiva do objeto amado. Ou, dito de outra forma, mantém a imagem desse objeto dentro do que é possível experimentá-lo como perdido para sempre.

Nem talismã, nem fetiche, a reliquia atesta entretanto – apoiando-se na prova da realidade – que apesar de um *saber* sobre a separação, é preciso *acreditar* que alguma coisa subsiste (pp. 51-59).

Lembre-mos de que a criança também tem suas “reliquias” e que elas naturalmente diferem das dos adultos: são os seus “tesourinhos” privados, muito diversos dos seus brinquedos e servindo como objetos de um culto pessoal e não compartilhável com quem quer que seja. Ela os admira de quando em quando, com solenidade respeitosa, e volta a guardá-los ou escondê-los em local que lhe pareça ao abrigo de mãos e de olhos alheios.

Quando a criança dispõe de alguma liberdade para tanto, é bastante sensível a natureza exclusivamente pessoal e intransferível dessas reliquias; Tom Sawyer (s/d.), por exemplo, é um menino retratado como guardião e possuidor de

... um pedaço de vidro azul de garrafa, pelo qual se podiam ver as coisas, um carretel de linha, uma chave com a qual podia abrir o que quer que fosse (...), um gatinho com um olho só, uma maçaneta de latão, uma coleira de cachorro –, mas não o cachorro – o punho de uma faca, quatro pedaços de casca de laranja e um pedaço de cortina velha de janela (p. 21).

Assim pensando, só podemos concluir que o objeto perdido do melancólico/maníaco será certamente um “objeto-relíquia de criança”; não digo objeto-relíquia infantil, pois talvez possamos considerar todo objeto-relíquia como pertencendo à ordem do infantil, da onipotência que se recusa a se curvar ao princípio de realidade.

A propósito, todos os tratadistas da psiquiatria clínica consideraram a psicose maníaco-depressiva como não tendo fatores “reais” desencadeantes ou causadores dos episódios, em contraste com a chamada depressão reativa (e não-psicótica), na qual o paciente, o psiquiatra e os familiares do doente reconhecem uma ou algumas causas: falecimento de entes queridos, grandes prejuízos financeiros, perda de emprego etc. Já os familiares do paciente psicótico maníaco-depressivo costumam até se indignar com ele, por perceberem essa independência que seus episódios psicóticos têm em relação às tristezas e às alegrias reconhecidas (eu diria consagradas) como fazendo parte da vida pessoal e coletiva:

— *Doutor, eu não quero odiar meu marido, mas por que quando nossa filha morreu ele não ficou tão triste como agora?! –* confidenciou-me, transtornada, a esposa de um paciente psicótico quando de sua internação por um episódio melancólico grave.

A alegria pela entrada de um filho na faculdade ou por uma cobiçada promoção na carreira profissional também é muito pálida se comparada ao fulgor eufórico de um episódio maníaco – na mesma pessoa. Os familiares e amigos, naturalmente, costumam perceber essas discrepâncias de humor e se ressentem muito com elas.

Talvez possamos então considerar o estupor (melancólico ou maníaco) como *um mesmo ponto extremo* dos dois estados clínicos (melancolia e mania), um estado ao qual todos esses pacientes “deveriam” chegar na evolução e resolução de seus episódios psicóticos. Haverão assim períodos estuporosos que tenham a duração de umas poucas horas e que passem despercebidos do observador externo, ou que sobrevenham a esses pacientes durante seu sono e se decidam nos próprios embates dos seus sonhos? Parece que sim, pois o próprio Kraepelin (1883) nos assinala que a “transformação” de um período mórbido em outro, na psicose maníaco-depressiva, pode ocorrer subitamente e *no decurso de uma única noite* (p. 469).

Podemos então imaginar que a independência em relação ao objeto externo exija um preço alto demais do ego do melancólico/maníaco, uma vez que é preci-

samente ele quem deveria manter atentos e vigilantes os contatos do sujeito com sua realidade externa.

Digamos que tanto no *estupor melancólico como no maníaco* não estejamos diante de momentos de um funcionamento psíquico que se chamaria de eficaz contra as perdas que o sujeito venha a sofrer – como se pode supor dos estados de luto dito normal; lembrando da comparação que Karl Abraham (1970: 44-46) faz do maníaco com uma criança de cinco anos de idade, por sua perda de lógica no discurso (com a “salada de palavras”) e por suas jactâncias sobre seu poder, talvez possamos assemelhar o estupor melancólico à imobilidade triste que acomete a criança de quatro ou cinco anos de idade, quando em sua festa de aniversário ela ganha muitos presentes – mas que não pode brincar com seu favorito porque, instada pelos pais, tem de emprestá-lo para um amiguinho. Se essa imagem for adequada, o estupor maníaco será comparável à imobilidade fascinada dessa mesma criança, tendo então que escolher um outro brinquedo e já se voltando para os tantos que ganhou: ainda não consegue escolher um deles como o mais atraente, na impossibilidade aturdida de brincar com todos ao mesmo tempo. Tenho notícia de crianças que, na ausência dos pais (ou seus substitutos) chegam efetivamente a destruir todos os presentes que ganharam no dia do aniversário.

Costuma irritar os adultos não tanto a observação de que essa criança aniversariante queira todos os brinquedos somente para si própria, mas a constatação de que ela queira todos eles simultaneamente e sem poder acreditar num momento posterior de aproveitá-los um a um:

— *Ela prefere quebrar o brinquedo a deixar que o irmãozinho brinque com ele!* – desdenha a mãe.

Essas lutas íntimas da criança obviamente constituem suas aquisições de tolerância diante das frustrações, mas chama nossa atenção que os seus “tesourinhos” ou relíquias de criança certamente cumprem a função de colocar seus objetos internos amados a salvo das interferências da realidade exterior.

O próprio funcionamento psíquico no *estupor melancólico*, então, pode ser compreendido como uma das sempre solitárias visitas da criança ao seu “tesourinho”; basta que nos lembremos da descrição que Freud (1917) faz das tendências sádicas e de ódio dirigidas ao objeto, mas retraídas ao ego, no melancólico – em que o doente chega a

... conseguir sua vingança dos objetos primitivos por um caminho indireto e a atormentar aos que ama, por meio da doença, depois de haver-se nela refugiado para não ter que mostrar-lhes diretamente sua hostilidade (p. 1.079).

Esse caminho indireto, que visa não exhibir diretamente a hostilidade, é aqui compreendido como uma espécie de encenação; o temor às pessoas que o melancólico ama e das quais visa ocultar sua hostilidade fica então compreensível em

termos regressivos: dentro da estrita esfera dos temores da criança perante os adultos, essas criaturas muitíssimo mais poderosas que ela.

A visita ao “tesourinho” tem, forçosamente, essa mesma tonalidade hostil: é como se todos os objetos externos fossem, miraculosamente, esmigalhados e de imediato já refundidos na caldeira fervente dos imutáveis componentes desse relicário de criança.

No *estupor maníaco*, também podemos supor a romaria de visita ao “tesourinho”: como se os objetos externos que insistissem em resistir à verdadeira reciclagem mágica efetuada pelo relicário devessem ser passados em rapidíssima revista – mas apenas para de antemão já serem descartados, como incomparavelmente desprezíveis, quando cotejados com os próprios baluartes do relicário.

A interrupção aleatória do medicamento antidepressivo, “antimania” ou estabilizador do humor pelo próprio paciente, sem muitas considerações pelas advertências do psiquiatra que o receitou; também a circunstância socioeconômica de uma internação hospitalar parecer mais adequada e mais conveniente para os familiares do paciente psicótico do que mantê-lo em casa; e ainda a falta de funcionários de enfermagem em número suficiente, para que o paciente melancólico ou maníaco internado efetivamente faça uso adequado da medicação prescrita; estas são apenas algumas das tantas contingências de atendimento médico no Brasil – e que muito mais dificilmente teriam lugar nos centros urbanos da Europa civilizada. Como se pode depreender do caso clínico que esbocei aqui, essas contingências infelizes também podem, de forma surpreendente, propiciar observações importantíssimas sobre esses pacientes.

Como afirmei no início deste trabalho, tais idéias foram por mim elaboradas a partir de uma carta escrita há dois anos para uma psicanalista em terras francesas; mas aqui de onde escrevo ainda é o Novo Mundo, com percalços e virtudes diferentes das de uma Europa tão superdesenvolvida: além da rudeza, o traço *sauvage* do espírito brasileiro ainda pode trazer, mesmo hoje em dia, um inesperado e inebriante cheiro de doce de abóbora sendo cozido no tacho por uma cabocla velha e bondosa.

Referências Bibliográficas

- ABAHAM, Karl (1911). Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalíticos de la locura maníaco-depresiva y condiciones asociadas. In *Psicoanálisis clínico*. Versión castellana de Daniel Ricardo Wagner. Buenos Aires: Hormé, 1980. [Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalíticos da psicose maníaco-depressiva e estados Afins. In *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter*

- e o desenvolvimento da libido. Trad. de Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1970].
- BLEULER, Eugen (1943). *Psiquiatria*. Trad. de Eva Nick. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- FÉDIDA, Pierre. *A relíquia e o trabalho do luto*. In *Depressão*. Trad. de Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 1999.
- FREUD, Sigmund (1915). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. In *Obras completas*. Trad. de Luís Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1968. v. 2.
- _____ (1917). *La aflicción y la melancolia*. In Op. cit. v. 1.
- _____ (1920). Mas alla del principio del placer. In Op. cit. v. 1.
- _____ (1926). Inibición, síntoma y angustia. In *Obras Completas*. Trad. de Luis López-Ballesteros y de Torres. Buenos Aires: Santiago Rueda. v. 11.
- HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JONES, Ernest. *Hamlet e o complexo de Édipo*. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar.
- KRAEPELIN, Emil (1883). *Trattato di psichiatria*. Traduzione per Guido Guidi. Milão: Dottor Francesco Vallardi, s/d. v. II.
- LITTRE, É. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1886.
- MAYER-GROSS, Willy; SLATER, Eliot & ROTH, Martin (1969). *Psiquiatria clínica*. Trad. de Clóvis Martins Filho e Hilda Rosa. São Paulo: Mestre Jou, 1972. v. 1.
- TWAIN, Mark. *As aventuras de Tom Sawyer*. Trad. de José Maria Machado. São Paulo: Edigraf, s/d.

Resumos

El estupor melancólico y el estupor maníaco son cuadros clínicos de las mas completas apatía i inhibición motora, hoy se volveran raros debido a las intervenciones psiquiátricas. Ellos suelen corresponder a los puntos de máxima presión posible de la pulsión de muerte: dirigida, respectivamente, contra el próprio Yo y contra los objetos - en aquel período de su vida. Sendo entonces el estado clínico del punto intransponible de toda melancolia y de toda mania, estos dos estupores deben componer un verdadero Nexo perdido entre la melancolia y la mania, para la psicoanálisis.

Se la relíquia de Pierre Férida es, en el duelo, el fragmento de permanencia de lo que murió, el autor propone la romería del sujeto al suyo tesoro de niño como una imagen regresiva apropiada a la melancolia y a la mania.

Palabras llave: Psicoanálisis, psiquiatría, melancolia, mania

Le saisissement mélancolique et le saisissement maniaque son cadres cliniques de les plus complètes apathie et inhibition moteur, aujourd'hui devenues rares dû aux interventions psychiatriques. Ils ressemblent correspondre aux points de la plus grand pression possible de la pulsion de mort: dirigée, respectivement, contre le propre Moi et contre les objets — dans ces sujet et période de sa vie. Étant, alors, l'état clinique du point intraversable de tout mélancolie et de tout manie, ces deux saisissements doivent composer un véritable Maille perdue entre la mélancolie et la manie pour la psychanalyse.

Si la relique de Pierre Fédida est, dans le deuil, le fragment de permanence de ce que est mort, l'auteur offre la pèlerinage du sujet a son petit trésor d'enfant comme une image régressif approprié a la mélancolie et a la manie.

Mots clés: Psychanalyse, psychiatrie, mélancolie, manie

The melancholic stupor and the maniac stupor are clinical diagnosis of the more complete apathy and motor inhibition, now became rare on account of psychiatric interventions. They seem to correspond to the top-pressure points of the bass instinct: this pressure is directed, respectively, against the very ego and against the objects – in that subject and that period of its life. In the condition of the clinical state of the insurmountable point of all the melancholy and all the mania, these two stupors will compose a real Lost Link between the melancholy and the mania for the psychoanalysis.

If the Pierre Fedida's relic is, in the mourning, the fragment of permanence of what is dead, the Author proposes the pilrimage of the subject to the little tresor of its childhood as a regressive image appropriate to melancholy and to mania.

Key words: Psychoanalysis, psychiatry, melancholy, mania