

NEUROSE MANÍACO-DEPRESSIVA*

Izabel Cristina Borba Pedreira

O trabalho de entrevistas com pacientes, desenvolvido em Centros de Saúde Mental em Salvador-Ba, do qual participo como assistente/escuta, tem suscitado interrogações sobre os diagnósticos e, embora, a questão diagnóstica não constitua o objetivo dessas entrevistas, às vezes - como nomeação - pode determinar um destino. Sob o rótulo de *Psicose Maníaco Depressiva*¹, por exemplo, emerge com frequência um discurso neurótico, histérico. Essas entrevistas são realizadas a partir de referenciais psicanalíticos e apresentam, para mim, indícios de que o que se rotula como PMD na psiquiatria, não corresponde – talvez – ao que se define como psicose para a psicanálise a partir de Lacan.

A Psicose Maníaco-Depressiva nos livros de psiquiatria é descrita como *distúrbios afetivos*,

“denominação aplicada a um grupo de doenças mentais que apresenta uma alteração primária da afetividade, da qual, de uma forma ou de outra parecem decorrer todos os demais sintomas. O tom afetivo é de tipo especial, variando entre os pólos da alegria e da tristeza. Kraepelin, a definiu como loucura maníaco-depressiva. A doença tem uma segunda característica: periodicidade. Nos casos típicos, há exaltação ou depressão do humor alternando-se com intervalos de completa normalidade. A capacidade de recuperação do episódio, sem prejuízo da integridade mental, é a terceira característica da doença”. (*Mayer-Gross*).

Parece que, diversamente da esquizofrenia, que desorganiza e prejudica – segundo a psiquiatria – a personalidade do sujeito, desagregando-a irreversivelmente, na PMD após cada período de alteração da afetividade, a personalidade volta ao seu estado normal porque não houve desagregação e, sim, circunstancial alteração.

* Publicado nas Atas da *Reunião Lacanoamericana de Psicanálise de Porto Alegre*. 1993.

¹ Atualmente, de acordo com a classificação de doenças mentais – DSM IV – o nome *Psicose Maníaco Depressiva* foi substituído por *Transtornos Bipolares*.

Poder-se-ia até dizer que, quem padece de depressão e mania alternadamente, não é psicótico, mas está psicótico.

Como pode uma estrutura "estar", em algum momento, psicótica e, em outro, "normal", neurótica?

Kraepelin afirma:

“Estamos ainda perfeitamente no escuro sobre a patogênese da loucura maníaco-depressiva. Tanto a repetição frequente dos acessos como a particular alteração da excitação e da depressão, são fatos absolutamente enigmáticos”.

Poderia fazer aqui uma série de referências aos clássicos da psiquiatria que ratificam a afirmação de Kraepelin. Também autores contemporâneos continuam sustentando a obscuridade do conceito da PMD.

Para Lacan, diversamente de Freud, a psicose é uma estrutura, ou seja, não é continuação da neurose. É uma forma de organização psíquica que foraclui, ausenta definitivamente a função paterna. Portanto, não pode haver alternância de estrutura.

Se um sujeito foraclui a metáfora paterna, organizará seu discurso através de certezas delirantes, condição da metonímica forma de contornar essa falta impossível de ser simbolizada.

Então como alguém pode passar períodos com essas características estruturais e outros em que o significante da falta está reprimido, mas está?

Para Freud, tristeza-luto, aflição (*Trauer*) não é o mesmo que melancolia. Ambos são estados dolorosos que sofrem a perda do objeto amado, A diferença entre esses dois estados é que, na melancolia, o objeto é mais idealizado. O melancólico sabe da perda, mas não sabe, reprime, o que dele se foi junto com o objeto perdido.

É interessante observar que a descrição da fase depressiva para a psiquiatria, em geral, se assemelha à definição de luto para Freud, embora, seja utilizado o termo melancolia como sinônimo de depressão, sendo sua causa de origem endógena.

O que seria a esse "endógeno"? Teria acaso o mesmo conteúdo do quadro melancólico freudiano? ou da descrição que ele faz do luto, embora não tenha havido nenhuma perda na realidade?

Porque se o *PMD não padece de uma deterioração mental progressiva*, se no quadro depressivo *aparecem síndromes histeriformes: crises de pranto, desmaios, vertigens* (Bleuler), isso implica uma abrangência sintomática tão vasta que conduz, certamente, a um nó, a um leque de possibilidades diagnósticas.

Se pensarmos a fase depressiva de uma perspectiva da melancolia freudiana, a melancolia é efeito de um conflito entre o eu e o superou, como está dito no seu artigo *Neurose e Psicose*, diversamente das psicoses, onde o conflito é entre o eu e mundo exterior. Isso quer dizer que se o supereu está instalado, há Édipo; e se há Édipo, a função paterna de alguma maneira foi cumprida; não é à toa que Freud situa a melancolia à parte, não só das neuroses de transferência, mas também das psicoses.

De que maneira essa operação ocorre e produz seus efeitos? Vista como um efeito da escolha narcisista de objeto, ou seja, há escolha e há objeto.

Se lembrarmos de *Pulsões e seus Destinos*, podemos lembrar, também, que o eu é constitutivamente saudoso, nostálgico daquela época em que se bastava, em que era seu próprio objeto de prazer e não abandona, radicalmente, esse lugar nunca.

Essa melancolia e sempre presente nostalgia, implica um disfarçado retorno sob a forma de queixa-lamento, a esse inesquecível lugar. A variação aí instalada é que esse retorno ocorre sob a via da identificação com o objeto perdido. Também com as neuroses de transferência, outros disfarces sintomáticos favorecem a utilização de objetos de identificação, ou seja, com maior ou menor fixação, qualquer sintoma está articulado com o Eu Ideal.

O que acredito importante sublinhar a esse respeito é que, embora seja no eu, há um objeto. Poderíamos dizer, significativa, quer dizer, a questão não é falta de significativa – sua forclusão – mas de incapacidade de substituição de um significativo

presente. Presente até demais. Não há forclusão. É verdade, há perda no real, mas a insistência significativa busca nomear o objeto como perdido.

A mania, dita mais rara que as depressões, se caracteriza pela atuada atividade, fuga de idéias, alegria contagiante, bem-estar como se estivesse em elação alcoólica. Permanente e saudosa insistência daquela época, que agora se apresenta sob a forma da movimentada euforia, reverso da medalha, impossibilidade sintomática de substituição significativa, mantendo sempre a falta sob um véu. Alternadas e opostas formas de gozar: a primeira, fálica, recriminando-se masoquistamente: a segunda, como uma *belle indifferença* à falta, onde só conta o próprio bem-estar de uma imaginária e consistente completude, do Outro. Opostas, mas equivalentes formas de evitar a castração simbólica.

O tema, enfim, requer um tratamento mais extenso. Neste trabalho apenas me proponho a demonstrar que o chamado *distúrbio afetivo* – PMD – com seus períodos cíclicos é uma estrutura neurótica, que faz sintoma em forma de oscilações periódicas, talvez uma demonstração do protéico polimorfismo que Freud descreveu como uma das características da histeria.

Referências Bibliográficas

- GROSS, Mayer, Siater e Roth. *Psiquiatria Clínica*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
 KRAEPELIN, Emílio. *Tratatto de Psichiatria*. Milão: Editora Francesco Vallardo.
 BLEULER, Eugen. *Tratado de Psiquiatria*. Madrid: Espaza-Calpe Editorial.
 FREUD, S. *Duelo y Melancolia*. Madrid : Editorial Biblioteca Nueva. Vol. II.
 ABRAHAM, Karl. *Psícoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Editora Paidos.
 LACAN, J. *Lacan Oral*. Buenos Aires: Xavier Bóveda Ediciones.