

Bipolar, maníaco, depressivo¹

Ariel Bogochvol

I

Bipolaridade tornou-se uma palavra de uso comum, corriqueiro, falada nas ruas, mídia, consultórios. 'Ser bipolar' não produz espanto ou constrangimento. Pelo contrário, em meio às variações ciclotímicas da economia global, proliferam, na net, comunidades de bipolares e, na psiquiatria, diagnósticos de bipolares. Há uma epidemia bipolar. Todos bipolares?² A bipolaridade parece ter se transformado num modo privilegiado de nomear o *dasein* e o *sosein* pós-modernos.

O termo é utilizado em áreas diversas: botânica, física, política, economia, medicina³. O sucesso atual se deve à difusão do discurso da ciência. *Toc*, *pânico*, *depressão*, *tdah*, *autista*, *bipolar* se difundiram da psiquiatria para o domínio público. Significantes da moda, eles sofrem da vulgarização dos termos usados fora do seu campo e modulam a percepção do homem contemporâneo sobre si mesmo. Há uma invasão da psicopatologia na vida cotidiana e, correlativamente, uma tendência à psiquiatrização das relações sociais.

Na psiquiatria, não se utiliza o substantivo *bipolaridade*, mas o adjetivo *bipolar*. O *Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)*, criado por Leonhard em 1957⁴, adotado em 1980 no DSM III e em 1992 no CID 10, substituiu a *Psicose Maníaco-Depressiva (PMD)*, termo outrora consagrado, mas que definiu. Por um lado, em função dos postulados das novas classificações serem descritivas, ateóricas, evitando a utilização de termos problemáticos como *psicose*, *neurose*, *histeria*, *doença*, e optando por termos mais neutros como *distúrbios*, *transtornos*. Por outro, pela constatação de

que, entre pacientes diagnosticados como PMD, não ocorriam, necessariamente, manifestações psicóticas como delírios e alucinações.

O TAB (F31) é classificado, no CID 10, entre os transtornos de humor (afetivos) (F30 - F39)

(...) nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão com ou sem ansiedade associada ou de uma elação que se acompanha, em geral, de uma modificação do nível global de atividade. A maioria dos outros sintomas é secundária às alterações do humor e da atividade ou facilmente compreensível no contexto destas alterações. Tendem a ser recorrentes⁵.

TRANSTORNOS DE HUMOR (AFETIVOS) CID 10				
EPISÓDIO MANÍACO F30	TRANSTORNO BIPOLAR F31	EPISÓDIO DEPRESSIVO F32	TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE F33	TRANSTORNO DE HUMOR PERSISTENTE F34

O critério utilizado na classificação é o evolutivo: episódico (episódio depressivo ou maníaco único), recorrente (uni ou bipolar) ou persistente. Como os demais transtornos do grupo, o TAB tem tipos e subtipos classificados de acordo com seu quadro clínico, gravidade e pela presença ou ausência de manifestações psicóticas.



Até o DSM II e o CID 9, a classificação era baseada nas distinções estabelecidas pela clínica psicodinâmica

para a qual existiam três categorias bem diferenciadas nas quais estas síndromes se incluíam. No caso das depressões: reativas, neuróticas e psicóticas. A partir dos anos 80, a psiquiatria passou a abordar os transtornos de humor não a partir do funcionamento subjetivo e da estrutura (como a psicanálise) ou das formas de existência (como o existencialismo), mas da intensidade do humor⁶. Seriam variações quantitativas de uma função psíquica (afeto, humor) provocadas por variações quantitativas de neurotransmissores, de causas múltiplas, especialmente genéticas. É uma clínica calcada redutivamente na neurofisiopatologia e nos psicofármacos, capazes de modificar a neurotransmissão e interferir na função psíquica transtornada de forma independente da estrutura, da existência ou do sujeito.

Regularmente são lançados novos estabilizadores de humor, antidepressivos e antimaníacos. A despeito das controvérsias, reconhece-se a eficácia das medicações, tema que deveria interessar além do clínico e do psicofarmacologista também ao psicanalista⁷. Sobre os estabilizadores, pouco se sabe acerca de seus mecanismos de ação. Curiosamente, a maior parte é de medicações antiepilépticas apesar de não haver relações causais demonstradas entre epilepsia e bipolaridade⁸. As demandas e ofertas terapêuticas bem como a utilização de *cocktails* medicamentosos - a polifarmacoterapia - aumentaram significativamente nos últimos anos.

II

O TAB e suas variantes - mania e depressão/melancolia - tem uma longa tradição. São necessários cuidados para manejar termos tão antigos. É uma ilusão supor que o mesmo termo nomeie uma mesma 'coisa' em contextos tão diversos, como se estivesse ali desde sempre, imutável. De origem

grega, *mania* significa *loucura* e *melancolia*, que significa *bile negra*, uma referência à teoria hipocrática que creditava os estados patológicos ao desequilíbrio de humores do corpo. Atribui-se também a Hipócrates (460 a.c - 370 a.c) a primeira discriminação entre mania, melancolia e paranoia. Aristóteles (384 a.c - 322 a.c) associou a melancolia ao homem de gênio⁹ - a tristeza melancólica seria uma pré-condição da capacidade criativa, a criação uma resposta à dor de existir - inaugurando uma tradição que, séculos mais tarde, desembocaria em um culto da melancolia, como na literatura romântica do século XVIII¹⁰.

Desde a antiguidade foram observadas relações entre a melancolia e a mania, mas estas 'doenças' ficaram separadas até meados do séc. XIX. Em 1854, J. P. Falret e Baillarger descreveram, quase ao mesmo tempo, a doença chamada de *loucura circular* pelo primeiro e de *loucura de dupla forma* pelo segundo. Na Alemanha, muitos autores estudaram a entidade sob o nome de *psicose periódica*. Foi Kraepelin, em 1899, pela descrição e análise minuciosa dos estados de transição e das imbricações das crises maníacas e melancólicas, quem chegou à noção dos estados mistos e demonstrou a identidade destas duas formas. Agrupou todas as *loucuras* descritas como intermitentes, circulares, periódicas, de dupla forma ou alternadas em uma doença fundamental, e propôs classificá-las no quadro da *loucura maniaco-depressiva*, considerada um quadro essencialmente endógeno ou constitucional¹¹. Nomeou a entidade como 'loucura' e não 'psicose'¹² e utilizou 'melancolia' e 'depressão' como sinônimos¹³.

A *loucura maniaco-depressiva* compreende, de um lado, o domínio completo da loucura periódica e da loucura circular e, de outro, a mania simples, a maior parte dos estados patológicos designados pelo nome de melancolia e também um número considerável de casos de amênia. Classificamos aí, igualmente, algumas disposições de humor mais ou menos acentuadas ora passageiros ora duráveis que podem ser pensados como o primeiro grau de problemas mais graves e que, de outro lado, se baseiam

sem limites nítidos no conjunto das disposições naturais do indivíduo¹⁴.

Descreveu várias formas clínicas que, apesar da diversidade fenomênica, eram manifestações de um mesmo processo patológico¹⁵.

Mania	Estado misto	Melancolia
Hipomania		Melancolia simples
Mania aguda		Estupor
Mania delirante		Melancolia grave
Mania confusa		Melancolia paranoide
		Melancolia fantástica
		Melancolia confusa

A concepção ampla da loucura maníaco-depressiva, abarcando praticamente todos 'transtornos afetivos', não se estabeleceu sem controvérsias. Kraepelin mesmo, em certos momentos, diferenciava a depressão da loucura maníaco-depressiva, caracterizada por intensa inibição, de outras formas de depressão, marcadas pela agitação e angústia como a melancolia involutiva. É um debate de seu tempo e de nosso tempo que se traduz no contínuo remanejamento dos quadros e dos termos que as variadas classificações além dos CIDs e DSMs propõem. Mais recentemente, Akiskal com seu *espectro bipolar*, sugere uma ampliação ainda maior do campo bipolar¹⁶.

Freud participou deste debate ressaltando, em "Luto e Melancolia" (1917[1915]), o estatuto problemático da melancolia:

(...) sua definição é variável, assume várias formas clínicas, cujo agrupamento numa única unidade não parece ter sido estabelecido com certeza, sendo que algumas dessas formas sugerem afecções antes somáticas do que psicogênicas¹⁷. (...) A característica mais notável da melancolia, e aquela que mais precisa de explicação, é sua tendência a se transformar em mania - estado este que é o oposto dela em seus sintomas. Como sabemos, isso não acontece a toda melancolia. Alguns casos seguem seu curso em recaídas periódicas, entre cujos intervalos sinais de mania talvez estejam inteiramente ausentes ou sejam apenas muito leves. Outros revelam a alteração regular de fases melancólicas e maníacas que leva à hipótese de uma insanidade circular¹⁸.

Nas nosografias que formulou, o lugar da melancolia/loucura maniaco-depressiva variou de acordo com o momento de sua teoria: neurose atual diferenciada das psiconeuroses; psicose ou neurose narcísica, junto com a paranoia e a esquizofrenia, diferenciadas das neuroses de transferência; neurose narcísica diferenciada da psicose e da neurose¹⁹.

III

A questão psicanalítica não é propriamente nosográfica, mas nosológica, psicopatológica, referida ao sujeito. A psicanálise procura esclarecer a lógica própria destes transtornos mais do que encontrar seu justo lugar entre entidades mórbidas. Não propõe uma abordagem descritiva ou classificatória, mas psicológica e metapsicológica. Não concebe as alterações do humor e os estados afetivos como alterações da regulação biológica do corpo, mas como efeitos da posição do sujeito. Não participa da forclusão do sujeito operada pela psiquiatria contemporânea.

Freud tratou da melancolia muito mais do que da mania e da bipolaridade. Desde os "Rascunhos" e a *Correspondência* com Fliess referia-se à melancolia. Os textos dedicados à mania são pouco numerosos: algumas páginas de "Luto e Melancolia" (1917[1915]), de "Psicologia de grupo e a análise do ego" (1921) e o "O ego e o id" (1923). Lacan é ainda mais econômico: nenhum seminário ou escrito dedicados especificamente a estes temas²⁰; apenas algumas linhas nos "Complexos Familiares"²¹, "Formulações sobre a causalidade psíquica"²², *O seminário, livro 8*²³, *Seminário 10*²⁴, "Televisão"²⁵, "RSI"²⁶.

Em "Luto e Melancolia", Freud procura lançar alguma luz sobre a melancolia comparando-a ao afeto normal do luto²⁷. Já o fizera 20 anos antes, no "Rascunho G":

(...) o afeto correspondente à melancolia é o do luto, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Deve tratar-se de uma perda, uma perda na área da vida instintual. Consiste em luto por perda da libido²⁸.

A analogia permitia ressaltar as identidades e as diferenças e, apesar do seu pequeno valor comprobatório, parecia fecunda. Freud advertia para o alcance limitado das suas conclusões, baseadas na observação de um pequeno número de casos de melancolia "de natureza psicogênica indiscutível"²⁹, termo que não definiu. Diferindo do seu estilo habitual, não partia de um caso, mas de uma casuística, nem aplicava a psicanálise a um sujeito, mas a um quadro clínico. Não há na obra freudiana nenhum caso paradigmático de melancolia ou mania³⁰.

Os traços que definem a melancolia freudiana são:

(...) um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição³¹.

O luto, por sua vez, é definido como: "(...) a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém"³². Ele exhibe os mesmos traços da melancolia com exceção da perturbação da auto-estima.

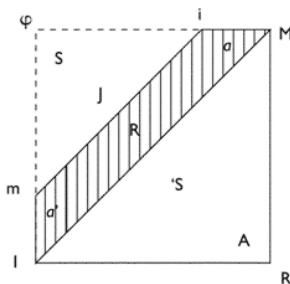
A melancolia freudiana é uma forma clínica bem definida. Na classificação kraepeliniana, corresponde à *melancolia grave*; no CID 10, ao *episódio depressivo grave com sintomas psicóticos* - F31.5, F32.2 ou F33.3, dependendo de sua alternância com os episódios maníacos e de sua

recorrência. É uma das formas da melancolia, não toda a melancolia.

Num conjunto de casos, a melancolia constituía uma reação à perda do objeto amado ou à perda de natureza mais ideal. Em outros, acreditava-se que uma perda desta espécie ocorrera, mas não se vislumbrava o que foi perdido, permanecendo uma incógnita. Mesmo quando cômico da perda, o sujeito "sabe quem ele perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém"³³. À diferença do luto, o desencadeante da melancolia podia ser obscuro, endógeno.

Freud analisa a melancolia sem referir-se a um caso concreto nem ao terreno onde a crise eclodiu. No artigo, sua perspectiva não é diacrônica, mas sincrônica. Tenta responder aos mistérios da melancolia, percorrendo-a em sua intimidade, microscopicamente. Ela é descrita não como um sintoma, formação do inconsciente que obedece às leis do recalque/retorno do recalçado como na neurose, mas como um efeito de perda no eu³⁴. A variação de humor, por seu turno, é concebida como secundária à perda do objeto, diferentemente da psiquiatria contemporânea que a concebe como primária.

Em termos lacanianos, o objeto de amor ocupa o lugar de onde o sujeito se vê como amável, como ideal do eu, $I(A)$. É o traço do Outro que situa o eu ideal para o sujeito, $i(a)$, o objeto imaginário amado pelo Outro e com o qual o sujeito se identifica. $I(A)$ e $i(a)$ são funções fundamentais que concernem à organização da subjetividade e do campo de realidade. São vértices do quadrilátero $MimI$ que delimita o campo da realidade R , conforme o *Esquema R* de J. Lacan³⁵.



O buraco produzido no Outro pela perda do objeto provoca um abalo de $I(A)$ e de $i(a)$, do circuito $a-a'$ em que se localiza o eu e seus objetos³⁶ e, portanto, um abalo profundo do funcionamento psíquico, da homeostasia, das relações consigo e com o mundo. O destino *luto* ou *melancolia* vai depender das formas de responder a este abalo.

O luto relaciona-se essencialmente com $i(a)$, com a imagem, com o objeto de amor em sua estrutura narcísica e corresponde à perda do objeto através de um carnaval imaginário e narcísico³⁷. O $(-\varphi)$ velado até então pelo objeto, é desvelado e todo o processo vai mobilizar o enfrentamento da castração. Na melancolia, não existe um $i(a)$ sustentado pela função fálica da castração e a perda do objeto faz o sujeito se deparar com a foraclusão³⁸. São duas formas de responder à perda, o que permite dividir as depressões em dois grandes grupos segundo o mecanismo em jogo (o que Freud não fez por não ter formulado o mecanismo específico das psicoses).

LUTO	MELANCOLIA
$\frac{I(A)}{NP} \text{ ---- } \frac{i(a)}{-\varphi} \text{ castração}$	$\frac{I(A)}{NP_0} \text{ ---- } \frac{i(a)}{\Phi_0} \text{ foraclusão}$

No ponto em que é chamado o NP pode, pois, responder no Outro um puro e simples furo $[P_0]$, o qual, pela carência de efeito metafórico provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica $[\Phi_0]$ ³⁹. É a falta do Nome-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do

imaginário⁴⁰. Está claro que se trata aí de uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito⁴¹.

O modelo utilizado por Lacan para explicar o desencadeamento de uma *dementia paranoides* pode ser aplicado, com nuances, ao desencadeamento da melancolia. Não há, no caso, o 'encontro com um pai'⁴², mas a perda de um objeto cuja subjetivação, metabolização e resolução dependem da função NP e de sua operação sobre a castração⁴³.

No lugar onde deveria estar o NP, a perda de objeto faz aparecer um furo que abala a rede significante, as significações e o regime de gozo. Pelo furo aberto no psiquismo, a libido se esvai, como uma hemorragia libidinal. "O complexo de melancolia se comporta como uma ferida aberta, atraindo a si as energias catexiais - que nas neuroses de transferência denominamos de 'anticatexias' - provenientes de todas as direções, e esvaziando o ego até este ficar totalmente empobrecido"⁴⁴. Há um empobrecimento da excitação que percorre os neurônios e as reservas livres de libido⁴⁵, do que decorre uma mortificação do sujeito e do Outro⁴⁶. Surge toda uma fenomenologia da dor, tristeza, vazio, inibição, da dor de existir. Uma clínica do vazio e não da falta.

O que é foracluído retorna no real na forma de 'fenômenos elementares', agrupados por Séglas na tríade *dor moral - distúrbios cenestésicos - distúrbios intelectivos*⁴⁷, que afetam todas as esferas se expressando como anomalias das sensações, sentimentos, representações, impulsos, vontade, ideação, sono, alimentação. O 'trabalho melancólico' que absorve e esvazia o ego permanece enigmático. A inibição pode ser generalizada, chegando até o estupor, e se expressa nas várias formas de negativismo do delírio das negações⁴⁸.

A melancolia exhibe uma diminuição extraordinária da auto-estima, um empobrecimento do ego, considerado

desprovido de valor, incapaz de qualquer realização, moralmente desprezível. O sujeito se repreende, quer ser expulso, punido, degrada-se perante todos. Uma parte do ego se coloca contra a outra, toma-a como objeto, julga-a criticamente, encontra satisfação no desmascaramento de si mesmo⁴⁹. Freud não aborda os delírios de desvalia, indignidade e culpa a partir do 'erro de juízo'⁵⁰, mas da verdade e da certeza. Se o paciente diz que seu ego é assim, é porque deve ser assim. Em sua autocrítica delirante, acusa-se por suas fraquezas, as fraquezas humanas. Por que um homem precisa adoecer para ter acesso a esta verdade?⁵¹. É a lucidez melancólica diante de um real sem mediação. O delírio é uma tentativa de interpretar o estado do sujeito, de dar uma forma ao que se opera na estrutura⁵². É um delírio moral e ético.

Por detrás da crítica a si, Freud descobre a crítica ao outro: o sujeito, na verdade, ataca o objeto com o qual está identificado. A libido livre desligada do objeto não é usada para investir um novo objeto, mas retirada para o ego e empregada para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. "A sombra do objeto cai sobre o eu"⁵³. O sujeito se torna um objeto, reduzido às suas sombras; é este objeto.

Como pré-condições para tal processo, Freud supõe uma forte fixação ao objeto amado, a ambivalência, a escolha objetual de base narcisista e a regressão da libido à fase oral. A catexia objetual, ao se defrontar com obstáculos, retrocederia ao narcisismo; a identificação narcisista seria um substituto da catexia erótica⁵⁴. Isto coloca em questão a formação do 'eu melancólico' (como também do 'eu maníaco'), os avatares de suas identificações primárias e secundárias bem como a constituição de sua imagem especular⁵⁵.

Quando o ideal do eu que vinha suprir a foraclusão é abalado, o eu perde o revestimento narcísico e se evidencia

seu estatuto de objeto fora de qualquer pontuação fálica, *objeto a* como furo, vazio, rebotalho, como real, equivalente à foraclusão⁵⁶. Perdendo as vestes narcísicas, a imagem cai e o sujeito se vê identificado com o objeto/dejeto, se torna este oco sem consistência, este nada⁵⁷.

$\frac{I(A)}{NP_0} \text{ ----- } \frac{i(a)}{\Phi_0} \text{ ----- } \text{ Foraclusão: } a = \$$

Diferentemente do regime de luto, em que o sujeito pode perder o que perdeu, na melancolia o sujeito fica colado ao objeto, identificado, não pode perdê-lo. É um efeito da foraclusão, na medida em que ela implica a não-operação da castração, pois é a castração que reordena, retroativamente, os estágios libidinais em uma operação que possibilita a separação e a extração dos objetos do corpo. "Os objetos *a* se inscrevem no lugar da castração, no coração do objeto *a* existe o $(-\phi)$ "⁵⁸. A vigência da foraclusão, na melancolia, vai resultar em uma modificação profunda do regime dos objetos *a*, o que produz certos fenômenos clínicos. Nos sintomas hipocondríacos, o objeto fica colado a um órgão/região do corpo ou em uma errância, sem limites ou localização como na cenestopatia. Na automutilação, o melancólico tenta retirar à força aquilo que não foi extraído pela via simbólica. Também decorrem da não-extração os fenômenos alucinatórios, pseudo-alucinatórios e interpretativos, associados predominantemente às esferas visual e auditiva, mas que podem afetar todos os sentidos. Os objetos pulsionais, naturais - oral, anal, fálico, voz, olhar - sofrem uma mudança de estatuto durante o episódio melancólico⁵⁹. Da mesma forma, modifica-se o acesso e usufruto dos objetos da cultura⁶⁰.

Se a castração é a causa do desejo e, em razão de uma equivalência substitutiva, o objeto *a* é causa do desejo, a

não extração do objeto, na melancolia, vai perturbar profundamente sua função de objeto-causa⁶¹. Há uma abolição do desejo, uma experiência do não-desejo ou desejo de nada, rechaço do inconsciente que se reflete na posição de imobilidade petrificada do melancólico. O sujeito recua do dever ético de bem dizer seu desejo⁶² simplesmente porque não há mais desejo a sustentá-lo.

No suicídio melancólico, o sujeito se identifica com o buraco que falta no Outro. Ele é sem apelação, pois não visa completá-lo, é um suicídio de separação: o sujeito toma licença da cadeia significante, não se faz mais representar, defenestra-se, caindo juntamente com seu objeto⁶³. A passagem ao ato não engana, é uma saída da cena que não deixa mais lugar à interpretação, ao jogo significante⁶⁴.

IV

À diferença de outras psicoses, a melancolia freudiana tem um curso fásico, cíclico e bipolar: pode evoluir para a cura, recorrer ou polarizar-se para a mania. O que determina um curso ou outro? Como ela se cura depois de certo tempo? O que ocorre nos intervalos livres? Como se inverte em mania e vice-versa? Para Freud, é imperioso estender uma explanação analítica também para estas questões, mas afirma que não conseguirá fazê-lo⁶⁵.

A mania é o oposto da melancolia em seus sintomas. O conteúdo de ambas não difere; apesar das aparências, lutam com o mesmo 'complexo'⁶⁶. Na melancolia, o ego sucumbe ao processo, na mania domina-o ou o põe de lado. Não definida diretamente, a mania pode ser inferida: "ânimo exaltado, um grande interesse pelo mundo externo, o aumento da capacidade de amar (ou procurar objetos de amor), a hiperatividade, aumento dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-engrandecimento,

culminando em delírios de grandeza". Freud compara a mania com a festa. Os estados como alegria, exultação e triunfo dependem das mesmas condições econômicas: um dispêndio de energia se tornou desnecessário e agora está disponível para ser aplicada e descarregada de várias formas. A perspectiva econômica tenta esclarecer a radical mudança de regime libidinal do circuito bipolar.

O humor maniaco é tomado, no plano do afeto, como uma alegria e um alvoroço aparentemente imotivados. No plano da conduta, como levantamento da inibição. A alegria da transgressão passa a ser a chave da mania, como era a dor da perda na melancolia. A festa é uma colocação em suspenso periódica e socialmente organizada das proibições e limitações que regulam as pulsões. É um momento de liberação. A festividade maniaca se deixa conceber como a derrota da instância que censura em proveito da afirmação narcisista, triunfal e orgiástica das exigências pulsionais⁶⁷. Se, na melancolia, a imagem é de um buraco por onde a libido se esvai, na mania a imagem é de uma erupção que esparrama libido.

Freud não considera o afeto maniaco como um fenômeno primário, mas efeito de uma causa anterior. O júbilo maniaco seria efeito da cessação do gasto psíquico com o 'trabalho melancólico'. "O ego deve ter superado a perda do objeto (ou seu luto pela perda, ou talvez o próprio objeto), e, conseqüentemente, toda a quota de anticatexia que o penoso sofrimento da melancolia tinha atraído para si vinda do ego e 'vinculado' se terá tornado disponível"⁶⁸, convertendo-se em energia liberada, em afeto na transgressão. A mania derruba as instâncias de controle, suas exigências são momentaneamente suprimidas. Mas aquilo que o ego dominou e aquilo sobre o qual triunfou permanecem ocultos⁶⁹.

A mania freudiana, de acordo com a definição dada, pode ser classificada como *mania aguda* ou *mania delirante*

na classificação kraepeliniana e como *mania com sintomas psicóticos* no CID 10 como F31.2 ou F30.2, dependendo da alternância ou não com a fase depressiva. Sua fenomenologia é exuberante: exaltação, inquietação, aceleração, loquacidade, hipersensibilidade, instabilidade, alegria, furor, agressividade, delírios de grandeza, filiação, invenção, místicos, associação por assonância, insônia, inapetência, aumento da disposição, etc. Lacan reduz toda a profusão desta fenomenologia a uma expressão: a excitação maníaca, "retorno no real daquilo que foi rechaçado de linguagem (do inconsciente) e que se faz mortal"⁷⁰. Menos do que a entidade *mania*, Lacan aponta para certo tipo de fenômeno.

A mania freudiana se inscreve na estrutura psicótica. O que foi rechaçado da linguagem e do inconsciente, isto é, foracluído, retorna no real. Os fenômenos de 'retorno no real' afetam profundamente a experiência psíquica, a vivência de si, do corpo, espaço, tempo, desejo, fala. A fuga de ideias evidencia a ruptura do encadeamento significante, a falha da função do ponto de capitonê. O maníaco pode dizer qualquer coisa. Longe de encontrar seu sentido entre a retroação e a antecipação, os significantes maníacos se justapõem de forma não orientada, desobrigada da semântica⁷¹. O sujeito fica disperso no infinito da linguagem que o atravessa, no *automaton* de signos do qual ele é marionete. Não se localizando, não pode parar nem reconhecer-se, fica à deriva. "É a não-função do *a* que está em causa, e não simplesmente seu desconhecimento. O sujeito não se lastreia em nenhum *a*, o que o deixa entregue à metonímia pura, infinita e lúdica da cadeia significante"⁷².

Um dano no nível do discurso é sempre um dano na regulação do gozo. Na excitação maníaca não existe apenas desenganche da palavra e desordem da historicidade, como também a comoção da homeostasia do vivente, que reduz as

necessidades vitais do corpo, infatigável, insone, animado por uma vida paradoxal capaz de levá-lo à morte. A excitação maníaca é um gozo não regulado pela função fálica, na qual o corpo é assediado pelos múltiplos da linguagem no real⁷³. O sujeito não cessa de obturar o buraco do simbólico, sem integrá-lo⁷⁴.

Ao abordar, *as paixões da alma*, especificamente a tristeza, em "Televisão"⁷⁵, Lacan afirma que

A tristeza, por exemplo, é qualificada de depressão (...) não é um estado de espírito, é simplesmente uma falha moral, como se exprimiam Dante ou até Espinosa: um pecado, o que significa uma covardia moral, que só é situado, em última instância, a partir do pensamento, isto é, do dever de bem dizer, ou de se referenciar no inconsciente, na estrutura.

E o que se segue - bastando que essa covardia, por ser rechaço do inconsciente, chegue à psicose - é o retorno no real daquilo que foi rechaçado de linguagem; é a excitação maníaca pela qual esse retorno se faz mortal⁷⁶.

É uma concepção surpreendente, que inscreve as manifestações maníacas e depressivas no campo da ética, ratificando o enunciado do delírio de culpa, e que parece inaugurar uma perspectiva continuísta entre psicoses e neuroses, ao colocá-las numa escala de graduação e sob uma mesma causa. De uma a outra o mesmo pecado, a mesma causa subjetiva: a covardia. É o fio secreto que enlaça as manifestações maníacas com as depressivas num 'mesmo complexo'. A tese de Lacan unifica a tristeza com a excitação maníaca, o circuito bipolar, no nível de uma mesma causa subjetiva. É uma causa que assume a forma de culpa e que não deixa de evocar a 'insondável decisão do ser'.

Assimilar a tristeza a uma culpa moral restabelece uma tradição religiosa. A referência a Dante e Spinoza laiciza a questão. Para Spinoza, a tristeza não é tanto uma culpa contra a fé, mas contra a razão. Posto que 'a ideia adequada procura uma alegria sem resto', quem se atém a ela não pode estar triste⁷⁷. Para Lacan, o pecado consiste em

ceder sobre o desejo de saber, de saber do inconsciente, de situar-se na estrutura⁷⁸.

Deveremos prosseguir a investigação.

¹ O Cartel da Conversacion contou com a participação de Carmen S. Cervelatti, Maria Bernardete S. Pitteri, Perpetua Medrado Gonçalves, Luciana Gramacho, Denise Levy, Elsa G de Oliveira, Marcia Assumpção, Paula Christina Verlangieri Caio, Eliane Chermann Kogut, Claudia Aldigueri Rodriguez, Maria Rosália Pinfildi Gomes, Marcia Aparecida Barbeito, Estela Mares de Melo.

² YELLATI, N. (set. 2010). "Todos bipolares - El 'espectro' bipolar (o las razones de una epidemia)". In: *e-Mariposa - Revista del Departamento de Estudios sobre Psiquiatría y Psicoanálisis [ICF - CICBA]*, ano 1, nº 1. Buenos Aires: Grama Ediciones.

³ HOUÍASS. (2009). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.

⁴ BELAGA, G. (2013). "La 'bipolaridad', manía, melancolia". Disponível em: <<http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/La-bipolaridad-mania-melancolia/Guillermo-Belaga.html>>.

⁵ CID 10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10. São Paulo: Artmed.

⁶ MALEVAL, J. C. (2008). "¿Por qué estala la burbuja de la depression?". In: *Aperiódico Psicoanalítico*, nº 16. Buenos Aires: UNR.

⁷ BOGOCHVOL, A. (2001). "Sobre a Psicofarmacologia". In: *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta Editora.

⁸ Com exceção dos quadros bipolares associados à epilepsia, uma minoria tanto entre os epiléticos como entre os bipolares, que representam um caso particular da associação entre transtorno bipolar e transtornos orgânicos e sintomáticos.

⁹ Há controvérsias acerca da autoria do texto que aborda esta relação, nomeado Problema XXX (M. Bernardette Pitteri). No trabalho "A mania em Aristóteles", apresentado na Conversação do ENAPOL, Ramirez afirma: "parece que o texto é constituído de notas tomadas por Teofrasto depois das aulas e recopiladas sob a forma de *Problemata*, problemas que Aristóteles não resolvia, mas que deixava abertos para colocar seus alunos a pensar". RAMIREZ, M. E. (2013). "A mania em Aristóteles". Disponível em: <<http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/La-bipolaridad-mania-melancolia/Mario-Elkin-Ramirez.html>>.

¹⁰ LEVY, D. (2013). "Sinopse e resumo do trabalho até esse momento". Ver também: GOES, E. (2013). "História". Textos inéditos, apresentados no núcleo de pesquisas em clínica psicanalítica, da CLIPP (Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise), por ocasião do convite de Ariel Bogochvol para trabalhar o tema "Bipolaridades. Mania e Melancolia" para a conversação no VI Enapol, Buenos Aires, 2013.

¹¹ ALKMIM, W. D. (dez. 2008). "O que é transtorno bipolar?". Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/3.%20que%20%C>>

3%A9%20o%20Transtorno%20Bipolar%20-
%20Wellerson%20D.%20Alkimim.pdf>.

¹² À época, o termo psicose designava simplesmente quadros com manifestações psíquicas. Vide FREUD, S. (1996/1894). "As Neuropsicoses de Defesa". In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. III. Rio de Janeiro: Imago Editora.

¹³ À época os autores as usavam como sinônimos.

¹⁴ KRAEPELIN, E. (2012). *A loucura maniaco depressiva*. Rio de Janeiro: Editora Forense, p. 3.

¹⁵ IDEM. *Ibid.*, p. 67.

¹⁶ BELAGA, G. (2013). "La 'bipolaridad', manía, melancolia". Op. cit.

¹⁷ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Op. cit., p. 249.

¹⁸ IDEM. *Ibid.*, p. 258-259.

¹⁹ KOGUT, E. (2013). "Melancolia em Freud". Texto inédito, apresentado no núcleo de pesquisas em clínica psicanalítica, da CLIPP (Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise), por ocasião do convite de Ariel Bogochvol para trabalhar o tema "Bipolaridades. Mania e Melancolia" para a conversação no VI Enapol, Buenos Aires, 2013.

²⁰ Levantamento realizado pelo Núcleo de Pesquisas de Psicanálise da CLIPP.

²¹ LACAN, J. (2003/1938). "Os complexos familiares na formação do indivíduo". In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

²² IDEM. (1998/1946). "Formulações sobre a causalidade psíquica". In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

²³ IDEM. (1992/1960-1961). *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ED.

²⁴ IDEM. (2005/1962-1963). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ED.

²⁵ IDEM. (2003/1973). "Televisão". In: *Outros escritos*. Op. cit.

²⁶ IDEM. (1974-1975). "RSI". Seminário inédito.

²⁷ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 249.

²⁸ IDEM. (1996/1895). "Rascunho G". In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I. Op. cit., p. 247.

²⁹ IDEM. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 249.

³⁰ O Homem dos Lobos foi tratado por Kraepelin antes de Freud, com o diagnóstico de loucura maniaco-depressiva.

³¹ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 250.

³² IDEM. *Ibid.*, p. 249.

³³ IDEM. *Ibid.*, p. 251.

³⁴ COTTET, S. (1988). "A bela inércia: nota sobre a depressão em psicanálise". In: *Estudos Clínicos - Transcrição 4*. Salvador: Fator.

³⁵ LACAN, J. (1998/1957-1958). "De uma Questão Preliminar a todo tratamento possível da psicose". In: *Escritos*. Op. cit., p. 559. No Esquema R, o M é o significante do objeto primordial, I o ideal do eu, i e m os dois termos imaginários da relação narcísica, o eu e a imagem especular.

- ³⁶ CERVELATTI, C. S. (2013). "O objeto na melancolia". Texto inédito, apresentado no núcleo de pesquisas em clínica psicanalítica, da CLIPP (Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise), por ocasião do convite de Ariel Bogochvol para trabalhar o tema "Bipolaridades. Mania e Melancolia" para a conversação no VI Enapol, Buenos Aires, 2013.
- ³⁷ MILLER, J.-A. (2005). "Introdução à leitura do Seminário 10 da Angústia de Jacques Lacan". In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, nº 43. São Paulo, Edições Eolia.
- ³⁸ QUINET, A. (1997). "A Clínica do sujeito na depressão - A Dor de existir". In: *Kalimeros*. Rio de Janeiro: Contra-Capa Livraria, p. 138.
- ³⁹ LACAN, J. (1998/1957-1958). "De uma Questão Preliminar a todo tratamento possível da psicose". Op. cit., p. 564.
- ⁴⁰ IDEM. Ibid., p. 584. Ver também: CERVELATTI, C. S. (2013). "O objeto na melancolia". Op. cit.
- ⁴¹ LACAN, J. (1998/1957-1958). "De uma Questão Preliminar a todo tratamento possível da psicose". Op. cit., p. 565.
- ⁴² Que, para Lacan, estaria associada ao desencadeamento da psicose schreberiana.
- ⁴³ GONÇALVES, P. M. (2013). "Foraclusão na mania e melancolia". Texto inédito, apresentado no núcleo de pesquisas em clínica psicanalítica, da CLIPP (Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise), por ocasião do convite de Ariel Bogochvol para trabalhar o tema "Bipolaridades. Mania e Melancolia" para a conversação no VI Enapol, Buenos Aires, 2013.
- ⁴⁴ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 258.
- ⁴⁵ IDEM. (1996/1895). "Rascunho G". Op. cit., p. 247.
- ⁴⁶ SOLLER, C. (2008). "Perdida y culpa en la melancolia". In: *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, p. 35.
- ⁴⁷ QUINET, A. (1999). "Fenômenos elementares e delírio na melancolia para J. Séglas". In: *Extravios do desejo*. Rio de Janeiro: Marca d'água Editora, p. 77.
- ⁴⁸ COTARD, J. (1999). "Do delírio das negações". In: *Extravios do desejo*. Op. cit.
- ⁴⁹ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 253.
- ⁵⁰ Modo clássico de abordar o delírio na psicopatologia
- ⁵¹ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 252.
- ⁵² QUINET, A. (1999). "Fenômenos elementares e delírio na melancolia para J. Séglas". Op. cit.
- ⁵³ MILLER, J.-A. (2005). *Silet - Os paradoxos da pulsão de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 268.
- ⁵⁴ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 254.
- ⁵⁵ GOMES, M. R. P. (2013). "A identificação na melancolia". Texto inédito, apresentado no núcleo de pesquisas em clínica psicanalítica, da CLIPP (Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise), por ocasião do convite de Ariel Bogochvol para trabalhar o tema "Bipolaridades. Mania e Melancolia" para a conversação no VI Enapol, Buenos Aires, 2013.
- ⁵⁶ QUINET, A. (1999). "A clínica do sujeito na depressão". In: *Extravios do desejo*. Op. cit.

-
- ⁵⁷ ALDIGUIERI, C. (2013). "Pontuações sobre a Melancolia em Lacan". Texto inédito, apresentado no núcleo de pesquisas em clínica psicanalítica, da CLIPP (Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise), por ocasião do convite de Ariel Bogochvol para trabalhar o tema "Bipolaridades. Mania e Melancolia" para a conversação no VI Enapol, Buenos Aires, 2013.
- ⁵⁸ MILLER, J.-A. (2005). *Silet - Os paradoxos da pulsão de Freud a Lacan*. Op. cit., p. 260.
- ⁵⁹ BOGOCHVOL, A. (abr. 2008). "A melancolia e os objetos a". In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, nº 51. Op. cit.
- ⁶⁰ MILLER, J.-A. (out. 2006). "Os objetos a na experiência psicanalítica". In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, nº 46. Op. cit.
- ⁶¹ IDEM. (2005). *Silet - Os paradoxos da pulsão de Freud a Lacan*. Op. cit., p. 261.
- ⁶² LACAN, J. (2003/1973). "Televisão". In: *Outros escritos*. Op. cit., p. 524.
- ⁶³ COTTET, S. (1988). "A bela inércia: nota sobre a depressão em psicanálise". Op. cit.
- ⁶⁴ MILLER, J.-A. (2005). "Introdução à leitura do Seminário 10 da Angústia de Jacques Lacan". Op. cit.
- ⁶⁵ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 258-259.
- ⁶⁶ IDEM. Ibidem.
- ⁶⁷ SOLLER, C. (2008). *Mania: pecado mortal. Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, p. 55.
- ⁶⁸ FREUD, S. (1996/1917[1915]). "Luto e melancolia". Op. cit., p. 260.
- ⁶⁹ BARBEITO, M. (2013). "Mania de Freud a Lacan". Texto inédito, apresentado no núcleo de pesquisas em clínica psicanalítica, da CLIPP (Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise), por ocasião do convite de Ariel Bogochvol para trabalhar o tema "Bipolaridades. Mania e Melancolia" para a conversação no VI Enapol, Buenos Aires, 2013.
- ⁷⁰ LACAN, J. (2003/1973). "Televisão". Op. cit., p. 524-525.
- ⁷¹ SOLLER, C. (2008). *Mania: pecado mortal. Estudios sobre las psicosis*. Op. cit., p. 62.
- ⁷² LACAN, J. (2005/1962-1963). *O seminário, livro 10: a angústia*. Op. cit., p. 365. Ver também: CERVELATTI, C. S. (2013). "O objeto na melancolia". Op. cit.
- ⁷³ SOLLER, C. (2008). *Mania: pecado mortal. Estudios sobre las psicosis*. Op. cit., p. 61.
- ⁷⁴ LACAN, J. (1974-1975). "RSI". Seminário inédito.
- ⁷⁵ IDEM. (2003/1973). "Televisão". Op. cit., p. 524. Ver também: PITTERI, M. B. "Sobre as Paixões da Alma". Texto inédito, apresentado no núcleo de pesquisas em clínica psicanalítica, da CLIPP (Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise), por ocasião do convite de Ariel Bogochvol para trabalhar o tema "Bipolaridades. Mania e Melancolia" para a conversação no VI Enapol, Buenos Aires, 2013.
- ⁷⁶ LACAN, J. (2003/1973). "Televisão". Op. cit., p. 524-525.
- ⁷⁷ PITTERI, M. B. (2013). "Sobre as Paixões da Alma". Op. cit.
- ⁷⁸ SOLLER, C. (2008). *Mania: pecado mortal. Estudios sobre las psicosis*. Op. cit., p. 60-61.