

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RENATA FELIS BAZZO REPA

O triunfo do Ideal: contribuições para o estudo
psicanalítico da mania

São Paulo

2019

RENATA FELIS BAZZO REPA

O triunfo do Ideal: contribuições para o estudo
psicanalítico da mania

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para
a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Co-orientador: Prof. Dr. Christian Lenz Ingo Dunker

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Felis Bazzo Repa, Renata

O triunfo do Ideal: contribuições para o estudo psicanalítico da mania / Renata Felis Bazzo Repa; orientador Andrés Eduardo Aguirre Antúnez; co-orientador Christian Ingo Lenz Dunker. -- São Paulo, 2019.

211 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Mania. 2. Psicanálise. 3. Freud. 4. Ideal de Eu. 5. Eu. I. Aguirre Antúnez, Andrés Eduardo, orient. II. Ingo Lenz Dunker, Christian, co-orient. III. Título.

Nome: Felis Bazzo Repa, Renata

Título: O triunfo do Ideal: contribuições para o estudo psicanalítico da mania

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Para Luiz.

AGRADECIMENTOS

À Fundação CAPES pela concessão de bolsas e auxílios que permitiram a realização desta pesquisa e do estágio no exterior;

Ao Prof. Andrés Antúnez, pela confiança e disponibilidade. Agradeço ainda por ter apresentado novas perspectivas em psicopatologia;

Ao Prof. Christian Dunker, por ter transmitido a graça de criar hipóteses, pelo bom humor e enorme paciência e generosidade;

Aos membros da banca de qualificação Profa. Maria Livia Tourinho Moretto e Prof. Mario Eduardo Costa Pereira, pelas críticas e questões fundamentais que me acompanharam até os momentos finais da escrita;

Aos colegas do grupo orientação Augusto Ismerim, Beth Brose, Carlos Henrique Kessler, Clarice Paulon, Clóvis Eduardo Zanetti, Daniela Smid, Felipe Bellei, Hugo Lana, Jaqueline Cardoso, João Felipe Domiciano, João Vitor dos Santos, Leyliane Araujo Masson, Luciana Guareschi, Helena Lima, Mayla Di Martino, Marcus Teshainer, Nadir Lara Júnior, Natalie Mas, Patrícia Moura, Pedro Oblitzner, Priscila Nobre David, Rafael Alves Lima, Rafael Cossi, Ramaiana Cardinali, Roberto Mendonça, Vanessa Da Fonseca, Tiago Ravanello, pelo trabalho coletivo, pelas leituras, críticas, questões e debates. Agradeço ainda a todos os membros do grupo de pesquisa Latesfip.

Aos professores Alain Vanier e Christian Hoffman, por me receberem para o estágio na Universidade Paris VII e pelas sugestões de pesquisa;

A Claudia Lima Rodrigues da Rocha e Camila Pascucci Perillo, pela paciência sem fim e ajuda em momentos fundamentais;

A Michele Roman Faria pelas supervisões que estão na origem dos questionamentos que impulsionaram essa pesquisa;

A Rubens Antônio Fogassi Berlitz, pelo convite para a apresentação de pacientes e por propor a primeira escrita sobre este tema;

A Marcelo Medeiros, por propiciar conversas sobre psicopatologia na hora do café e por fazer perguntas tão fundamentais como: “afinal, o que estamos chamando de mania?”.

Aos colegas da equipe de trabalho: Sonia Garcia, Marcia Molina, Luciene Ciotto, Fernanda Gatti, Fernando Malinoswki, Marcos Vasconcelos;

Aos amigos Gabriel Bartolomeu, Darlene Ribeiro, Carlos Eduardo T. Murakami, Bianca Ramos pelo incentivo, conversas, caronas e muitas risadas.

Aos amigos Antônio Henrique Nakashima, Esperança Moraes e Mariana Ligo, companheiros de longa data;

Aos amigos da Filosofia: Ruben, pela ajuda providencial na madrugada para quem está do outro lado do Atlântico; Mariê, minha maníaca favorita; Monique, Zé, Marisa, Nathalie, Eneias, Alex, Maria Lúcia, Ricardo.

A François Calori e Vinícius Berlendis, grandes amigos, companheiros durante o estágio parisiense. A François por apresentar-me o livro de Agathe Leonël, e pelo inesquecível bolo de pistache. A Vinícius, pelas risadas sem fim. A ambos por todo apoio na hora mais difícil.

A Thayssa e a Valéria, por todo laço fraterno.

Ao meu pai e à minha mãe por todo encorajamento.

Ao meu querido amigo José Carlos de Campos Sobrinho (*in memoriam*).

RESUMO

FELIS BAZZO REPA, R. (2019). O triunfo do Ideal: contribuições para o estudo psicanalítico da mania. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A tese tem como objetivo principal contribuir para a teoria e a clínica da mania na perspectiva da psicanálise freudiana. O ponto de partida da pesquisa é a constatação de um descompasso entre a experiência clínica com pacientes em crise maníaca e a concepção freudiana da mania como um estado de fusão do Eu com o seu Ideal, implicando a revogação deste último. Nessa perspectiva consagrada, o Eu maníaco seria caracterizado por um estado de desinibição e exaltação de humor, em analogia com a festa. Em vez disso, os casos apresentados neste trabalho indicam uma há uma quebra biográfica, a transformação do Eu em um outro ser, com a emergência de um forte sentimento de grupo. O Eu se transforma em um ser poderoso, geralmente com uma missão de liderar o “nós” de acordo com princípios éticos e políticos. Principalmente estes dois aspectos não convergem com a concepção de revogação do Ideal e a eliminação de restrições normativas descritos por Freud. Nossa tese propõe então uma inversão na solução freudiana, substituindo a noção de triunfo do Eu por aquela de uma invasão e triunfo do Ideal, no qual o Eu seria a instância silenciada. Em vez da festa, propõe-se o modelo da formação da mente grupal e do contágio dos afetos como referenciais para o exame da mania. A tese é desenvolvida a partir da reconstituição histórica da categoria de mania, para em seguida elaborar os traços principais de sua sintomatologia. Isso permitirá identificar como a mania foi apropriada pela primeira geração de psicanalistas, e fundamentalmente, por Freud. A tese se baseia em um estudo de nove casos de mania, a maior parte deles recolhidos durante experiência no contexto de internação psiquiátrica.

Palavras-chave: Mania. Psicanálise. Freud. Ideal de Eu. Eu.

ABSTRACT

FELIS BAZZO REPA, R. (2019). *The Triumph of the Ideal: Contributions to a Psychoanalytic Study of Mania*. Doctoral thesis. Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

The main purpose of the thesis is to contribute to the theory and clinic of mania inside the Freudian perspective of psychoanalysis. An incompatibility was found between clinical experience with patients in manic crisis and the Freudian's conception of mania as a state in which there is a fusion between the Ego and the Ego-Ideal, that implies its revocation. In this perspective, the manic Ego would be characterized by a state of disinhibition and exaltation of humor, in analogy with the party. However, the clinical cases presented here indicate a biographical break, a transformation of the Ego into another being, along with the emergence of a strong group feeling. The Ego becomes a powerful being, usually with a mission to lead the "We" according to some ethical and political principles. Mainly these two aspects do not converge with the idea of revoking the Ego-Ideal and the elimination of normative restrictions. Our thesis then proposes an inversion in the Freudian solution, replacing the concept of the triumph of the Ego by the concept of invasion and triumph of the Ideal, in which the Ego would be the silenced instance. Instead of the party, the model of group mind formation and contagion of affections is proposed. To accomplish this task, a historical reconstitution of the mania category was made, and then the main features of its symptomatology were traced. This will allow us to identify how mania was appropriated by the first generation of psychoanalysts and fundamentally by Freud. The thesis is based on a study of nine clinical cases of mania, most of them collected during experience in the context of psychiatric hospitalization.

Keywords: Mania. Psychoanalysis. Freud. Ego-Ideal. Ego.

SUMÁRIO

Introdução.	p. 13
1. História da Mania.	p. 24
1.1. Significados e usos iniciais: mania como loucura	p. 27
1.2. História.	p. 29
1.2.1 Os primeiros registros sobre a mania.	p. 30
1.2.2 Licantropia: sair de si e voltar a si	p. 35
1.2.3 A mania no paradigma da alienação mental.	p. 38
1.2.4 As formas circulares.	p. 46
1.2.5 Bipolar e unipolar.	p. 52
2. Sintomatologia da mania	p. 58
2.1 Pródromos.	p. 59
2.2 Alterações de Humor.	p. 60
2.3 Sintomas de ativação.	p. 63
2.4 O comportamento gregário.	p. 71
2.5 Taquipsiquismo e Fuga de ideias.	p. 74
2.6 Comorbidades psiquiátricas.	p. 82
2.7 A mania secundária.	p. 84
3. A incorporação da mania pela psicanálise.	p. 87
3.1 Otto Gross: os primórdios da concepção de defesa.	p. 88
3.2 Ernest Jones: demência precoce ou psicose maníaco depressiva.	p. 95
3.3 Karl Abraham: o pioneiro.	p. 102
4. Freud e a mania: um enigma não solucionado.	p. 115
4.1 Mania como superação.	p. 116
4.2 A mania como rebelião	p. 124
4.3 A mania como defesa	p. 130
4.4 Desdobramentos.	p. 133
5. “Eu não era mais eu”	p. 141
5.1 Rosa e a revolução.	p. 142
5.2 João: um super-herói a serviço da justiça.	p. 143
5.3 Carlos e a pequenez do mundo.	p. 145

5.4 Jorge e a lei da doação.	p. 147
5.5 Marcelo, subir na hierarquia.	p. 148
5.6 José, um tigre preso na jaula.	p. 149
5.7 Marina, a universal.	p. 152
5.8 Antônio: um ator famoso.	p. 153
5.9 Agathe: a encarnação de Beckett.	p. 154
6. O Ideal de Eu no Procênio.	p. 166
6.1 A vertente do Ideal na mania.	p. 167
6.2 O Ideal Encarnado.	p. 173
6.3 O Ideal Vestido.	p. 177
6.4 A vertente do grupo.	p. 180
6.5 <i>Stimmung</i> maníaca: a harmonia com o grupo.	p. 183
6.6 Pânico, nostalgia e vergonha: o fim da sintonia do Ideal.	p. 187
7. Conclusão.	p. 192
8. Referências.	p. 196

INTRODUÇÃO

Quando eu estava em Brasília, eu estava no carro. Começou a ter uma energia. Eu sentia no volante do carro. É quando estou irado. Esse é o único pecado capital que tenho. Começa uma energia cinética, um campo de energia. Isso faz com que tenham início eventos da natureza, raios e trovões. Eu sou um deus, um salvador. Eu sou o salvador do povo brasileiro. Mas sei que tenho que aprender a controlar os dons que foram me dados.

Essa fala é de Francisco, um rapaz de 30 anos, internado na clínica psiquiátrica onde integrei a equipe de psicologia por alguns anos. Ele chegara há poucos dias, trazido por seus familiares. Encontrava-se descalço e apresentava escoriações nos braços e nos pés. Francisco já estava há cinco dias sem dormir, mesmo depois da dose de sedativos que lhe aplicaram no primeiro hospital aonde foi levado por conta de seus ferimentos.

Dias antes de ser trazido à clínica, ele, morador de Goiás, dirigia o seu carro rumo ao interior de São Paulo. Em algum ponto e por algum motivo, abandonou o próprio veículo e caminhou durante vários quilômetros a pé na mata, o que explicava as escoriações em seu corpo. Aonde ele ia não se sabe. Francisco foi encontrado por policiais, após sua família prestar queixa de desaparecimento. Algo similar já havia ocorrido poucas semanas antes. Na ocasião, Francisco também dirigia o carro, dessa vez em direção à cidade de Brasília.

O primeiro atendimento é realizado no dia seguinte à sua chegada. Francisco está sentado no jardim conversando com outros pacientes. Bastante solícito, ele aceita vir comigo até uma das salas de atendimento. Pergunta se irá para “uma outra ala”: “Vou para a solitária?”. Pergunta se está numa prisão do governo federal. Digo a ele que não e explico onde nos encontramos. Pergunto por que pensou que estaria em uma prisão e ele responde: “Eu invadi o território da FAB”. Diz isso com satisfação, com orgulho, mostrando as escoriações nos antebraços.

Pergunto o que foi fazer na FAB, e ele conta que queria ser piloto para “libertar as pessoas”. Na ocasião, pretendia “pegar um avião e ir salvar o povo brasileiro”. Relata que, para tanto, já havia tentado antes alistar-se no exército, sem sucesso: “Eu fui até à frente de um quartel, e os oficiais disseram que não era período para se alistar”. Eu pergunto por que o

povo brasileiro precisaria ser salvo, e ele explica: “o país está submetido ao domínio de outras potências”, e ele irá “lutar pela liberdade”. Ele acrescenta: “No dia em que fui até à FAB, eu sentia muita ira. Por isso, trovejava tanto, porque sou um deus”. Indago se sabe o que lhe deixou irado, ao que ele responde que tal coisa acontece quando vê “injustiças, piadas, brincadeiras, quando homossexuais não respeitam a sua opção e fazem brincadeiras”, ou quando vê uma “criança apanhando”. Nessas situações, ele ficaria irado, ficaria “cego”, querendo “fazer justiça”, “bater de frente”.

No segundo atendimento, Francisco faz perguntas sobre as notícias políticas do Brasil. Pergunta se já houve *impeachment*, expressando que espera ansioso por isso. Afirmo que gosta muito do juiz Sergio Moro. Em seguida, encadeia frases e assuntos cujo fio não consigo mais acompanhar. De repente, começa a falar de bandas de música e a cantar durante o atendimento.

No terceiro encontro, Francisco comenta: “Estou bem melhor do que quando conversamos pela primeira vez”. Pergunto o que melhorou, e ele responde: “Eu estou conseguindo conversar com as meninas”. Peço que explique um pouco mais: “É que quando eu cheguei aqui eu estava evitando as meninas. Porque quando a polícia me pegou, um policial me deu uma palavra mágica: vitamina. Eu entendi na hora: evite as meninas. Mas agora eu entendi que era para evitar *a* menina, a enfermeira que aplicou a injeção de haldol na minha perna. Era só ela. Eu não tenho que evitar todas as meninas”. Ele completa dizendo que tomou haldol porque estava em “mania”. Agora afirmo estar “só hipomaníaco. Eu sou bipolar”.

O tema deste trabalho é a mania. Seu interesse se dirige à mania como esse momento de agitação e alteração ideo-afetiva, considerada um dos quadros mais antigos já descritos na cultura ocidental. Na definição de Akiskal *et al.* (2003), que podemos tomar provisoriamente, a mania seria um “transtorno com dimensões complexas, tais como a instabilidade-ativação, a desregulação emocional, características psicóticas e até características deficitárias” (p. 14). Embora mais recentemente alguns autores (Shulman e Tohen, 1994; Angst *et al.*, 2004; Angst, 2013; Angst e Grobler, 2015) reivindiquem a existência de um quadro de mania unipolar, com fenomenologia, curso e resposta ao tratamento distintas, a mania é considerada atualmente um dos episódios do transtorno bipolar I.

A gravidade da mania é atestada hoje por uma série de estudos. As disposições do quadro, como alteração de humor, alteração motora, envolvimento em situações extremas, não deixam dúvida de que se trata de um quadro grave, potencialmente dramático para o paciente uma vez que ele mesmo tende a minimizar a avaliação de riscos (Morris, 2003). Segundo Cassano *et al.* (2004), é suficiente a presença de um sintoma hipomaníaco em estados depressivos para que a ocorrência de suicídio aumente em 4,2%. Além da gravidade representada pela própria crise, segundo Caillard (1982), um dos aspectos mais dolorosos para os pacientes seria seu impacto como ruptura biográfica (p. 77). Phillips e Travis (2003) apontam que, em mais de 90% dos pacientes bipolares, a recuperação funcional fica atrás da recuperação sindrômica e sintomática, principalmente para aqueles pacientes que necessitaram de hospitalização; apenas 26% têm recuperação sintomática e somente 24% têm recuperação funcional depois de um ano, e a taxa se mantém estável no ano seguinte.

No entanto, os estudos sobre a mania, quando comparados principalmente com suas históricas companheiras – a depressão e a melancolia – são escassos. Costuma-se atribuir essa escassez na pesquisa à pouca procura do paciente por tratamento nos períodos maníacos, mas também ao caráter efusivo do quadro. Como afirma Ghaemi (2013), é “como se essa condição fosse muito superficial para exigir motivos profundos” (p. 221). De acordo com Pigeaud (2010), isso faria com que a mania fosse o conceito “mais vasto em extensão e o mais vago em compreensão” na psiquiatria (p. 69), o que impacta a apreensão da fenomenologia do quadro, os estudos de epidemiologia e conseqüentemente seu diagnóstico clínico.

É verdade que esse cenário tem mudado nos últimos anos, sobretudo a partir dos anos 1990, quando começam a surgir mais estudos para especificar os sintomas principais do quadro, o que se deve à oferta de novos medicamentos e às novas configurações conceituais concernentes ao transtorno bipolar, iniciadas nos anos 1970 por Akiskal.

Uma mudança de rota também começa a despontar na psicanálise, sobretudo nesse século. Ao menos, começa-se a ter consciência de um vazio teórico sobre a mania. É difícil não concordar com o juízo global de Paul-Laurent Assoun (2010), na única obra integral dedicada mania na psicanálise lacaniana: “O estatuto psicanalítico da mania ainda não foi estabelecido” (p. 7). Essa constatação é reverberada por Pommier (2011), em sua resenha ao livro de Assoun: a mania é “o último continente inexplorado da nosografia” psicanalítica (p. 197). Por sua vez, Georges Lantéri-Laura (2001), no prefácio da obra de German Arce Ross, faz uma crítica ainda mais contundente: “Enfim, nós devemos reconhecer que desde *Luto e*

Melancolia, que data, apesar de tudo, dos anos 1915, os psicanalistas mantiveram-se bastante discretos sobre a psicose maníaco-depressiva” (p. 08).

Naturalmente, essas considerações gerais não devem significar o não reconhecimento de contribuições feitas ao tema por colaboradores de Freud e Abraham, ou mesmo de desdobramentos posteriores. Contudo, elas são suficientemente fortes para motivar uma maior atenção à mania na sua manifestação enquanto *crise* no campo da psicanálise. Este é o principal objetivo da presente tese.

Pretendemos realizar esse propósito partindo da questão de saber se a compreensão mais consagrada sobre a mania no interior da psicanálise, a saber, a mania como reação à melancolia e liberação dos constrangimentos do Ideal de Eu sobre o Eu, corresponde ou não a uma série de observações que emergem cada vez mais fortemente em um conjunto de estudos ligados ao tema. No entanto, nesse contexto, o fundamento mais importante que me levou a essa interrogação foram os casos clínicos como este de Francisco. A minha experiência clínica foi determinada por casos que não pareciam atrelados a quadros melancólicos. Sobretudo, era difícil encontrar correspondências para a hipótese freudiana do Eu liberto, no qual o Ideal do Eu teria sido revogado.

Contudo, apesar desse hiato entre a nossa experiência e a concepção freudiana da mania, nossa tese propõe uma mudança de chave relativamente simples no esquema de Freud: o que na verdade é revogado é a instância do Eu. O giro é pequeno, mas os efeitos parecem consideravelmente amplos. Em vez de um triunfo do Eu, devemos expressar que, na crise maníaca, ocorre um triunfo do Ideal.

Supomos que esse giro na explicação psicanalítica permita compreender por que nos casos estudados, como naquele de Francisco, havia não só a transformação do Eu em um outro, mas também a preocupação com um *Nós* (o “povo brasileiro”). São sobretudo esses dois aspectos que as considerações freudianas sobre o Eu liberto não parecem dar conta. Ainda assim, é a partir do texto mesmo de Freud, principalmente *Psicologia das massas e análise do Eu*, que podemos realizar esse giro. Por outro lado, ao mesmo tempo, essa perspectiva vai ao encontro das descobertas mais recentes sobre o assunto no campo da psiquiatria, como aquelas promovidas pelos estudos de Akiskal, que defendem que o tipo específico da sociabilidade maníaca deveria ser elevado ao primeiro plano da sua sintomatologia, “a sociabilidade patológica ao nível de um sinal distintivo da mania” (Akiskal *et al.*, 2003, p. 95).

Para podermos introduzir a nossa hipótese a respeito do triunfo do Ideal, tivemos que fazer um longo percurso. Primeiramente, tratou-se de lidar com uma das observações mais incisivas a respeito da concepção psicanalítica da mania, que é aquela segundo a qual ela estaria intrinsecamente associada à melancolia. Segundo Leader (2015), seguido de Vanier (2017), um dos principais problemas da abordagem psicanalítica do tema consiste na confusão em tratar a questão da psicose maníaco-depressiva como ela equivalesse à conjugação de melancolia e mania. Isso fez com que se perdesse de vista algumas distinções clínicas importantes que foram feitas ao longo da história. Outro comentário na mesma linha de crítica é aquele de Garrabé (2014), de acordo com o qual a psicanálise estaria presa a um modelo kraepeliniano que acabou enrijecendo o debate respectivo.

Assim, o primeiro capítulo dessa tese, sobre a história da mania, consistiu na tentativa de recuperar o debate a respeito das diversas formas de junção entre mania e melancolia desde a modernidade. No entanto, tivemos de retroceder até os primeiros usos dos termos, já na filosofia, na medicina e nas artes da Grécia antiga, uma vez que muitas das noções que transparecem nos debates em psicologia e psiquiatria moderna já tinham um emprego naquela cultura. Tudo isso permitiu uma reconstituição dos vários sentidos da mania e de como ela começou a compor um quadro clínico específico junto com a depressão no século XIX. Podemos observar assim a origem das hipóteses sobre os transtornos de humor cíclicos, a que Freud fará referências em seus textos. Ao mesmo tempo, nesse primeiro capítulo, veremos brotar, sobretudo na teoria de Griesinger, a concepção, tão cara a Freud, da mania como reação a um estado melancólico primário. Além disso, em favor de nossa tese, vislumbramos igualmente o surgimento, principalmente com Griesinger mas também com outros autores, do discernimento de que, na mania, o *Eu se torna um outro* – um aspecto essencial para a nossa interpretação.

O segundo capítulo, por sua vez, consiste em um estudo sobre a sintomatologia da mania. Esse passo permite apresentar as descobertas sintomatológicas sobre a mania para além da desinibição e da perturbação do afeto, feitas pela pesquisa psiquiátrica nos últimos anos. Essas descobertas revelam que a mania vai muito além das apresentações mais clássicas que foram incorporadas pela psicanálise. Com isso, teremos subsídios para ultrapassar, assim cremos, alguns impasses relacionados a esse aspecto. Nesse sentido, o nosso estudo nesse âmbito procurou classificar os sintomas, por razões de método, em humor, sintomas de ativação, desinibição social, o taquipsiquismo, a fuga de ideias e as alterações na percepção

corporal. Alguns desses sintomas e algumas das explicações respectivas já eram do conhecimento de Freud e seus contemporâneos.

Esforçamo-nos então a juntar na caracterização de cada fenômeno teorias de autores antigos e pesquisas recentes da psiquiatria, recorrendo ao mesmo tempo aos relatos autobiográficos de pacientes maníacos. Desse modo, este capítulo pretende tornar mais evidente como, para além dos sintomas de ativação e das alterações de humor, que sempre foram destacadas para caracterizar o quadro maníaco na psicanálise, as alterações da propriocepção, da sensibilidade, da sociabilidade, da linguagem apontam para a suposição, adotada por nós aqui, de uma transformação na instância do Eu muito mais profunda do que se pensou de início, acompanhada de uma profunda mudança na relação com o entorno.

Após esse passo de caráter mais histórico, seguido da discussão sobre os sintomas, tal como ela se deu em diversos registros, estaremos mais preparados para finalmente começar a tratar da abordagem psicanalítica da mania. Mas especificamente, poderemos abordar três autores decisivos: Otto Gross, Ernst Jones e Karl Abraham.

Apesar de não ter chegado a propor uma teoria psicanalítica da mania, Gross tem um papel central nesse contexto, por dois motivos principais: em primeiro lugar, a importância que seu texto sobre psicose maníaco-depressiva obteve junto à primeira geração de psicanalistas, tornando-se referência para o debate, sendo inclusive citado por Freud a cada reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena, quando o tema era trazido à baila. Gross representa uma tentativa de casar o modelo kraepeliniano de psicose maníaco-depressiva com as hipóteses freudianas sobre o recalque e os sintomas neuróticos. Não se tratava de aplicar a hipótese de Freud sobre o recalque à psicose maníaco-depressiva; Gross estava antes interessado em investigar sintomas neuróticos que tivessem ligação com esses quadros. Em segundo lugar, as explicações de Gross nesse âmbito vão ter influência nos desdobramentos teóricos posteriores, principalmente no que diz respeito à mania como reação secundária. Nesse sentido, a abordagem de Gross representa o vínculo mais próximo entre a psiquiatria e a psicanálise no que diz respeito à concepção da mania como reação.

Por seu turno, Ernst Jones nos interessa aqui porque foi o primeiro a apresentar um caso de hipomania (portanto, novamente uma categoria difundida por Kraepelin) em perspectiva psicanalítica, embora sem dispor ainda de uma teoria desenvolvida a esse respeito. O texto de Jones e sua correspondência com Freud evidenciam a dificuldade de estabelecer as fronteiras diagnósticas entre esquizofrenia, paranoia, histeria e a psicose maníaco-depressiva. A contribuição de Jones deixa transparecer a debilidade ao apoiar-se

apenas nos sintomas de euforia e de desinibição para caracterizar a mania e a hipomania. Nesse sentido, observa-se como alguns dos problemas na abordagem psicanalítica da mania já se fazem notar nas suas origens.

O terceiro ponto desse capítulo consiste na análise de dois textos de Abraham, pioneiro na tentativa de criar uma teoria psicanalítica sobre a psicose maníaco-depressiva. Encontramos aí as primeiras explicações para a mania nos termos mais estritos da psicanálise, ou seja, como uma suspensão temporária do recalque, algo semelhante ao mecanismo do chiste. O segundo texto, por sua vez, tem sua importância, entre outros fatores, pelo fato de descrever os processos de introjeção e incorporação. Na mania, haveria, na perspectiva de Abraham, uma vinculação com a fase oral-canibalítica e com a introjeção de objetos.

Em seguida, no quarto capítulo, apresentaremos uma análise de cada uma das menções à mania na obra de Freud. Nesse passo, organizamos os textos em ordem diacrônica, mas também segundo as versões da reação que a mania representa. A primeira delas consiste na ideia de mania como superação do Eu; a segunda, a mania como revolta do Eu; e a terceira, a mania como defesa do Eu. Dois pontos relevantes nessa série de versões se referem ao aspecto econômico e ao aspecto dinâmico respectivamente. Do ponto de vista econômico, revela-se aqui a insistência na noção segundo a qual a mania seria uma desinibição e um humor exaltado. Do ponto de vista dinâmico, interessa fundamentalmente aquela explicação de Freud dedicada ao mecanismo maníaco como uma fusão do Eu e o Ideal de Eu, na qual este é revogado. Em um segundo momento, tentaremos compor um quadro geral dos destinos das teses de Freud e de Abraham sobre a mania entre seus seguidores. Não se trata aqui – e isso é importante frisar – de abordar as visões sobre a mania naqueles autores que fundaram novas escolas de psicanálise, uma vez que tal empreitada extrapolaria em muito os limites dessa pesquisa. Sobretudo a proposta de Melanie Klein que certamente é bastante fecunda para se pensar a mania para além dos quadros de perturbação de humor. Estamos interessados aqui em um diferente fenômeno que são as crises maníacas mais agudas e que usualmente requerem hospitalização. Desse modo, seguiremos aquelas linhas que vão consolidar a concepção freudiana, já que nossa proposta busca reorganizar justamente seus elementos.

Porém, antes de efetuar esse último passo, é necessário apresentar os casos clínicos de mania. Elencamos oito casos, acrescidos de um relato autobiográfico. Estes casos são muito similares aquele de Francisco. Portanto, neles encontramos o descompasso entre sua apresentação e a ideia norteadora da revogação do Ideal de Eu. Encontramos aqui uma série de traços reportados nos capítulos iniciais, como a transformação em um outro ser e tudo

aquilo que diz respeito a uma reconfiguração da sociabilidade. Convém não de perder de vista, que apesar de sua posição na exposição da tese, esse capítulo contém os motivos que deram início ao questionamento da teorização freudiana da mania.

Por fim, no nosso último capítulo, aproveitamos a intuição clínica de Freud, segundo a qual a mania implica a modificação na disposição entre as partes do Eu. No entanto, se essa modificação é lida por ele como a expressão de uma fusão, nós utilizaremos essa intuição para inverter a tese, e pensar uma outra disposição das instâncias do Eu. Nela, o Eu é desapropriado, desalojado, pelo Ideal de Eu. Não se trataria, portanto, exatamente de uma fusão, mas de uma invasão por parte do Ideal de Eu, com seu correspondente triunfo. Usamos aqui, neste capítulo, três tipos de metáforas para tentar dar conta da dinâmica desse fenômeno: a metáfora da invasão viral, a metáfora teatral do Ideal no proscênio, e, finalmente, a metáfora da rádio que sintoniza.

Nessa linha de interpretação, a pessoa maníaca, durante a crise, perde a continuidade narrativa de sua identidade, perde o fio narrativo de sua biografia, ela *sai de si*. Mas essa expressão, tão popular, deve de todo modo ser recolhida em uma espécie de literalidade psíquica, pois de fato ela transpõe todas as fronteiras do Eu. Nesse ponto, serão apresentadas as consequências da “saída de si” e da descontinuidade da narrativa para a sensação e percepção do corpo próprio. Essa saída de si representa justamente a invasão e o triunfo do Ideal.

Por outro lado, a instalação do Ideal de Eu tem como correlato o aparecimento de uma identificação secundária com o *Nós*. Nesse contexto, é importante compreender como o funcionamento desse processo faz surgir diferentes disposições de afetos, nos vários momentos da crise. Com isso, pensamos poder reunir boa parte dos fios desdobrados desde o primeiro capítulo.

É importante aqui esclarecer alguns aspectos a respeito dos casos apresentados ao longo da tese. Eles derivam de anotações de atendimentos clínicos, de uma entrevista em ambulatório e de uma autobiografia. O critério de recorte se deu segundo o conteúdo de trechos nos quais os pacientes falassem a respeito de suas experiências durante os períodos de crise maníaca. Grande parte de material deriva de anotações de atendimentos realizados em um serviço de emergência e internação psiquiátrica. Eles ocorreriam tanto nos momentos mais agudos, de remissão quanto após o término da crise. Dessas vinhetas, obviamente, são omitidos os dados biográficos específicos.

Vale a pena acrescentar alguns expedientes e procedimentos do universo a que pertencem esses casos. Durante o período de tempo de internação, o número de atendimentos realizados pelo setor de psicologia era variável. Isto se deve, principalmente, aos objetivos da intervenção terapêutica durante a crise e ao recorte temporal que tal dispositivo de tratamento deve idealmente seguir. Após receberem atendimento psiquiátrico no serviço de pronto atendimento da clínica, aqueles pacientes com indicação para tratamento em internação eram levados para a enfermaria. O contato com a equipe de psicologia acontecia apenas na unidade de internação. Ao chegarem, alguns pacientes procuravam espontaneamente o serviço psicológico, enquanto outros pacientes eram convidados para o atendimento mediante a solicitação de outros setores da equipe multiprofissional. Na maior parte das vezes, a duração do atendimento não seguia os critérios clínicos e era determinada pelo ritmo da enfermaria, pela interferência de outros pacientes ou de outros profissionais, pela rotina de funcionamento da clínica. Apenas um dos relatos foi feito em serviço ambulatorial.

Entre os oito casos selecionados, cinco tinham diagnóstico prévio de transtorno bipolar do tipo I e histórico de internações anteriores; três casos estavam em sua primeira internação devido a episódio maníaco. Além deles, valemo-nos de alguns trechos da autobiografia de Agathe Lenoël (2015), diagnosticada como tendo o transtorno bipolar de tipo I. Desde material, recortamos apenas as descrições de suas repetidas crises maníacas.

Para apresentar as disposições sobre o método adotadas nessa pesquisa, gostaríamos de fazer um rápido preâmbulo, lançando mão de duas reflexões sobre a pesquisa psicanalítica, uma de Inês Loureiro e outra de Luiz Cláudio Figueiredo.

A primeira, de Loureiro (2002), consiste em dizer que o “percurso metodológico somente pode ser apreendido e (re)traçado *a posteriori*” (p. 145). Segundo ela, isso se justificaria pela recomendação, iniciada por Freud, de que o pesquisador se disponha a assumir uma certa passividade diante de seu objeto e, assim, se tornar apto a seguir o curso por ele imposto. O pesquisador precisa se perder para poder acompanhar os caminhos do objeto. A autora faz referência ao comentário de Freud em carta a Fliess, em 07 de julho de 1898, quando relata o processo da escrita do livro *Intepretação do Sonho*: “Ele segue os ditames do inconsciente, segundo o célebre princípio de Itzig, o cavaleiro dominical: Itzig, para onde está indo? — E eu sei? Pergunte a meu cavalo!” (p. 320).

No entanto, segundo Figueiredo (2002), esse objeto que conduz também seria o objeto que resiste, pois, se sua alteridade radical cessa, não há mais pesquisa. Contudo, Figueiredo afirma que, apesar da resistência imposta, é necessária uma “compreensão prévia do objeto para que este possa ser perseguido, para que ele possa ser minimamente visado em uma atividade de pesquisa” (p. 130). Desse modo, seria a partir da tensão entre a resistência imposta pelo objeto e o desejo de conhecê-lo que a pesquisa se moveria.

Após essas rápidas considerações, é preciso dizer que caímos do cavalo muitas vezes durante esse percurso. Alguns caminhos que de início pareciam muito promissores para a compreensão do problema se revelaram malogrados. Assim, muitas hipóteses foram abandonadas ao revelarem-se infrutíferas para a clarificação do material clínico e dos processos subjacentes. Compreendemos então a dificuldade em aproximar-se desse objeto, revelada e expressada por tantos autores que encontramos durante a pesquisa, quer por resistência dele ou de quem dele se aproxima. Em muitos momentos, tivemos a sensação de que a mania era um objeto que não se prestava à sistematização.

Essa sensação diante do tema talvez explique outro fator que merece ser sublinhado e que se refere à escolha do material bibliográfico consultado. Estávamos cientes de que a extensão e proliferação de autores poderia causar uma certa dispersão, mas o enigma da mania, para utilizar uma expressão de Freud, levou-nos a seguir suas pegadas em muitos lugares. Isso representava um problema em pelo menos dois pontos. O primeiro se refere ao fato de o problema da mania remontar à antiguidade e ser mencionado por autores de tal calibre que não se pode ignorar, impondo um recuo temporal maior. O outro aspecto se refere ao fato de que, na maior parte das vezes, o tema não se encontrava compactado na bibliografia de referência. Pelo contrário, as considerações sobre a mania se diluem entre diversos meandros. Dessa forma, em extensas obras, é possível encontrar apenas lampejos a respeito da mania, em uma frase, uma página ou alguns parágrafos cuja importância às vezes pareciam inversamente proporcional ao seu tamanho.

Finalmente, algumas considerações a respeito das traduções. Os trechos das obras que não tinham versão para a língua portuguesa foram traduzidos por nós. No que se refere às obras de Freud, foram consultadas as principais traduções, o que nos colocou diante do problema da uniformização da terminologia. Apenas foram modificados os conceitos de *Ich*, *Ichideal*, *Es*, *Über-ich*, respectivamente Eu, Ideal de Eu, Isso e Supereu. Por serem conceitos muito recorrentes nesta tese, optamos por esse recurso para padronizar o texto e assim facilitar a leitura. Os textos freudianos foram cotejados com as versões da *Gesammelte Werke*

(Editora Imago) e algumas obras das edições da Fischer e Volk und Welt. Foram modificadas as traduções de trechos que continham variações muito diferentes entre a tradução e o original.

I – HISTÓRIA DA MANIA

“O quadro clínico da mania é tão simples que é o primeiro que se aprende no início. No entanto, nós veremos que ele é mais complexo do que parece, o que explica o desenvolvimento histórico, os problemas psicopatológicos, nosográficos ou patogênicos dos quais ainda é objeto” (Henri Ey, 1954).

“Eu sou beat acelerado. Quando eu era mais jovem, eu nadava 1000 metros por dia, fazia triátlon, lutava box. Corria com a moto a 230 km/h. Acho que fui internado agora porque estou usando maconha para remediar insônia e crack para depressão. Você já viu aquele filme ‘O médico e o monstro’? O médico inventa uma poção que faz ele se transformar em monstro. Mas quando ele volta, ele está desmilinguido. A mania é assim. Depois vem a depressão. A mania te deixa power. Eu perco o medo, me sinto potente. Numa escala de 0 a 10, fico bem até o nível 06. Depois dali, não. Já fico muito desorganizado”.

Esta é a descrição de um paciente sobre a sua experiência durante a mania. Ela é preciosa porque, como veremos, expressa elementos que se costuma enfatizar para definir a mania atualmente, mas também traz traços recolhidos em definições passadas. Para montarmos um quadro histórico da mania, cuja utilidade para os propósitos dessa tese logo se tornará patente, começaremos por lembrar rapidamente o estado atual e recente da mania. Em seguida, tentaremos remontar às noções mais antigas, de modo a marcar os longos processos de sedimentação dos sentidos da mania.

Para o primeiro ponto, ainda são incontornáveis os manuais de classificação ocidentais de doenças mentais atuais, CID-11 e DSM – 5. A mania se caracterizaria aí, principalmente, por ser um período de alteração do humor, que se tornaria elevado ou irritável, com notável aumento da atividade. No DSM – 5, seu diagnóstico sustenta-se em quatro critérios. Além daquele período distinto de humor elevado, expansivo ou irritável, com a manifestação de aumento anormal e persistente da energia e atividade com fins dirigidos (Critério A), devem

estar presentes outros três dos seguintes sintomas (Critério B): autoestima inflada ou grandiosidade; diminuição da necessidade de sono; intensificação da pressão para falar; fuga de ideias; distração; aumento de atividade com fins dirigidos ou agitação psicomotora (isto é, atividade sem fim dirigido); envolvimento excessivo em atividades que possuem alto potencial para consequências dolorosas. A presença desses sinais deve ter alcance significativo, em termos temporais e/ou em termos de gravidade (Critério C). Isto significa que os sinais devem se apresentar ao longo de boa parte do dia, por ao menos uma semana, e ter magnitude considerável, de modo a comprometer a vida social e ocupacional do paciente, necessitando de hospitalização, e apresentar características psicóticas. Por fim, esse período de alteração de humor não pode ser atribuível a efeitos fisiológicos de substâncias ou a outra condição médica (Critério D) (APA, 2014).

Bastante similares à definição anterior, os critérios da *Classificação Estatística Internacional de Doenças – 11* determinam por sua vez que a mania consiste fundamentalmente na alteração da tonalidade afetiva basal (euforia, irritabilidade, expansividade e labilidade), acompanhada por aumento intenso de atividades, e na percepção subjetiva de acúmulo de energia, com os sinais e sintomas descritos segundo o critério B do manual DSM – 5. Além disso, ressalva-se que tais alterações não devem ser circunstanciais e tampouco são explicáveis a partir da sintonização afetiva com as alterações ocorridas no ambiente. Elas podem vir de par com sintomas psicóticos, mas, assim como para o critério anterior, não constituem a condição necessária para o diagnóstico.

É digno de nota que, nos dois manuais, a mania não seja considerada uma entidade diagnóstica independente, mas simplesmente um episódio¹ que caracterizaria o transtorno bipolar tipo I, no qual podem se apresentar também episódios depressivos. No DSM – 5, o grupo de transtorno bipolar e transtornos relacionados se compõe de transtornos bipolar I e bipolar II, transtorno bipolar induzido por substância, os transtornos depressivos, os quadros de distímia e ciclotímia (APA, 2014), entre outros.

No entanto, esses critérios estão longe de ser estáveis e unânimes. Na psiquiatria essa definição tem sofrido revisões céleres e constantes desde os anos 70, principalmente em três aspectos.

¹ Por episódio compreende-se um período crítico durante o qual há a manifestação de uma série de eventos sintomáticos expressivos de uma síndrome, com início e fim delimitados. Mas, de acordo com o Glossário de Termos Técnicos do DSM-5, o termo também pode significar um determinado número, gravidade ou frequência de sintomas (APA, 2014).

O primeiro ponto de revisão se refere à progressiva prevalência da concepção de espectro dos transtornos de humor, substituindo a compreensão estática de polaridade. De acordo com essa concepção, entre a mania e a depressão unipolar existiria uma miríade de entidades mistas e de formas fenomenologicamente mais tênues, incluindo características de temperamento e personalidade. Essa hipótese ganhou fôlego com as pesquisas de Hagop Akiskal a respeito da ciclotimia e com as outras entidades que hoje formam o grupo do transtorno bipolar e transtornos relacionados citados acima (Akiskal *et al.*, 1977; Akiskal, 1983; Akiskal e Pinto, 1999; Akiskal e Mallya, 1987).

O segundo aspecto é que, nos meados dos anos 90, a adoção da visão dimensional, juntamente com a crescente oferta de medicamentos estabilizadores de humor (Healy, 2008), impulsionou as pesquisas que buscavam estabelecer e revisar critérios diagnósticos para diferenciar a mania da hipomania e dos estados mistos, analisar subtipos da mania e incentivar o desenvolvimento de instrumentos e escalas diagnósticas (Akiskal *et al.* 2001, 2003; Azorin *et al.*, 2000; Cassidy *et al.*, 1998; Disalver *et al.*, 1999; Perugi *et al.*, 1998; Vieta *et al.*, 2014).

Os resultados de algumas dessas pesquisas, por seu turno, levaram, em terceiro lugar, a mudanças na adoção de critérios para o diagnóstico da mania no DSM – 5, introduzindo os sintomas de ativação entre os critérios do grupo A, anteriormente destinados apenas à variação do humor (Cassano *et al.*, 2011; Akiskal *et al.*, 2001; Ghaemi, 2013). Atualmente, os critérios de duração e de gravidade adotados pelo manual também têm sido revisados (Benazzi e Akiskal, 2006; Angst e Cassano, 2005).

Outro fruto dos debates recentes, assim como da revisão cada vez maior das categorias que compõem o espectro bipolar, concerne à proposta de considerar a mania pura ou unipolar como entidade independente, dada as diferenças clínicas entre a mania pura e a mania bipolar (Angst *et al.*, 2004; Angst, 2013; Angst e Grobler, 2015).

Contudo, essas discussões atuais tocam em problemas antigos da história da mania, como veremos ao longo deste capítulo. Isso porque a categoria da mania carrega o peso de uma história milenar na cultura ocidental, guardando seus vestígios, principalmente no que se refere a seus usos na história da loucura. Assim, por ter uma história tão longa, são muitas as concepções e interpretações sobre a mania que agora incidem nesse campo de atualizações do conceito, obviamente nem sempre com os mesmos significados. Ao resgatarmos os fios dessa história, torna-se patente que alguns signos da mania que haviam sido excluídos retornam à

sua definição hoje, e que querelas antigas sobre a que classe ela pertence também são revisadas constantemente.

Nessa longa história da mania na cultura ocidental, é possível dizer que, malgrado suas variações definicionais, um significado predominante se cristalizou nos momentos iniciais de seus registros. Isto porque, desde a Antiguidade Clássica até meados da Idade Moderna, a mania designava predominantemente as formas de loucura furiosa e agitada. Este significado historicamente solidificado impregnou de tal forma o vocábulo que, ainda durante o advento da Psiquiatria moderna, ele surge na obra de Pinel como sinônimo de alienação mental.

Contudo, em nossa leitura, é a tentativa progressiva de descolar a mania desse amplo (e um tanto inespecífico) significado inicial que provocará o alargamento do seu campo semântico, sobretudo ao longo do século XIX. Como veremos, nos escritos médicos, essa separação pouco a pouco se processa, passando de um primeiro momento de um estado mais dilatado, em que a mania equivale à alienação mental, para em seguida designar os estados de agitação, e posteriormente designar uma síndrome mais delimitada (Couchoud, 1913).

Essas redefinições de concepções sobre a mania, presentes nos escritos médicos, exigem que estejamos sempre atentos, como alerta Pigeaud (2010), à época em que cada definição é levantada, pois sob esse mesmo nome se designam geralmente diferentes quadros. Esse capítulo pretende apresentar algumas dessas versões e os principais debates suscitados em torno do conceito de mania a fim de rastrear, sobretudo, as questões e os problemas que posteriormente serão incorporadas de maneira tácita pela psicanálise.

1.1. Significados e usos iniciais: mania como loucura

No que se refere à etimologia, não há mais que conjecturas², mas todas apontam para a constelação da loucura furiosa, agitada ou eufórica. Linas (1871) sugere três origens. A primeira possibilidade seria μῆνις, significando ira, furor, cólera. De acordo com o Léxico

² Segundo Pinkster (2015), Cícero já afirmava que não era fácil falar sobre a origem do termo grego mania: “*Graeci autem manian unde appelent, non facile dixerim*” (p. 562), traduzido para o inglês como “Moreover, from what origin the Greeks name “mania”, I cannot easily say”. Maneros e Angst (2002) também destacam que, diferentemente da melancolia, a etiologia da mania seria incerta, e adotam a hipótese de Caelius Aurelianus para as raízes da palavra, quase todas derivadas dos efeitos que esse quadro teria para o paciente. Assim, o termo derivaria de *anian* (ἀνία) que significa tristeza, luto, angústia; *manon* (μανός), fraqueza excessiva da mente, instabilidade, no sentido de algo que se soltou, que está frouxo. O terceiro termo relacionado seria *lymaenin* (λύμαινομαι) uma vez que a doença traria prejuízos para paciente. Além disso, ela o levaria a buscar a solidão, *monusthae* (μόνος); e tenderia a ser um quadro persistente, permanente, *monian* (μονία). Finalmente, o paciente ficaria *hypomeneticos* (ὑπομενετικός) forte. O texto citado por Maneros e Angst (2002), de autoria de Caelius Aurelianus e traduzido por I. E. Drabkin em 1950 e não contém os termos latinos ou gregos. Os termos latinos aqui citados foram extraídos da citação em latim apresentada no texto de Françoise Gaide (1998, p. 134).

Liddel e Scott de Grego Antigo (1996), esse termo grego teria sido bastante usado no sentido de ira dos deuses, ira dos familiares ofendidos; enfim: temperamento vingativo de um povo. Além dessa origem, Linas também apresenta, em segundo lugar, a hipótese de a mania ter derivado do vocábulo μήνη, significando lua. Assim, teríamos o segundo – e igualmente recorrente – conjunto de representações sobre a mania, aquelas relacionadas ao termo lunático e, por conseguinte, também à loucura. Por fim, na terceira hipótese de Linas, μανία seria um derivado de μαινομαι³. Também de acordo com Liddel e Scott, encontram-se os seguintes significados para μαινομαι: frenesi báquico; estar inspirado por; estar fora de si com alegria, e um segundo grupo de significados que se referem à raiva, tumulto, ira, fúria e assim por diante.

De modo geral, os usos mais correntes do termo dão sustentação às hipóteses etimológicas de Linas. Ainda segundo o Léxico Liddel e Scott, o substantivo feminino de origem grega μανία surgiu, em seus primeiros registros, como sinônimo de loucura; como sinônimo de entusiasmo, de frenesi inspirado; por fim, referindo-se à paixão, ao desejo louco por algo. O dicionário grego-francês (Bailly, 1963), que reúne a coleção dos sinônimos da mania em diversos autores da cultura ocidental, nos seus mais de dois mil e seiscentos anos de uso, vai na mesma direção. De acordo com ele, a mania foi sinônimo de loucura, demência, humor sombrio, loucura passional, loucura de amor, delírio profético, inspiração, fúria, aquele que foi tomado por um transporte divino, entusiasmo, exaltação, perturbação da razão. Atualmente, ao menos em seu uso popular, a mania ainda mantém alguns desses significados, entendida no mais das vezes como um hábito, gosto excêntrico, ou fixação em algo.

Esse sentido da mania como loucura furiosa ou agitada ganhou certamente uma saliência maior na cultura grega, pois seu uso não se limitava de modo algum às apresentações clínicas bastante diversas desde o século V a.C.; além delas, a mania iria ocupar, como se sabe, um lugar importante na tragédia e na filosofia. Basta lembrar aqui o nome da peça de Herácles de Eurípedes, *Hēraklēs Mainomenos* (*Ἡρακλῆς μαινόμενος*), que não por acaso tem na versão latina de Sêneca o nome de *Hércules furioso*. Porém, a peça de Sófocles sobre Ajax talvez seja a versão mais famosa da mania em seu sentido de fúria⁴.

³ Esta última hipótese sobre a origem do termo mania também é defendida Ménuret de Chambaud no verbete sobre mania da *Enciclopédia* de Diderot e d’Alembert (Chambaud, 1765/2017, p. 412).

⁴ Após a morte de Aquiles, Ulisses e Ajax devem receber seus espólios e armas de guerra. Ajax acredita que deve ser o herdeiro legítimo destas armas e não aceita que Ulisses acabe escolhido pelos Átridas para ser seu guardião. Tomado pela fúria, Ajax decide se vingar. No entanto, enganado pela deusa Atenas, que lança “sobre seus olhos a pesada ilusão de uma alegria funesta”, mata um rebanho de animais acreditando consumir sua vingança. Após perceber seu ato malsucedido, envergonhado e desonrado, Ajax se suicida.

Embora relativamente abandonada pela cultura ocidental, a concepção da mania como loucura divinatória e inspirada pelos deuses também encontrou manifestações marcantes no teatro e na filosofia da Grécia Antiga. Sem dúvida, entre seus principais representantes, encontram-se a peça de Eurípedes, *As Bacantes*, e alguns diálogos de Platão. Em *Fedro*, principalmente no segundo discurso de Sócrates, a mania como inspiração divina chega a receber uma tipologia, as quatro *theia mania*, ou as loucuras inspiradas pelos deuses. A primeira delas é o dom da profecia do deus Apolo, a segunda é representada pela catarse e os ritos de Dionísio, a terceira consiste na inspiração poética das Musas e, finalmente, a amorosa da deusa Afrodite. Essa versão da mania como graça divina encontra no parágrafo seguinte de Platão um momento exemplar de sua descrição:

“Mas também esse fato merece ser aqui testemunhado, pois constitui uma prova de que na Antiguidade os homens, ao instituírem os nomes, não consideravam o delírio, ou mania (*μανία*), uma coisa vergonhosa, nem motivo de opróbio. De outro modo, se assim não acontecesse, não teriam dado à arte de adivinhar o futuro, a mais bela das artes, o nome de maniké, a arte delirante! Foi justamente por considerarem o delírio como uma virtude bela, uma vez que provém de uma graça divina, que lhe deram esta denominação. Em contrapartida os modernos, destituídos do sentido do belo, introduziram naquela palavra um t e passaram a designá-la por mantiké, ou arte divinatória” (§ 244c, p.54).

Veremos que essas versões entusiastas da mania irão aparecer nos relatos de casos e nas falas de pacientes, espalhadas pelos outros capítulos da tese, expressando o episódio maníaco como um estado de beatitude. Mas o mais importante, como se observará no capítulo quatro, a caracterização da mania em termos de estado de inspiração divina e dionisíaca também não é estranha às descrições de Freud sobre o quadro.

1.2. História

Como adiantamos acima, as significações da mania nem sempre foram as mesmas, sobretudo no discurso médico onde floresceu. Assim, a exposição de alguns de seus principais sentidos e os debates em seu entorno é necessária, pois fornecerá o fundamento para o desenvolvimento de nossos argumentos posteriores, ainda que ela seja longa e carregada de minúcias. Por tratar-se de um período extenso, com muitos detalhes que fogem ao escopo desta tese, iremos ater apenas aos principais movimentos de transformação das descrições

desse quadro. O que nos interessa, sobretudo, é a relação entre a mania e melancolia, as descrições de seus subtipos e a caracterização da temática do *torna-se outro*. Destacamos estes pontos pois eles, como veremos mais adiante, tem a ver diretamente com os problemas da psicanálise e com a nossa tese da mania como triunfo do Ideal.

1.2.1 Os primeiros registros sobre a mania

Inserido em um comentário sobre a apresentação e progressão da “frenite”, em comparações com a melancolia, a citação a seguir é certamente um dos principais registros sobre a mania presente no *Corpus Hipocraticus*⁵; nela a mania é apresentada como um possível desdobramento, ao que parece uma configuração aguda, desses dois outros quadros.

“Os doentes de *frenite* se assemelham, no que diz respeito ao delírio (*παράνοια*), sobretudo aos *melancólicos*; porque os melancólicos, quando o sangue foi perturbado pela bile e pela fleuma, tornam-se doentes e ... deliram (*παράνοοι γίνονται*); alguns até se tornam *maníacos*; é assim também na *frenite*” (*Maladies I, apud Pigeaud, 2010, p. 23*).

Esse é o primeiro passo de um longo caminho em que a mania e a melancolia aparecem juntas, formando o indício da existência de um *laço secreto que as une*, para se valer da expressão proposta por Baillarger muitos séculos depois. Nesse momento, porém, desponta apenas a observação da sua subsequência, ou seja, a mania sucedendo a melancolia.

No entanto, em uma outra passagem, descobre-se que poderia haver duas formas de mania, cujas apresentações sintomáticas variam de acordo com o humor do qual derivam, a fleuma ou a bile. A mania originada da fleuma “vai no sentido da lentidão. Eles choram por nada, temem o que não é temível, se afligem por coisas não merecedoras de aflição, na verdade não sentem nada daquilo que convém sentir a pessoas que têm um pensar” (*apud Pigeaud, p. 43*). Já o segundo tipo de mania, derivada da bile, seria mais próxima da ideia de loucura furiosa. Nela, a alma seria menos constante, buscaria mais objetos, e seria acometida por uma sucessão rápida de sensações⁶; os maníacos “vociferam, são nefastos, sempre

⁵ Os volumes do *Corpus Hipocraticus* nos quais a mania é mencionada e que são por analisados por Pigeaud (2010) estão nos tratados sobre as doenças agudas e sobre a constituição das epidemias. Tivemos acesso aos trechos apenas através dos comentários e da obra de Pigeaud.

⁶ No entanto, a compilação que Pigeaud faz dos signos da mania extraídos das descrições hipocráticas revelam seu caráter vago e difuso. Ainda que o autor encontre nelas a menção a alguns outros signos para a mania (como a perda de visão, a modificação do olhar, os êxtases silenciosos, a modificação da respiração, os espasmos e a agitação), as breves sugestões de tratamento e o elenco de fatores de risco (a bile, a fleuma, o vinho, a carne, a exposição ao frio e ao calor), o tema não conta com muitas definições resolutas.

agitados e agitando sem cessar e de modo inoportuno” (*apud* Pigeaud, 2010, p. 59). Essa variação nas descrições encontráveis nos escritos hipocráticos evidencia quão diversos podem ser os estados abarcados pelo termo mania⁷, para reiterar mais uma vez uma circunstância semântica que terá efeitos teóricos e clínicos.

De acordo com Pigeaud, o segundo autor da Antiguidade a realizar avanços na definição da mania é Celso⁸, quem inseriu a mania, juntamente com os estados do frenesi e a melancolia (p. 257) no grupo das insânias, revelando mais uma vez a aproximação entre mania e loucura. Ele propõe dividir a mania em dois tipos:

“Há duas espécies dessa doença; alguns, com efeito, são enganados por imagens, e não por sua razão (*mente*); como as imagens que percebem, segundo os poetas, Ajax ou Orestes, em sua loucura (*insanientem*). Para outros, é pelo espírito que eles perdem a razão (*quidam animo desipiunt*). Se são as imagens que enganam os doentes, é preciso ver, antes de tudo, se elas são tristes ou alegres” (*apud* Pigeaud, 1994, p. 263).

Ainda que haja poucos elementos para o desdobramento de uma análise, novamente observamos a categoria da mania dividida em duas *espécies*, de acordo com sua origem. No entanto, embora o trecho não mencione as formas de manifestação em uma e na outra, parece ser legítimo inferir, ao menos para os casos de mania derivada do engano da imagem, uma diferença fenomênica no caso de a imagem enganadora ser triste ou alegre. Desse modo, trata-se aí da primeira indicação mais explícita da relação entre a mania e os afetos.

As diferenças nas formas de apresentação de mania também emergem na obra de Areteu da Capadócia, trazendo avanços consideráveis em diversos aspectos da sua descrição. Antes de abordarmos as diferenças internas ao quadro, convém tocar na tentativa de distinguir a mania de outros estados que *inflamam e fazem delirar*. O primeiro critério utilizado nesse contexto é a presença ou ausência de febre, já mencionado desde os escritos hipocráticos, principalmente para separar a mania da frenite. O segundo critério de discriminação, dada a constatação de que haveria substâncias capazes de provocar comportamento maníaco, seria a permanência temporal da configuração sintomática. A rápida remissão da alteração poderia indicar que não se tratava de uma mania, mas antes de comportamento maníaco causado por embriaguez ou ingestão de outras substâncias.

⁷ Na interpretação de Healy (2008), ainda que o conjunto de textos dos escritos hipocráticos seja considerado importante no debate sobre o assunto por ter colocado a mania em nosso *radar cultural*, o uso do termo ali presente corresponderia mais à descrição de quadros de *delirium* que da mania como descrita nos dias de hoje (p. 07). Também para Linas, a mania na obra hipocrática não tem qualquer significação nosológica determinada (Linas, 1871, p. 508). E, finalmente, Pigeaud afirmar que: “(...) no *Corpus hipocrático* os sentidos da mania são pouco determinados, e enquanto conceito não está ainda constituído” (p. 68).

⁸ Essa leitura não é consensual. Cf. Linas (1871).

“Inúmeras são as espécies de mania, mas para o gênero⁹ ela é apenas uma. De fato, ela é um delírio (*ekstasis*¹⁰) que dura, sem febre. Pois se acontecesse de, além disso, ocorrer a febre, ela não seria devida, propriamente, à mania, mas a outra circunstância, porque o vinho, também, inflama e faz delirar, durante a embriaguez. Provoca também comportamento maníaco a absorção de substâncias como a mandrágora, o meimendo; mas seus efeitos não são chamados de mania. Porque esses fenômenos ocorrem de repente, e o retorno à calma se faz rapidamente, enquanto na mania eles se mantêm firmemente” (Aretaeus, *apud* Pigeaud¹¹, p. 74).

Cabe sublinhar aqui que a associação e a semelhança entre a mania e os estados alterados causados por substâncias estimulantes ou narcóticas não foi uma apreciação que se esgotou na Antiguidade. Este problema consiste em uma questão transversal, presente desde o parágrafo de Platão sobre a inspiração dionisíaca da mania, passando pelas descrições de Griesinger até chegar a formulação do quadro da mania secundária e, não menos importante, transparece na última menção à mania na obra de Freud.

Voltando aos avanços sobre a mania em Aretaeu, encontram-se também em sua obra quais seriam as predisposições, a idade de início da manifestação e suas possíveis causas, como vemos no seguinte trecho:

“Essa doença atinge as naturezas coléricas, propícias a excitar-se, amantes da ação, de convivência fácil, alegres, amantes do jogo. (...). Esses tornam-se maníacos mas também aqueles que estão na idade onde o calor e o sangue são abundantes, esses também se tornam maníacos, isto é aqueles que se aproximam da adolescência, e os jovens, e aqueles que estão no momento de vigor extremo de seu ser” (Pigeaud, 2010, p. 75).

É possível notar como, no elenco da tendência à mania, aparece uma constelação de traços muito próximos do que se entende por mania segundo os critérios atuais: cólera, excitação, atividade, alegria, abundância. Entre as causas da mania, Aretaeu cita literalmente um regime de excessos: “regime de gulodice, uma glotonaria sem medida, a embriaguez, o coito excessivo, o apetite do sexo” (p. 75), e complementa, “tais são as causas evidentes

⁹ Segundo o comentador, trata-se de uma referência a Aristóteles, ao par *génos-eidos*, gênero e espécie. Ele afirma que em Caelius Aureliano haveria algo similar: “a mania difere em cada caso por sua forma e sua aparência, enquanto em sua potência e gênero, ela é idêntica” (Pigeaud, p. 79).

¹⁰ O próprio Pigeaud discorre sobre sua opção em traduzir *ekstasis* por delírio. Embora ciente das limitações e problemas desta tradução, o autor explica que o êxtase poderia ser definido como: “uma violenta perturbação do pensamento que se manifesta por uma conduta social anormal, gestos que não se justificam, movimentos espasmódicos e exaltados, ela é perceptível mesmo fora da fala e do raciocínio, e mais, o silêncio pode fazer parte do *ek-stasis*” (Pigeaud, 2010, p. 83).

¹¹ Pigeaud (2010) utiliza a tradução de Karl Hude das obras de Aretaeu, cujo título é *Aretaeus (Corpus medicorum Graecorum)*, 2ª edição, Leipzig-Berlim: Akademie, 1958.

(*prophasie*), elas excitam um homem à mania, se uma causa qualquer que seja suprime o escoamento habitual de sangue, bile ou de suor” (p. 76). Nota-se, portanto, no regime de causas a ênfase em sublinhar a existência de experiências de excessos, seja por ingestão tanto quanto por retenção.

E finalmente, assim como no *Corpus Hipocrático* e em Celso, Areteu também descreve duas formas principais de mania. Diferentemente das obras anteriores, desta vez não há indicação de que essa diferença se deva aos fatores precipitantes, mas aos afetos da alegria ou da cólera que ocorrem durante a manifestação.

“Para aqueles nos quais a mania se reveste de uma forma alegre, eles riem, eles brincam, eles dançam noite e dia, se dirigem à *ágora* sem medo de mostrar-se, às vezes coroados como os vencedores que saíram de uma luta. Uma tal forma de doença é, para os familiares, isenta de problemas. Mas há também aqueles cuja cólera os tornou maníacos; é o caso daqueles que rasgaram suas roupas, que mataram seus servos, que golpearam a si próprios. Essa infelicidade não é sem de risco para seu entorno. Mas existem mil formas de mania” (p. 76).

Entre as diversas descrições da mania que serão apresentadas ao longo desse capítulo, esta é uma das que mais se aproxima da formulação freudiana em *Luto e Melancolia* (1917). Ao caracterizar a mania alegre, a observação de Areteu segundo a qual esses maníacos parecem saídos da luta “coroados como vencedores” remete imediatamente à concepção freudiana sobre a mania como triunfo do Eu. Porém, o que para Areteu é analogia, para Freud era de fato o fim de uma luta intrapsíquica da qual o Eu saíra vitorioso.

Além disso, a respeito da última citação, convém assinalar que, apesar de tratar-se de duas manias bem diferentes, ambas são marcadas “por uma agitação na ação” (p. 75). Como ficará claro no próximo capítulo, os sintomas relacionados aos impulsos motores e aos atos serão considerados dos mais importantes nas considerações sobre o quadro.

Em outro trecho, a expressão da cólera como uma entre “mil formas” de manifestação da mania cede lugar a uma outra leitura, em que a ela aparece como uma expressão da etapa mais aguda do quadro: “No ápice da doença, eles têm sonhos eróticos; eles têm um desejo incontrolável do ato venéreo, eles nem mesmo têm pudor nem restrição para realizar o ato sexual em público. A admoestação e a culpa os inflama de cólera, e a mania torna-se então completa” (p. 78). Não se sabe, no entanto, se este seria o *ápice da doença* para todas as suas formas na concepção de Areteu.

Ademais, em relação às hipóteses sobre os aspectos de evolução da mania, há um outro aspecto importante na obra de Areteu que o leva a ser considerado como o primeiro

autor a descrever o que mais tarde seria denominado transtorno bipolar do humor (Marneros e Angst, 2000). Isto porque, segundo alguns pesquisadores, Areteu teria sido o primeiro a estruturar a relação de continuidade entre melancolia e mania, como parte da mesma manifestação. Em sua ordenação, a mania seria uma continuidade e agravamento da melancolia, apesar de serem sintomatologicamente opostas¹² (Healy, 2008; Marneros e Angst, 2000, p. 06).

Algo semelhante também poderá ser encontrado na obra de Sorano de Efeso (conhecida pela tradução e divulgação de Cælius Aurelianus), para quem a mania e a melancolia seriam quadros que poderiam se suceder. Segundo Healy, em algumas passagens da obra de Sorano, a melancolia aparece como uma espécie de “pródromo da mania ao invés de um polo oposto a ela” (2008, p. 10).

“A visão de que uma loucura ou mania poderia aparecer como um desenvolvimento de um estado melancólico inicial é amplamente encontrada nos autores romanos. A conexão usual dava-se no sentido de a melancolia ser um estágio inicial ou uma forma atenuada de loucura, com a mania sendo o termo usado para os estágios mais severos e tardios” (*Ibid.*, p. 11)

Essa síntese de Healy do panorama de concepções sobre a mania e a melancolia no final da Idade Antiga integra pelo menos três linhas de problemas que acompanharão as discussões sobre mania durante muitos séculos. Neste momento, gostaríamos apenas de isolá-las pois elas são centrais para os desenvolvimentos futuros. A primeira delas, como já adiantamos acima, é a conjugação entre loucura e mania como campos que se equivalem e se sobrepõe em alguns períodos históricos.

A segunda consideração diz respeito à concepção da melancolia como um possível estágio inicial da loucura. Essa questão ganhará expressão sobretudo na obra de Griesinger (1871), que “estipulava que a melancolia ou a mania são obrigatoriamente estados preliminares de todos os transtornos mentais” (Berner, 1993, p. 39). Ou seja, elas seriam expressões primárias na evolução do quadro, enquanto as desordens de pensamento e da vontade seriam secundárias. Segundo Berner (1993), após muitos desdobramentos, esse problema irá derivar em dois outros, que se referem à divisão entre as psicoses de origem cognitiva e as psicoses afetivas e à divisão entre as psicoses de origem somática e as reativas.

¹² Para Healy (2008) a constante menção a Areteu feita em textos sobre o transtorno bipolar teria como objetivo, no fundo, “alegar que a doença maniaco-depressiva era reconhecida na Antiguidade tanto quanto a diabetes era e assim sugerir que ela é uma doença tão real quanto a diabetes é” (p.10).

Por fim, a citação de Healy (2008) toca no ponto das pluralidades de associação entre a mania e a melancolia, que, nesse momento, expressaremos na forma de uma interrogação: afinal, a mania e a melancolia são dois estágios de um mesmo quadro ou dois quadros separados que podem se suceder?

Adiantamos que sobretudo as duas envolvem a teoria freudiana para a qual a mania é uma reação à melancolia e também um dos seus possíveis desfechos.

1.2.2 Licantropia: sair de si e voltar a si

Parece ser consensual a tese segundo a qual não houve muito avanço nos debates sobre a mania durante a Idade Média (Linas, 1871; Healy, 2008; Couchoud, 1913). Segundo a leitura de Linas (1871), a melancolia recebeu mais atenção, ao passo que a definição da mania permanece vaga até o tratado de Pinel (p. 509). A explicação do próprio Pinel para isso é que os desenvolvimentos do estudo da matéria na Antiguidade se perderam nos séculos de “ignorância e barbárie”, e que o Renascimento não teria sido tão profícuo para o estudo da *alienação mental*: “se traduzia e comentava o que havia sido escrito de mais sensato sobre a mania pelos autores gregos e latinos, mas apenas no limite do respeito supersticioso (...)”, representando uma simples compilação dos achados anteriores (Pinel, 1801/2007, p. 45).

No entanto, antes de Pinel, há dois textos sobre a mania publicados na Idade Moderna que merecem ser mencionados porque contêm comentários que, apesar da aparência trivial, abrem novas questões sobre nosso problema. O primeiro é *Anatomia da Melancolia*, de Robert Burton, publicado em 1621, e o segundo é o verbete sobre a mania de Ménuret de Chambaud, escrito em 1765 para a *Enciclopédia* de Diderot e d’Alambert, publicado em seu décimo volume.

Burton dedica um pequeno capítulo, constando na subdivisão 4 da primeira parte, a quadros que dão nome à seção: *Delírio, frenesie, mania, hidrofobia; dança de Saint-Guy, êxtase*. Trata-se, sobretudo, de definir os quadros supracitados a fim de separá-los da melancolia, o que já indica sua posição diante da antiga questão sobre a natureza da ligação entre a melancolia e a mania. Burton discorda da visão dos autores para os quais a mania e a melancolia seriam *uma só e mesma doença* (p. 221). Em sua definição, a mania é:

“um delírio veemente ou furioso sem acompanhamento de febre, bem mais violento que a melancolia, repleto de cóleras e gritos, de olhares, de ações, de gestos horríveis, que perturbam muito mais o corpo e o espírito do paciente; ela é isenta de todo sentimento de medo ou de tristeza mas contém tanta força impetuosa e odiosa que é necessário mais de três ou quatro homens para controlar o doente. A única diferença para o frenesi é que a febre está ausente e que em geral ela afeta menos a memória dos pacientes” (Burton, 1621/2000, p. 221).

Portanto, na comparação com a melancolia, a mania seria mais violenta, perturbaria mais o corpo e o espírito e, em lugar do medo e da tristeza, haveria a força, os gestos e os olhares. Mas, para Burton, a mania também poderia ter outras expressões, como os êxtases, “a inspiração sobrenatural, as revelações e as visões, a obsessão e a possessão pelo demônio, as *profecias sibilinas* e os *furores poéticos*” (p. 222), revelando sua aproximação da concepção platônica das formas de mania como inspirações divinas. O mesmo ocorre com a segunda obra desse período, o verbete de Chambaud (1765/2017), ao descrever as alterações da linguagem que acometem os maníacos, no que se mencionam novamente as suas capacidades poéticas e premonitórias:

“(...) falavam línguas estrangeiras, compunham versos, raciocinavam com maestria sobre assuntos que desconheciam; alguns previam o futuro – o que leva a presumir que os adivinhos, as sibilas e outros, que emitiam oráculos para os idólatras antigos, eram simples loucos, acometidos por acessos de furor” (Chambaud, 1765/2017, p. 413).

Um dos méritos do verbete de Chambaud foi o de expandir a descrição clínica da mania, com seus sintomas, progressão do quadro, riscos, causas. Além disso, Chambaud é um dos primeiros a enunciar um critério de diferenciação entre a mania e a melancolia baseado na extensão de objetos a que o delírio se refere, critério este que revela a equivalência entre a mania e a loucura. Em sua definição, a mania é:

“um delírio generalizado, sem febre, marcado por fúria, não raro acompanhado de audácia e cólera. Quando é suave, tranquilo, ou mesmo ridículo, chama-se loucura ou imbecilidade. (...). Mas, como esses diferentes estados são apenas graus ou espécies de mania, e dependem da mesma causa, compreendemos em geral, sob essa classificação, todas as doenças de longa duração em que o paciente não somente perde a razão, como não percebe que isso acontece, e faz coisas que não têm ou não parecem ter motivos extraordinários ou ridículos. Se o seu delírio tem apenas um ou dois objetos determinados, e, quanto ao resto, o paciente se comporta como alguém sensato, isto é, como a maioria dos homens, então deve-se considerá-lo melancólico, e não maníaco” (*Ibid.*, p. 412)

Como veremos, o critério da extensão do delírio que estabelece uma divisão entre as loucuras gerais e parciais fará com que a análise da qualidade dos afetos passe para o segundo

plano nas caracterizações da mania. Ele também será adotado por Pinel e amplamente explorado por Esquirol.

Mas, antes de chegar à obra de Pinel, há mais um elemento no pequeno capítulo de Burton que merece destaque. Em seu catálogo das formas conhecidas de mania, junto com a hidrofobia e a dança de Santo Guy¹³, Burton inclui a licantropia (*lupinam insaniam*). Até esse momento, ela era inserida no hall das formas melancólicas por alguns autores, posição com a qual Burton declara discordar (p. 225).

Esse quadro, conhecido como a loucura do lobo, é incomum tanto em sua apresentação quanto nas descrições da mania feitas até aqui. Definido pela crença do doente em ter se transformado em um lobo e passar assim a agir como tal, ela representa a primeira forma de mania que expressa uma mudança na propriocepção. Ao descrever a loucura de Nabucodonosor, Quérel (2012) fornece a imagem de uma variante desse quadro que ajuda a esclarecer a sua novidade em relação ao que se representava como mania até então:

“Expulsos de sua comunidade e escondidos nas florestas para levar uma vida selvagem, muitos desses loucos dão origem ao mito da licantropia (etimologicamente ‘homem lobo’, o futuro lobisomem). Nabucodonosor, rei da Babilônia, é um arquétipo dele. Para punir o conquistador do reino de Judá e o destruidor do templo de Jerusalém (início do século VI a.C.) por seu orgulho, Yahvé o atinge com a loucura. Nabucodonosor acredita que se transformou não em lobo, mas em touro, como os das numerosas imagens que ornamentavam as paredes de seu palácio. Vivendo como selvagem em seus vastos jardins, exposto às intempéries, ele comia apenas ervas e deixou crescer seus cabelos e unhas. Mas o rei da Babilônia foi punido apenas temporariamente (‘sete tempos’, indicam sem precisão as Escrituras). Ele pode enfim ‘voltar a si mesmo’ e se endereçar humildemente a Deus que o enviou a cura” (Quérel, 2012, p. 27).

No próximo período, a licantropia não figurará mais entre as principais formas de manifestação da loucura ou da mania. No entanto, veremos como essa característica de “sair de si para tornar-se outro” se repetirá nas descrições sobre a mania realizadas na obra de Pinel e de Griesinger. Mais ainda: talvez ela traga consigo uma primeira pista para chegarmos a um registro que permitiria identificar uma mudança estrutural psíquica específica da mania.

¹³ *Chorus sancti Viti*, depois conhecida como coreia. Burton a descreve da seguinte forma: “aqueles possuídos por ela não podem fazer outra coisa a não ser dançar até à morte ou a cura” (p. 225), confirmando a concepção de Burton da mania essencialmente como estado de agitação.

1.2.3 A mania no paradigma da alienação mental¹⁴

Não há dúvida alguma a respeito do caráter decisivo para certas cristalizações semânticas da categoria de mania daquelas que lhe foram conferidas pelo paradigma da alienação mental, o qual se caracteriza, segundo Lanteri-Laura (1993), por adotar a alienação mental como patologia única, com aspectos semiológicos variados. Começamos por seu fundador, Pinel.

Como se sabe, Pinel recupera os estudos sobre a mania ao propor a adoção de um novo método baseado no empirismo e na análise das funções do entendimento humano (1801/2007, p. 59): “impõem-se atualmente que se retome a mania sob o olhar da observação, abandonado durante séculos” (p. 45). Essa declaração aparece na introdução de seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*¹⁵, em que, como revela a presença da conjunção explicativa no título, se estabelece uma equivalência entre a mania e a alienação mental, ao mesmo tempo em que ela designa duas variações semiológicas da alienação mental¹⁶. Nas primeiras seções de apresentação do *Tratado*, a mania delirante é sempre citada para designar a alienação mental e, nas seções seguintes, para designar uma das espécies¹⁷ de alienação mental, divididas com base no critério de alterações das faculdades do entendimento humano.

A primeira espécie de mania, ou alienação mental, é aquela desprovida de delírio, ou *manie raissonnante*, um dos quadros mais controversos do século XIX. Ela designa os casos que apresentam acessos de fúria, mas mantendo explicações coerentes para os atos cometidos. Por isso, Pinel dirá que são casos com lesão apenas nas faculdades afetivas e não nas faculdades do entendimento:

¹⁴ De acordo com a periodização estabelecida por Lanteri-Laura, a fase do paradigma da alienação mental compreende a produção psiquiátrica dos anos de 1793 a 1854, tendo como seus representantes maiores Pinel, Esquirol, Griesinger e Guislain (1993, p. 51).

¹⁵ A primeira edição foi publicada no ano IX do calendário revolucionário, que corresponde ao período entre setembro de 1800 a setembro de 1801.

¹⁶ Esse duplo uso da mania já estava presente em escritos anteriores de Pinel. Por exemplo, em 1794, no texto intitulado *Tableau général des fous de Bicêtre au nombre d'environ 200*, Pinel esboça um sistema de classificação das variedades semiológicas da alienação mental no qual a mania significa tanto a loucura quanto um tipo de loucura. Essa concepção surge justamente em uma seção em versa sobre “as variedades gerais da mania”, em que Pinel insere os quatro itens: lesão das funções do entendimento com furor; furor sem lesão das funções do entendimento, ou, *manie raissonnante*; melancolia ou misantropia maníaca; idiotismo (Trichet, 2014). Essa posição se manterá nos textos seguintes, como em *Observations sur la manie pour servir l'Histoire naturelle de l'Homme* (1794), até resultar na exposição tal como feita em sua obra maior, o *Tratado* de 1801.

¹⁷ São cinco espécies de alienação mental para Pinel: a demência, o idiotismo, a mania sem delírio, a mania com delírio e a melancolia.

“Nenhuma alteração sensível nas funções do entendimento, da percepção, do julgamento, da imaginação, da memória etc.; mas perversão nas funções afetivas, impulsão cega para atos de violência, ou mesmo de uma fúria sanguinária, sem que se possa assinalar ideia alguma dominante, e nenhuma ilusão da imaginação que seja a causa determinante destas funestas tendências” (*Ibid.*, p. 174).

Pinel enfatiza que o traço distintivo da mania sem delírio seria a presença das “emoções de natureza irascível” constituindo a *essência da crise*, sem que houvesse traços de delírio, “singularidades bizarras do julgamento” ou mesmo qualquer “perturbação nas ideias” (*Ibid.*, p. 171). Nos exemplos de casos apresentados por Pinel, essa situação paradoxal de descontrole das ações e “crueldade sanguinária” coexistindo com a lucidez levaria a uma espécie de tensão interna intensa no paciente, “(...) muitas vezes fazendo com que tente, com a morte, terminar esta luta insuportável” (*Ibid.*, p. 172).

A segunda espécie de mania é aquela que apresenta delírio. Nesses casos, a perturbação na faculdade afetiva está acompanhada da perturbação das funções da imaginação, da memória e da percepção, todas elas precedidas por uma excitação nervosa que se expressa fisicamente, através da força muscular e da agitação, mas também moralmente, “por um sentimento profundo de superioridade de suas forças” (*Ibid.*, p. 87). Esse estado desencadearia o desenvolvimento das ideias delirantes (p. 176).

É interessante observar que os exemplos do delírio sugeridos por Pinel voltem à temática do tornar-se outro ou ser outro, como no caso da licantropia relacionado à mania por Burton. Na mania delirante tal como descrita por Pinel, as versões do outro diferem da anterior, porém como que ganhando mais envergadura em uma mesma direção. Não mais o lobo ou o touro, agora o profeta Maomé, um monarca, um general da armada, o soberano do mundo, o maior dos potentados:

“Encontrei frequentemente em meu caminho, no hospício de Bicêtre, um general da armada que acabava, segundo ele, de lançar cinquenta mil homens à morte; ao lado, um monarca que não falava senão de seus assuntos e de suas províncias; acolá, o profeta Maomé em pessoa que ameaça em nome do Todo Poderoso; mais adiante estava o soberano do mundo, que poderia com um sopro aniquilar a Terra” (*Ibid.*, p. 175).

Como havíamos mencionado no comentário sobre o verbete de Chambaud (1765/2017), Pinel também adota o critério da extensão do delírio para diferenciar a mania da melancolia. Desse modo, o delírio da mania seria aquele que se propaga sobre um *número prodigioso de objetos* (p. 175), diferindo do delírio melancólico, que se encontra circunscrito a apenas um objeto, “dominado por uma ideia exclusiva” (p. 164).

Com a adoção desse critério, Pinel separa a mania e a melancolia como duas espécies distintas, não as concebendo como duas etapas de um processo único, mesmo admitindo que haja casos em que a melancolia possa se transformar em mania. A citação a seguir apresenta o caso descrito por Pinel para ilustrar a transformação da melancolia em mania, onde fica claro o uso do critério da amplitude do delírio para identificar a mania delirante e a melancolia:

“Um alienado desta espécie, confinado a meus cuidados há doze anos, e com idade já avançada, não delirou durante os oito primeiros anos senão com a ideia quimérica de um envenenamento de que se acreditava ameaçado. Nesse intervalo de tempo, nenhum desvio de sua conduta, nenhuma outra marca de alienação; ele era mesmo de uma extrema reserva sobre seus propósitos, persuadido de que seus parentes procurariam interdita-lo para se beneficiarem de seus bens; a ideia de um pretendido veneno tornava-o somente muito temeroso, e ele não comia senão alimentos pegos furtivamente na cozinha de seu pensionato. Próximo ao oitavo ano da reclusão, seu delírio primitivo mudou de caráter; acreditava primeiro ter-se tornado o maior dos potentados, a seguir, igual ao Criador e o soberano do mundo. Esta ideia ainda é sua fonte de felicidade suprema” (p. 167).

Na segunda edição, publicada em 1809, a mania é retirada do título, que agora passa a ser *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*. Essa mudança não tem nada de fortuita: ela implica que o termo será usado prioritariamente para designar uma das espécies da alienação mental: “o termo de mania indica mais particularmente um delírio generalizado com mais ou menos agitação ou um estado de furor” (1809, p. 04)¹⁸. Outra modificação da segunda edição também é significativa: a mania sem delírio passa a ser integrada à categoria da mania delirante, em razão de apresentar sinais de alteração específicos da mania ainda que sem manifestação de delírio (1809, p. 158).

Por fim, o que se mantém constante nas duas edições é a concepção da mania delirante fundada em três aspectos: a presença da excitação nervosa, com delírio generalizado, acompanhada da “perturbação completa de todas as operações do entendimento” (1809, p. 139). Essa definição obriga a incluir na categoria de mania delirante todas as manifestações delirantes com excitação, o que faz com que o quadro da mania em Pinel acabe por abarcar apresentações diversas, permanecendo ainda pouco específico.

Assim como em Pinel, a definição de mania para Esquirol, em *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (1838/1989)¹⁹, se mantém como um delírio que se estende a muitos objetos, acompanhado da perturbação em todas as

¹⁸ Nessa edição são mais raros os usos de mania como sinônimo de alienação mental. Eles se encontram na introdução da edição (cf. p. 25, 1809) e na apresentação (cf. p. 09), por exemplo.

¹⁹ Esquirol, discípulo de Pinel, também mantém o conceito de alienação mental como sendo a categoria mais ampla que se apresenta em diferentes tipos. A divisão das formas gerais de loucura também é feita com base na análise das faculdades da alma atingidas e de acordo com a amplitude do delírio.

faculdades da alma – sensibilidade, inteligência e vontade –, na companhia da excitação (p. 11, tomo I). Por outro lado, Esquirol avança sem dúvida na descrição semiológica, na apresentação de causas, dos tratamentos, na casuística, e na descrição do curso da crise.

A crise começaria com sintomas afetivos passageiros e irregulares. O paciente aparenta estar triste, feliz, impaciente, irritável, apresenta sensações de calor corporal e insônia. Outros pacientes, antes da crise, também poderiam tornar-se “hipocondríacos, profundamente melancólicos, enquanto existem outros que caem em estupor profundo; parecendo estar privados de todo sentimento e de toda ideia” (p. 09, tomo II). Depois dessas fases iniciais a mania irromperia “com todo o seu delírio e sua agitação” e finalmente a etapa mais aguda do quadro seria caracterizada por “atos de violência e furor espontâneos” (p. 15, tomo II).

“Muitos indivíduos, sujeitos a indisposições habituais que desapareceram subitamente, experimentam um bem estar perfeito, creem ter chegado ao auge da saúde; eles têm o sentimento de uma força e de uma alegria inexprimíveis; toda a natureza se embeleza a seus olhos; tudo lhe parece fácil e confortável; eles não conhecem obstáculos a seus desejos; o contentamento, a alegria estão impressos em sua fisionomia: a insônia, a constipação, a agitação aumentam progressivamente, as ideias se confundem, e o doente entra alegremente na mais terrível das doenças” (p. 09, tomo II).

Vemos aqui se repetirem diversas concepções da Antiguidade, sendo a primeira e a mais importante a concepção de que a melancolia ou os estados melancólicos poderiam ser pródromo da mania. Outro ponto que convém destacar é a localização do tom colérico e furioso da mania em sua etapa mais avançada, já presente em Areteu. Também chama a atenção nessa descrição de Esquirol a ocorrência das modificações na sensibilidade corporal que acompanham a fase inicial da manifestação.

Mas, além de enriquecer as descrições sobre a apresentação clínica da mania, Esquirol também produziu uma novidade para a sua classificação, especificamente no que se refere a sua forma como delírio parcial, a monomania. Como para Pinel, o grupo das afecções parciais, aquelas cujos delírios se restringem a poucos objetos, incluía a melancolia, que agora passa a se chamar lipemania, e refere-se às manifestações de delírio parcial com tonalidade triste ou depressiva (p. 11, tomo I). Mas, além dela, Esquirol amplia a categoria das loucuras parciais, que agora incluem também os delírios parciais de afeto alegre e suas variações, a depender da faculdade que é afetada: intelectual, afetiva e instintiva. A monomania afetiva corresponderia à mania sem delírio de Pinel, também chamada de mania raciocinante:

“Nos monomaniacos as paixões são exaltadas e expansivas; tendo o sentimento de um estado de saúde perfeita e inalterável, de uma força muscular aumentada, de um bem estar geral, esses doentes aproveitam o lado bom das coisas, se satisfazem consigo, estão contentes com os outros, são alegres, felizes, comunicativos; eles cantam, riem, dançam; dominados pelo orgulho, pela vaidade, pelo amor-próprio, eles se comprazem em suas convicções pretensiosas, em seus pensamentos de grandeza, de potência, de riqueza; eles são ativos, petulantes, de uma loquacidade inesgotável, falando sem cessar de sua felicidade; eles são suscetíveis, irritáveis; suas impressões são vivas, seus afetos enérgicos, suas determinações violentas, inimigos da contrariedade e da restrição, eles ficam facilmente coléricos e até em fúria” (1838/1989, p. 334).

Com a proposta da distinção entre a mania e a monomania afetiva, Esquirol insistia na necessidade de estabelecer uma diferenciação entre os pacientes maníacos que manifestavam perturbação total da faculdade do entendimento e aqueles que demonstravam delírios circunscritos, ou que eram expansivos ou coléricos sem apresentar delírio. Apesar das amplas críticas posteriores direcionadas às categorias de monomania e mania sem delírio²⁰, a tentativa de estabelecer distinções entre as formas de mania de acordo com a sua gravidade continuará sendo feita por outros autores.

Um dos representantes dessa tendência é Griesinger, para quem o campo dos estados de exaltação também se divide em dois, apesar de ele mesmo ser um dos grandes críticos do conceito de Pinel e Esquirol de mania sem delírio, essa “espécie patológica que Pinel criou, é preciso dizê-lo, para o azar da ciência” (1863/2017, p. 355). Para Griesinger, o primeiro problema da categoria estaria na confusão conceitual dela derivada ao se dar o mesmo nome a dois estados de loucura diferentes: os ataques de furor periódico que não são acompanhados de delírio intenso e os acessos de exaltação moderada em que o paciente ainda consegue dar uma justificativa razoável para seus atos, e que posteriormente seria chamada de loucura raciocinante ou delírios de interpretação, quadro completamente diferente da mania. Em segundo lugar, o problema da categoria de Pinel, para Griesinger, consiste simplesmente em que não há mania sem delírio.

²⁰ A principal crítica ao conceito de monomania e mania sem delírio foi feita por J.P. Falret, em 1854, nos textos clássicos *De la non-existence de la monomanie* e *La manie peut-elle exister sans une lésion de l'entendement?*. Um dos principais pontos atacados por Falret foi o emprego clínico inadequado do princípio metodológico da divisão da faculdades da alma: “(...) nada é mais falso e mais contrário à observação, no estado normal como no estado adoecido, que essa fragmentação da alma humana em um certo número de forças distintas, susceptível de agir isoladamente, e portanto de ser lesada separadamente; tudo se vincula e se encadeia na ação das faculdades do homem, e é apenas por uma abstração destinada a facilitar o estudo, que se pode considerar como forças especiais os diversos modos de atividade humana, que são apenas aspectos diversos de um mesmo princípio, indivisível em sua unidade” (Falret, 1854/2017, p. 432).

Em *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*, Griesinger propõe que existam duas formas de mania, uma mais grave que a outra. O critério utilizado para fundamentar a divisão não é a presença ou ausência de delírio, já que para ele haveria delírio nas duas formas de mania (p. 356).

A nova proposta de classificação do grupo dos estados de exaltação mental, ou mania (*Tollheit*), é dividi-lo entre a mania (*die Tobsucht*, fúria) e o delírio alucinatório (*Wahnsinn*), que se encontram ligados entre si e podem transformar-se um no outro. Ambos apresentam a mesma lesão fundamental dos impulsos (e das vontades) e do humor (*Stimmung*), de onde derivam as outras alterações como as da inteligência e da sensibilidade:

O sofrimento fundamental das condições maníacas consiste, a saber, em uma perturbação do lado motor da vida psíquica, da aspiração, mais precisamente de tal tipo que ela se mostra livre, solta, desvinculada e intensificada, e que justamente com isso o indivíduo sente a necessidade de manifestação elevada de força. A partir desse impulso para a multiplicação do movimento psíquico de dentro para fora, a partir dessa energia multiplicada e do alcance ampliado das aspirações, da desordem da volição, que constitui o centro dos distúrbios maníacos, resultam, como de uma origem comum, essas duas formas logo muito diferentes em sua essência e em seu modo de expressão pura (1871, p. 276).

As duas formas a que se refere Griesinger na citação acima, ou seja, a mania (*die Tobsucht*, fúria) e o delírio alucinatório (*Wahnsinn*), terão diferentes destinos para a lesão fundamental e, logo, formas diferentes de manifestação.

Na primeira delas, a mania (*die Tobsucht*), a irritação do aspecto motor da vida psíquica, a grande excitação psíquica e o excesso da volição demandam expressão motora imediata, por isso os pacientes falam, andam, riem e correm constantemente. O humor é inconstante e variado, podendo alternar entre os estados alegre, triste, calmo e angustiado. Mas, de modo geral, seu tom fundamental caracteriza-se pode ser “um humor (*Stimmung*) exagerado de liberdade e de força” (p. 328), que leva a alterações da sensibilidade, incluindo a sensibilidade cutânea, e à alteração no conteúdo e na forma das representações. A velocidade do pensamento aumenta, as associações entre as ideias se tornam superficiais e fragmentárias (p. 332) e aparecem sem cessar na consciência, em um constante movimento. Quanto ao seu conteúdo, elas são majoritariamente representações delirantes que se destinam a explicar a nova disposição do Eu. No entanto, devido a velocidade do pensamento, essas representações não conseguem se fixar e se soltam facilmente no torvelinho das ideias.

“O humor (*Stimmung*) exaltado de liberdade e força precisa ter no entanto um fundamento; é preciso corresponder a ele algo no Eu. O Eu precisa ter se tornado momentaneamente um outro, e este ser outro somente pode ser expresso com uma imagem para qual todo lampejo pode ser utilizado. O doente pode se denominar então Napoleão, Messias, Deus, em suma algo grande em geral; ele pode afirmar compreender todas as ciências, dispor de todos os tesouros do mundo etc. Ele pode também escolher relações inteiramente absurdas, pode dizer em um átimo: “Eu sou Napoleão, eu sou essa cadeira, eu sou o senhor (*Sie*) e coisas semelhantes. Ou ele sente aqui uma insuficiência para expressar o que está realmente se passando com ele no seu ânimo, e procura remediá-la com o acúmulo de imagens, ou ele procura com isso obscuramente ressaltar uma onipresença grandiosa, uma espécie de ser em tudo (*Sein in Allem*), tal como este ser se alinha ao seu humor exaltado (*seiner exaltirten Stimmung*)” (1871, p. 288).

Os ecos de Burton e Pinel se fazem ouvir na descrição de Griesinger a respeito do conteúdo do delírio maníaco de tornar-se outro, o qual, pela primeira vez, recebe explicação sobre sua origem e função. Tornar-se outro, ou tornar-se outros, é a frase delirante que melhor encarnaria o humor exaltado do maníaco.

Esse conteúdo delirante seria o mesmo na segunda forma de mania, e também destinado a explicar a disposição de humor expansiva, atrevida, petulante (*übermütige Stimmung*) que desencadeou todas as alterações nas outras faculdades: “um delírio muito frequente nesses casos, é aquele no qual os doentes creem ser personagens ilustres, seres sobre-humanos, ter uma posição elevada, uma fortuna inesgotável etc.” (p. 360). A diferença entre as duas formas de mania é sutil porém decisiva. Pois nessa segunda forma, inexistente a imposição de expressão motora externa e imediata dos impulsos, o que faz com que a sintomatologia de agitação das ações e do pensamento desapareça e as concepções delirantes possam se fixar. Inclusive, nesses casos, o paciente guardaria o delírio para si por mais tempo, demorando a externalizá-lo. Justamente esse conjunto de coisas faria com que o segundo tipo de mania fosse mais grave que o primeiro, por sua repercussão na subjetividade que passa a ser tomada pelo delírio: “Esse sentimento de orgulho e essas concepções delirantes penetram profundamente o Eu de maneira a fazer parte constituinte essencial do Eu e a dominar completamente a vida psíquica” (p. 324).

A estratégia aplicada por Griesinger para explicar o conteúdo do delírio maníaco, qual seja, a do delírio como *resposta* à alteração do humor de base, voltará a ser utilizada novamente com o propósito de explicar toda a alteração do sentimento de si e o próprio estado de humor da mania. Se o delírio é uma resposta ao humor, este por sua vez é uma resposta ao estado melancólico que o antecedeu: mania é uma reação à melancolia.

Como mencionamos acima, Griesinger considerava que a melancolia era o estado de alteração primário para todas as doenças: “A observação mostra que a imensa maioria das doenças mentais começa por estados de profunda desarmonia dos sentimentos afetivos, sob a forma de uma emoção depressiva, triste” (1863/2017, p. 249). Esses estados seriam marcados por perturbações da vontade, do ânimo e dos sentimentos, nos quais o Eu se sentiria sem energia, “incapaz de agir” (1863/2017, p. 264), necessitando empreender muito esforço para realizar as menores tarefas.

Diante disso, como seria se, de repente, os membros, que ficaram muito tempo sobrecarregados por grande um peso, pudessem facilmente se movimentar (p. 74), se todos os obstáculos da alma fossem repentinamente removidos. Haveria uma sensação de liberdade, de bem-estar e de autoconfiança (p. 66). Eis a explicação de Griesinger para a configuração dos sintomas maníacos.

“As anomalias das sensações de si, dos impulsos (*der Triebe*) e das volições nessa forma de insanidade se agrupam em seu conjunto em torno de um centro, o sentimento de si intensificado do doente. Este é psiquicamente fundamentado. Pois, na medida em que a capacidade de querer, que estava enfraquecida ou inteiramente reprimida (*unterdrückt*) durante o estágio melancólico, não apenas retornou, mas também o esforço se faz valer ainda de maneira exaltada (externamente ao modo de uma atividade exagerada), na medida em que, ao mesmo tempo, com essa liberdade dos impulsos (*Freiheit der Impulse*) para agir, se torna sensível para o paciente uma maior leveza de pensamento, uma abundância incansável na formação de ideias, resulta-lhe uma sensação de alta satisfação consigo mesmo. O doente regozija de um grande bem-estar mental (e corporal), ele se sente mais rico e mais livre; todo esforço tornou-se fácil para ele, ele se considera por isso não apenas perfeitamente são, rejeitando qualquer dúvida sobre isso com indignação, mas também alega frequentemente que nunca esteve tão bem e tão feliz em sua vida” (1871, p. 308).

Mais adiante, veremos o quanto essa concepção de Griesinger é inspiradora para Freud, sobretudo na versão da mania presente em *Luto e Melancolia*.

Neste momento, é importante ressaltar que, embora essa explicação da mania esteja atrelada aos sintomas melancólicos que a precederam, e que sua primeira manifestação fosse secundária em relação ao quadro melancólico, Griesinger admite que os acessos maníacos posteriores poderiam se tornar autônomos em relação às manifestações melancólicas: “(...) uma vez que a exaltação do movimento tornou-se livre, a mania, mesmo quando ela é apenas de curta duração, torna-se completamente independente da melancolia que a precedeu, ela irrompe sem que seja preciso que um novo período de melancolia lhe abra caminho (...)” (p. 325).

Com essa interpretação, acrescenta-se mais um elemento no conjunto de leituras sobre a relação entre a mania e a melancolia. Até aqui, na tentativa de discorrer sobre o laço secreto que as une, já havia sido proposto que a mania seria o estado mais agudo da melancolia, que a melancolia seria o pródromo da mania, agora a mania também pode ser uma “forma de resolução e compensação do estado melancólico que a precedeu (...)” (p. 341).

1.2.4 As formas circulares

Em meados do século XIX, uma sequência de debates dá ensejo a novos problemas em torno da relação entre a melancolia e a mania. Seguindo ainda a periodização proposta por Lanteri-Laura (1993), vai-se do paradigma da alienação mental e da doença única para chegar ao paradigma das doenças mentais, em que se considera que cada doença tenha marcha e sintomas próprios. Esta é uma observação importante uma vez que a nova proposta feita no campo de debates sobre a mania consiste justamente em que ela integraria um processo patológico singular juntamente com os estados depressivos, denominado loucura de dupla forma e loucura circular. A dupla nomeação se deve ao fato de que a proposta foi feita separadamente por dois psiquiatras franceses, em sessões diferentes da Academia Imperial de Medicina de Paris, afastadas por um espaço de tempo de semanas apenas.

A primeira apresentação é de Baillarger, em 31 de janeiro de 1854, com o texto *Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation*, cujo título não deixa margem para suspense. Partindo da já tão citada observação clínica da sucessão entre os quadros de melancolia e de mania, “como se um laço secreto” as unisse (p. 340), Baillarger propõe que, em paralelo com essa sucessão, também exista um gênero de loucura cujo acesso é formado por duas fases regulares: uma fase depressiva e uma de excitação. Ele a denomina *folie à double forme*.

Sua hipótese de que se trataria de uma só manifestação, e não de uma sucessão, sustenta-se em três observações clínicas. A primeira delas diz respeito à duração das fases. Nos casos observados por Baillarger, as fases apresentavam a mesma duração temporal, fato que o levou a supor que talvez se tratasse de um único acesso que se dividiria em “duas partes perfeitamente iguais” (p. 349), principalmente nos casos de crises mais longas. De acordo com a segunda observação, os acessos, além de terem a mesma duração, também tinham a mesma magnitude, de sorte que podia se tratar de uma só doença com períodos relacionados.

E, finalmente, a observação segundo a qual os casos analisados não apresentavam período de verdadeira intermitência entre os acessos seria para Baillarger mais um indício de que não se estava diante de uma sucessão de dois quadros distintos, mas de uma manifestação patológica única²¹. Apoiado nessas três características, Baillarger constata: “esses acessos não pertencem propriamente nem à melancolia nem à mania, mas constituem um gênero especial de alienação mental, caracterizado pela existência regular de dois períodos, um de excitação e outro de depressão” (p. 341).

Tanto no título de sua comunicação quanto na citação acima, Baillarger deixa claro que os casos analisados de *folie à double forme* não eram equivalentes aos casos de sucessão dos quadros de mania e melancolia, como também não eram propriamente formados por períodos de mania e de melancolia. Segundo Baillarger, o que se observa nesses casos são períodos de excitação e de depressão, distintos em sua apresentação fenomenológica²² dos quadros de mania e melancolia.

Para Baillarger, uma das principais características da *folie à double forme* seria o seu curso, caracterizado pela “regularidade na sucessão dos períodos” (p. 350). Para alguns pacientes, o acesso se repetiria a cada vinte dias, para outros a cada oito meses, em alguns poderia haver intermitência entre os acessos, enquanto em outros eles poderiam ocorrer de forma ininterrupta (p. 352). Ainda em relação ao curso da doença, em três dos casos apresentados a depressão precede o período de excitação²³, enquanto na outra metade se dá o contrário. No entanto, mesmo que não fosse regra que o período de depressão fosse sempre inaugural, Baillarger supõe que a equivalência de magnitude dos períodos poderia ser explicada por um ser a resposta ao outro. Ao que tudo indica, essa hipótese valeria apenas para o período de excitação, chamado por Baillarger de “período de reação” (p. 342), que seria uma resposta de mesma magnitude ao período depressivo anterior: “(...) a excitação maníaca é tão mais violenta quanto mais profunda foi a depressão melancólica. A observação está além disso em acordo com a teoria que nos faz, em toda parte e *a priori*, prever uma reação proporcional à depressão que a precedeu” (p. 349).

²¹ Isso porque, embora se possa observar uma interrupção do delírio significando um reestabelecimento da faculdade da inteligência, no entanto as faculdades da sensibilidade e a vontade permaneceriam alteradas indicando que “o equilíbrio entre as faculdades não se restabeleceu inteiramente” (p. 349).

²² Nos seis casos apresentados por Baillarger, assim como nos desenvolvimentos teóricos do texto, as explicações sobre o quadro não apresentam quais seriam os elementos de diferenciação, sobretudo na apresentação fenomenológica, entre a mania e o período de excitação.

²³ Em um texto posterior, Baillarger mesmo reconhece que as indecisões sobre a evolução do quadro, sobretudo sua forma de início, eram uma das principais lacunas em sua explicação (1880, p. 03).

Algumas sessões depois, Falret apresenta sua resposta ao texto de Baillarger, intitulada *Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé*²⁴, onde expõe a hipótese de um quadro clínico bastante similar ao proposto por Baillarger, nomeado loucura circular. A escolha pelo nome se deve ao fato de que aqueles por ela acometidos “passam a existência em um círculo contínuo de depressão e de excitação maníaca, com um intervalo de lucidez, que normalmente é muito curto, mas que às vezes pode ter uma longa duração” (p. 383).

Segundo Falret, foi a observação da ocorrência regular da sucessão entre mania e melancolia que o levou a supor a existência dessa outra forma de doença mental, cujo critério principal para a identificação do quadro era a manutenção regular da apresentação do mesmo curso circular e dos mesmos sintomas a cada repetição:

“Para constituir a loucura circular, a depressão e a excitação devem se suceder por um longo tempo, e seguir-se mutuamente com maior frequência durante toda a vida, de maneira quase regular, em uma ordem sempre igual e com um intervalo de razão geralmente muito curta por causa da duração do acesso” (p. 389)

Desse modo, Falret difere de Baillarger, para quem o critério de identificação do quadro seria a equivalência de intensidade e duração entre os períodos. Mas, é importante assinalar que os dois concebem que os períodos do acesso da loucura circular e da loucura de dupla forma apresentam estados de excitação e de depressão, semiologicamente distintos da mania e da melancolia como quadros singulares. Nesse ponto, Falret é mais detalhista na explicação, oferecendo elementos textuais para a distinção entre essas formas. Para ele, haveria semelhanças, mas a diferença primordial seria a ausência de alterações do pensamento e de ideias delirantes, de modo que haveria apenas “um fundo dos dois estados dessas duas doenças mentais [mania e melancolia], mas sem seu relevo” (p. 384), embora em casos raros isso pudesse ocorrer²⁵ (p. 392).

²⁴ Na sessão seguinte à apresentação de Baillarger, Falret pede a palavra “para reclamar a prioridade da observação de fatos semelhantes que designou sob o nome de *folie circulaire*” (p. 356), mas é dissuadido por seus pares. Sua apresentação ocorre então na sessão do dia 14 de fevereiro. Falret alega que já discutia sobre esse quadro nos cursos clínicos na Salpêtrière e que já publicara trabalhos a respeito na *Gazette des hôpitaux* em 1850 e 1851.

²⁵ Baillarger concorda com o critério da distinção semiológica de Falret em um texto posterior (1880, p. 10).

“Por um lado, não há incoerência de ideias, como na mania, mas simples exaltação maníaca, isto é, atividade extrema das faculdades, com necessidade incessante de movimento e desorganização das ações bem marcada. De outro lado, não há lesão estrita da inteligência e predomínio de certos delírios bem determinados, como nas melancolias comuns, mas depressão física e moral, levadas algumas vezes até a suspensão das faculdades intelectuais e afetivas” (p. 384).

Assim, é sobretudo o aspecto delirante da mania que estaria ausente na forma exaltada da loucura circular. Soma-se à distinção semiológica também a diferença em termos de evolução, pois Falret considerava que haveria diferença de prognóstico para os quadros, e a loucura circular seria mais grave do que a mania e a melancolia isoladas ou em sucessão.

Finalmente, é importante sublinhar que tanto para Falret e quanto para Baillarger há diferenças entre os estados de excitação dos quadros circulares e o quadro da mania independente, seja no aspecto semiológico, seja na sua evolução. Como veremos, essa apreciação tem sido resgatada em algumas revisões atuais sobre esse tema (Leader, 2015; Angst e Grobler, 2015), que sustentam a existência da heterogeneidade de apresentações no campo da mania.

Em 1882, do outro lado do Reno, Kahlbaum expressa pontos de vista bastante similares daqueles de Falret e Baillarger em sua comunicação intitulada *Über cyclisches Irresein*. Ainda que sem mencionar os pares franceses, ele também propõe dois outros tipos de loucuras circulares além de uma nova forma de classificação.

A primeira forma refere-se aos casos em que a mania e a melancolia ocorrem de forma cíclica, denominada em sua classificação como Insanidade Típica Circular ou *Vesania typica circularis*. Nesses casos, todas as funções mentais seriam atingidas, com a presença de delírio, diferentemente da segunda forma que é fundamentalmente um transtorno do humor. Esta, denominada ciclotimia, apresenta “flutuações de dois estados de humor opostos” (Hecker, 1898/2003, p. 391); os estados depressivos são chamados de distimia, e os estados de humor exaltados, de hipertimia²⁶ (p. 88). Diferentemente da mania, a hipertimia não apresentaria “delírios reais, apenas exageração da autoestima e de outras emoções” (Kahlbaum *apud* Baethge *et. al.*, 2003, p. 84).

²⁶ Pela primeira vez, é feita uma referência direta aos conceitos gregos de *thymós* (θυμός) e distimia (δυσθυμία), o destempero do *thymos* descrito nos tratados hipocráticos. De difícil definição, o termo *thymos* remete ao âmbito dos afetos e dos sentimentos. O *Léxico Liddel e Scott* (1996) fornece os significados desejo e inclinação, temperamento e vontade, coração como sede das emoções, mente e espírito.

Inicialmente, as propostas de tratar como distintos os quadros da mania, da melancolia e os quadros circulares também foram adotadas por Kraepelin nas cinco primeiras edições de seu *Manual*²⁷. De modo geral, a disposição das classificações se organizava entre o grupo dos estados de excitação, compreendendo a mania simples e a melancolia ativa, e o grupo dos quadros depressivos e o grupo das psicoses periódicas, composto por mania e melancolia e as formas circulares. Ao observarmos os conjuntos, sobretudo a primeira categoria, é possível notar que a polaridade do humor não é relevante como princípio organizador, mas sim os chamados sintomas de ativação.

Na quinta edição do manual, de 1896, o critério adotado para a organização do sistema de classificação passa a ser a etiologia, instaurando a divisão entre os quadros adquiridos e os hereditários. De acordo com esse novo método, a melancolia é situada no grupo de quadros adquiridos, ao passo que as formas periódicas são consideradas constitucionais ou hereditárias. Sobretudo, o mais importante, a distinção antes feita entre formas circulares e o quadro da mania se apaga, resultando na reunião dos quadros da mania, da hipomania e das formas circulares (mista, maníaca e depressiva) em um único grupo de transtornos periódicos.

“Seus capítulos separados anteriores sobre mania e melancolia, presentes em todas as quatro edições anteriores do Manual, desapareceram e todos os tipos de mania e depressão apareceram apenas como variantes dos distúrbios periódicos. Essas desordens periódicas constitucionais ou hereditárias incluíam os tipos maníaco, hipomaníaco, depressivo e circular (com subtipos depressivos, maníacos e mistos)” (Trede *et al.*, 2005, p. 170).

Segundo Trede *et al.* (2005), embora adotada só aqui, a concepção que subjaz à nova proposta classificatória já encontra expressão desde as primeiras edições do manual, em apreciações de Kraepelin sobre a possível unidade do processo patológico da mania e da loucura periódica (p. 167).

A proposta da reunião dos quadros feita por Kraepelin chega ao auge em 1899, na sexta edição do manual, quando é criada a entidade clínica da loucura maníaco-depressiva, na qual estão agrupadas a mania, a hipomania, a depressão, os estados mistos, de curso periódico, circular e ciclotímico. Nessa edição, o critério de organização baseia-se na hipótese causal e também no curso das doenças, considerando as formas de início, evolução e término dos quadros (*ibid.*, p. 171). Essa é uma das razões pelas quais a melancolia permaneça separada do grupo da loucura maníaca-depressiva, já que para Kraepelin a melancolia

²⁷ Na primeira edição, em 1883, intitulado *Compendium der Psychiatrie zum Gebrauche für Studierende und Aerzte* e nas edições seguintes denominado *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* com pequenas variações em algumas edições.

apresentava início tardio e prognóstico menos favorável, o que o leva a agrupá-la junto com os estados involutivos. Essa situação se mantém até a oitava edição do manual, em que a melancolia é finalmente incorporada ao grupo da loucura maníaco-depressiva.

Nas edições seguintes, o grupo da loucura maníaco depressiva ganha refinamento nos elementos de sua composição com a inclusão de itens nas descrições dos estados, considerando os estados básicos de temperamento, e na descrição de sintomas, com a inclusão da disforia e estados de irritabilidade nas descrições de humor (*ibid.*). Além delas, também as descrições dos estados mistos são aprofundadas. Estes seriam os quadros nos quais sintomas maníacos e depressivos se combinam, “mas que não podem ser ordenados sem violar a lógica nem em uma nem em outra categoria” (Kraepelin, 2012, p. 06). A concepção de Kraepelin segundo a qual “o cérebro tinha faculdades de afeto, de associação e de atividade independentes e que cada uma dessas faculdades poderia variar independentemente – para cima ou para baixo” (Healy, 2008, p. 73) permitia que se considerasse uma ampla gama de combinações para os chamados estados mistos e que, por isso, fossem incluídos na categoria de loucura maníaco-depressiva quadros que até então não faziam parte das classificações de estados cíclicos.

Em uma versão mais tardia de seu manual (1913), Kraepelin justifica a reunião dos quadros em uma só categoria baseada na sua “convicção cada vez mais forte de que todos os tipos clínicos enumerados anteriormente não são outra coisa senão manifestações de um mesmo processo patológico” (Kraepelin, 1913/2012, p. 04). Essa convicção se sustenta em quatro pontos fundamentais. O primeiro se refere ao fato de que os quadros expressam os mesmos distúrbios fundamentais, apesar de serem diferentes na sua apresentação sintomatológica; eles também compartilham a mesma evolução, com prognóstico favorável a longo prazo, e a mesma etiologia, predominantemente hereditária. Finalmente, a suposição de que se trata de um processo patológico único estava baseada na observação de que, durante o mesmo episódio, os quadros componentes frequentemente se sobrepunham e apresentavam diferentes formas de transições e transformações entre si:

“todas as formas trazidas aqui à unidade clínica não somente apresentam entre elas toda uma série de transições, sem que se possa marcar o limite no qual uma começa e a outra termina, mas ainda, em um e mesmo caso, podem estender-se uma sobre a outra ou suceder-se alternadamente (*ibid.*, p. 04)

Quanto à fenomenologia, Kraepelin afirma adotar provisoriamente a divisão de acessos baseada na diferença simples entre os acessos maníacos e depressivos ou melancólicos. Os estados maníacos seriam secundários aos estados depressivos e teriam quatro tipos de apresentação: hipomania, mania confusa, delirante e aguda. A hipomania é o nome adotado por Kraepelin para se referir aos quadros de excitação mais leve, que corresponderiam à hipertimia de Kahlbaum, à mania *mitis* de Schule e às formas de mania sem delírio descritas pelos franceses (*ibid.*, p. 68). O fundo comum às quatro formas seria a presença de fuga de ideias, humor alegre e o ímpeto para ação.

As propostas de Kraepelin de destacar o curso das doenças e seu modelo de classificação unitário de loucura maníaco-depressiva tiveram recepção heterogênea nos diversos países onde encontraram divulgação. Muitos grupos permaneceram resistentes, sobretudo por discordarem de seus critérios. O mais importante opositor dessa vertente é o grupo liderado por Wernicke e formado por Karl Kleist (Marneros e Angst, 2002, p. 11) e Edda Neele, cuja proposta para a divisão dos transtornos de humor ganhará a cena a partir dos anos 60.

1.2.5 Bipolar e unipolar

Em 1957, Karl Leonhard, discípulo de Karl Kleist, publica a obra intitulada *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie (Classificações das Psicoses endógenas e sua Etiologia diferenciada)*, na qual propõe uma nova classificação para as psicoses afetivas. Nela Leonhard não adota a proposta de Kraepelin do princípio unitário e volta a distinguir as formas dotadas de um só polo de humor e aquelas com dois polos de humor. De forma breve, podemos dizer que essa classificação dividia o campo da loucura maníaco-depressiva de Kraepelin em dois grupos, a psicose fásica bipolar e a psicose fásica unipolar.

Segundo Leonhard (1999), a primeira delas, chamada poliforme ou bipolar, compreenderia os cursos maníaco-depressivos e sobretudo as variações sintomatológicas chamadas mistas (p. 06). Em termos semiológicos, a apresentação desses quadros seria irregular: “nos casos bipolares, nenhuma síndrome clara pode ser descrita, uma vez que existem muitas transições entre várias formações” (p. 06). Já os casos unipolares seriam aqueles que manifestas as formas puras de alteração do humor, com curso periódico, que

“nunca” apresentariam “sinais de labilidade em relação ao outro polo” (p. 07). As descrições de Leonhard deixam claro que a polaridade de humor é o critério principal de avaliação.

Além da diferença na apresentação sintomática, a tese de que os quadros bipolares e unipolares não são a expressão do mesmo processo patológico também se assenta, segundo Leonhard, na evidência de que os pacientes bipolares teriam significativa presença de casos de psicose entre seus familiares (p. 16). Já entre os unipolares não haveria indícios de que o fator hereditário tivesse preponderância.

As teses de Leonhard se tornaram conhecidas, em meados da década de 60, graças às pesquisas de Jules Angst²⁸ e Carlo Perris²⁹ sobre a depressão unipolar em dois trabalhos independentes³⁰, cujos resultados iriam validar aquelas teses. Em correspondência com isso, a proposta de divisão dos transtornos afetivos em unipolares e bipolares começa a ser adotada nas pesquisas e, em 1980, é adotada como critério no DSM – III.

Em meados dos anos 70, Dunner *et al.* (1976) publicam um estudo com a proposta de uma variação dentro do quadro bipolar (p. 905) denominada como bipolar II, que seria composta por períodos depressivos e sintomas hipomaniacos. O critério para diferenciação entre bipolar I e II, segundo Dunner *et al.* seria a necessidade de hospitalização por depressão, a apresentação de períodos de hipomania com mais de dois dias de duração e que não requerem hospitalização. Segundo a proposta desses autores, para ser classificado como tipo bipolar I era preciso haver necessidade de hospitalização para os dois episódios.

Esse estudo de Dunner teve importância central para as pesquisas seguintes, abrindo caminho para duas grandes discussões.

²⁸ O trabalho de Jules Angst, intitulado *Sobre a etiologia e a nosologia das psicoses depressivas endógenas*, apresentava dados de estudo longitudinal realizado com pacientes diagnosticados como bipolares e com depressão unipolar²⁸, internados entre 1959 a 1963 na Clínica Universitária Psiquiátrica de Zurique. Sua tese principal rezava que haveria uma divisão no campo dos transtornos afetivos devido a diferenças da apresentação clínica entre depressão unipolar e a doença afetiva bipolar (Angst *et al.*, 1978).

²⁹ O trabalho de Carlo Perris, *Um estudo sobre psicose bipolar (maníaco-depressiva) e psicose depressiva recorrente unipolar*, sobre a depressão foi realizado no Hospital Psiquiátrico Sidsjön, na cidade de Sundsvall (Suécia), entre 1963-1966, e tinha como objetivo “investigar se é possível afirmar que a depressão bipolar e unipolar são duas entidades separadas ou se, de acordo com a opinião corrente, devem ser consideradas diferentes expressões da mesma doença” (Perris, 1966, p. 11), baseado na classificação proposta por Leonhard. Ele apoia a tese da concepção de duas entidades nosológicas distintas sustentado principalmente na diferença das questões hereditárias entre os dois grupos (Perris, 1966, p. 187).

³⁰ Garrabé (2015) apresenta uma explicação bastante plausível para a pouca divulgação e impacto das ideias de Leonhard: “os trabalhos de Leonhard foram publicados na República Democrática Alemã durante a Guerra Fria, de modo que não transpuseram, à época, a Cortina de Ferro” (p. 35).

A primeira delas diz respeito ao antigo problema da dificuldade de demarcar os limites entre a mania e suas formas menos graves, sobretudo a dificuldade do estabelecimento de uma definição operacional mais sólida para a hipomania (Angst e Cassano, 2005; Goodwin, 2002; Akiskal e Pinto, 1999). Como consideram Akiskal e Pinto (1999), essa situação fez com que, já no estudo de Dunner *et al.* (1976), fosse necessário adotar critérios externos a apresentação dos sintomas, como por exemplo, a necessidade da hospitalização ou o prejuízo do funcionamento global do paciente³¹. Para esses autores, apesar de ser um conceito primário para estabelecer a diferença entre os quadros bipolar I e II, a hipomania ainda conta com definições pouco estáveis para sua validação.

A segunda discussão ligada ao texto de Dunner *et al.* (1976) se deve à sua divisão do quadro bipolar em duas manifestações, a qual teria aberto novamente as vias de retorno às concepções inspiradas no modelo de Kraepelin. Quem inicia esse processo é Hagop Akiskal, em 1977, com uma pesquisa sobre a ciclotimia, apoiando a hipótese de que ela compartilharia características em comum com o transtorno bipolar. Seguindo os critérios de Guze *et al.* (1972), o estudo apresenta resultados que demonstram a similaridade entre a ciclotimia e o quadro bipolar no que diz respeito ao curso e fenomenologia, ao histórico familiar, à resposta ao tratamento, com viragem farmacológica após medicação antidepressiva tricíclica e resposta positiva à terapia com lítio. Em 1983, Akiskal publica a segunda pesquisa, sobre a distímia, em que investigava se o transtorno afetivo não seria a alteração primária nesses casos. A conclusão de sua pesquisa considera que “uma porção dos pacientes distímicos parece ter afinidades com aqueles que sofrem com transtornos ciclotímico e bipolar II” (Akiskal, p. 18), sobretudo no que diz respeito à resposta farmacológica, e que, portanto, a distímia era um transtorno subafetivo de início precoce (*ibid.*, p. 19).

Assim, contrariando as teses de Leonhard, Akiskal passou a apresentar dados que sustentavam a tese da existência de um espectro de apresentação dos transtornos de humor, que consiste em “um processo mórbido único expresso através de uma variedade de formas clínicas”, que são determinadas por fatores como o temperamento e as questões genéticas (Akiskal e Pinto, 1999, p. 518). Segundo Akiskal, ele faria um retorno às teses de Kraepelin, já que a concepção unitária para os transtornos de humor seria mais adequada para explicar os

³¹ Segundo Ghaemi, a hipomania seria um dos poucos diagnósticos do Eixo I do DSM que não tem como critério para seu diagnóstico uma disfunção significativa: “A hipomania implica pouco ou nenhum sofrimento subjetivo, nenhum comprometimento funcional e nenhuma perda aparente de liberdade. Na verdade, geralmente o funcionamento é aprimorado. Nesse sentido, a hipomania isolada não atende às definições do DSM de um transtorno mental” (2013, p. 810).

fenômenos clínicos, sobretudo para explicar os estados mistos. Além disso, o fato de esses pacientes não responderem ao tratamento com antidepressivos e terem histórico familiar de doença afetivas seriam fatores decisivos para que fossem considerados como formas bipolares. O espectro bipolar compreenderia casos até então classificados como depressão unipolar, transtornos de personalidade e abuso de substâncias (*ibid.*), abrindo diversos ramos da pesquisa. Um panorama geral sobre o campo foi desenhado por Cassano *et al.* (2011) propondo que atualmente existam três grupos clinicamente relevantes de espectros bipolares. O primeiro refere-se à fronteira entre transtorno bipolar 1 e a esquizofrenia, que incluiriam o transtorno esquizoafetivo e as formas psicóticas dos transtornos de humor. O segundo grupo contemplaria as formas intermediárias entre transtorno bipolar e a depressão unipolar. É principalmente nesse grupo que se inserem as pesquisas de Akiskal publicadas durante a década de 80. No terceiro grupo, trata-se do transtorno bipolar subliminar e suas formas contínuas com os transtornos de personalidade, transtornos alimentares e transtornos de ansiedade, além dos estudos sobre temperamento³².

Progressivamente, a proposta de Akiskal tornou-se a posição hegemônica nos principais centros de pesquisa sobre transtorno de humor (Angst, 1998; Angst e Cassano, 2005; Ghaemi, 2013), em detrimento dos critérios propostos pelo DSM – 5, apresentados no início desse capítulo. Uma das razões é que o conceito de espectro seria clinicamente mais adequado para fazer diagnósticos das formas fenomenológicas subliminares, não identificáveis ao se adotar os critérios atuais dos manuais para o transtorno.

Essa repercussão do modelo de espectro despertou muitas propostas para sua classificação (Akiskal e Pinto, 1999). Entre elas, a que mais tem repercussão para o tema dessa tese é o modelo adotado por Jules Angst, concernente a um espectro com duas dimensões, uma por qualidade da síndrome e outra pela severidade. O que nos interessa nessa organização é que, para fundamentar a dimensão da qualidade da síndrome, Angst tem realizado pesquisas para respaldar a existência do quadro maníaco autônomo ao transtorno bipolar (Angst e Grobler, 2015). Sustenta-se que, assim como a depressão unipolar é um quadro separado do Transtorno bipolar, também a mania unipolar deveria ser tratada como entidade independente pois possui fenomenologia, curso e resposta ao tratamento distintas do episódio maníaco do quadro bipolar tipo I. Segundo a revisão apresentada por Angst e

³² O veio de pesquisas a respeito das características de personalidade ou temperamento nos transtornos afetivos é um dos mais profícuos nas pesquisas de transtorno de humor atualmente. O campo ganhou fôlego com a publicação de Tellenbach a respeito do “*typus melancholicus*” (1961) e com a tentativa de Zerksen (1977) de estabelecer um “*typus manicus*”. Hagop Akiskal se tornou um importante incentivador dessas pesquisas, com diversas publicações sobre o assunto.

Grobler (2015) sobre as pesquisas mais recentes, na comparação com o episódio do Bipolar I a mania unipolar apresentaria desencadeamento mais precoce e menor frequência de ciclagem rápida, menor resposta ao tratamento com lítio, maior apresentação de sintomas psicóticos e menor tentativas de suicídio (*ibid.*, p. 276). Até agora, segundo os autores, os dados menos estáveis são os que se referem ao histórico familiar.

Para além do interesse classificatório, a hipótese de Angst da mania como quadro independente pode ser uma promessa proveitosa de recuperação e destaque aos debates sobre a mania que há muito tempo se encontram submersos nas querelas que envolvem o transtorno bipolar. Ao longo do percurso histórico traçado nesse capítulo, foi possível acompanhar como a riqueza das discussões a respeito da variação clínica da mania progressivamente se reduziu, principalmente depois de Kraepelin. E, ainda que em meados dos anos 90 tenha havido um novo interesse por este quadro (Akiskal *et al.* 2001, 2003; Cassidy *et al.*, 1998; Disalver *et al.*, 1999; Perugi *et al.*, 1998), os estudos relacionados sempre estiveram vinculados ao problema principal do transtorno bipolar. Até mesmo o artigo Koukopoulos e Ghaemi (2009), no qual os autores já consideram a mania como quadro independente e em que sustentam a hipótese da sua anterioridade e primazia em relação à depressão, baseados na resposta farmacológica, ainda há o pendor a colocar o transtorno bipolar no centro da discussão.

Certamente, os estudos recentes de Angst a respeito da mania unipolar despertam um interesse para quem procura discernir a singularidade do quadro maníaco em relação à melancolia e aos chamados transtornos bipolares. No entanto, a hipótese da mania unipolar está longe de ser o motivo inicial desse longo estudo histórico sobre os diversos sentidos e usos da categoria da mania, desde seus primórdios na antiguidade clássica até o debate psiquiátrico contemporâneo. Como resultado desse desenvolvimento, tal hipótese certamente encoraja a retomar alguns fios que foram deixados de lado ao longo do tempo. Contudo, para a perspectiva de repensar certas concepções consagradas sobre a mania na psicanálise, o estudo aqui empreendido teve outras funções.

Assim, esperamos que esta revisão tenha evidenciado para o leitor a existência do tecido de determinações que repousa sobre o nosso objeto que, conforme foi sendo recortado, consolidou certos modelos em detrimentos de outros. Ora, boa parte desses modelos se fundam na ideia de que a mania deve ter uma relação intrínseca com a melancolia, ideia esta que certamente se relaciona com as concepções psicanalíticas sobre a mania. Como veremos a

partir do nosso terceiro capítulo, desde o início das teorizações, para a psicanálise a mania sucede e constitui uma reação à melancolia. De modo que a função primordial desta exposição histórica foi tentar evidenciar o caráter intuitivo, quase naturalizado, dessa conexão. A riqueza na apreensão da mania, e com ela a melancolia, que vai das relações de separação, anterioridade, sucessão, reação, novamente separação, unicidade dos processos patológicos, diversidade nos processos patológicos – tudo isso nos capacita a abordar a concepção psicanalítica como um recorte de determinações disponíveis, que ao privilegiar alguns aspectos, deixou outros à sombra.

Uma segunda função, também de caráter mais sistemático, tem a ver com a possibilidade de valer-se dessa riqueza de recursos históricos para analisar o que Freud entende como modelos circulares da relação entre melancolia e mania. Os diversos apontamentos realizados aqui podem então servir de um mapa para situar mais concretamente as formas circulares que Freud tinha em vista.

Além disso, a terceira função desse estudo relaciona-se com o cerne na tese aqui proposta, que consiste em compreender a mania, na perspectiva psicanalítica, como um triunfo do Ideal de Eu. Vimos que nas referências à licantropia encontra-se presente um aspecto da mania que merece ser desdobrado. O *tornar-se outro* que ganha um certo destaque ali foi objeto de um interesse apenas curioso, não propriamente teórico, embora tenha reaparecido em alguns autores subsequentes. A exceção é evidentemente a abordagem de Griesinger, para quem esse *tornar-se outro* ocupa a centralidade na apresentação do quadro maníaco. No entanto, também aqui o resgate histórico serve como fonte de contraste, já que, segundo nossa tese, há ainda uma segunda vertente que se instala junto com o *tornar-se outro*, que é a instalação concomitante de um *nós*. E, justamente nesse aspecto, mesmo que às avessas, a teoria freudiana pode nos trazer soluções que prescindem da junção naturalizada entre mania e a melancolia.

Porém, para chegarmos aí, um outro passo precisa ser dado, pois um outro aspecto arraigado nas considerações sobre a mania deve ser relativizado. Trata-se da redução de sua apresentação à desinibição e ao humor exaltado. Para tanto, temos de propor agora uma exposição dos signos e dos sintomas da mania que nos permita ir além do caráter festivo do quadro maníaco.

II – SINTOMATOLOGIA DA MANIA

“O maníaco é um Proteu que, tomando todas as formas, se subtrai à observação do olhar mais treinado e atento; bem diferente da melancolia, que se mostra sempre a mesma, sob um pequeno número de traços fáceis de fixar” (Esquirol, 1838/1989, p. 147)

Neste capítulo, vamos apresentar alguns dos sintomas da mania. Como dissemos ao final do capítulo anterior, esse passo se destina a fornecer em primeiro lugar um preparo para examinar na sequência a concepção psicanalítica, que sublinha as metáforas da festa para circunscrever as apresentações da mania, e, em segundo lugar, para dar alicerces à tese mais geral aqui defendida segundo a qual a mania pode ser descrita em termos estruturais como uma invasão do Ideal de Eu.

Considerando os aspectos condicionantes apresentados no capítulo anterior, que vão desde a proposta da existência de diferentes tipos de mania, às querelas em torno dos seus enquadres e às constantes redefinições de suas manifestações principais, ainda assim é possível encontrar a menção relativamente estável a um grupo de sinais e sintomas correspondente ao quadro. Dentro da pluralidade de apresentações, escolhemos principalmente o núcleo composto pela variação do humor, os sintomas de ativação e alteração da percepção corporal, desinibição social, o taquipsiquismo e a fuga de ideias, que serão, na medida do possível, analisados separadamente. Essa escolha não é evidentemente aleatória. A variação de humor e as manifestações de ativação foram os elementos da fenomenologia maníaca que Freud enfatizou em sua concepção. Por sua vez, a desinibição social, o taquipsiquismo, a fuga de ideias e as alterações na percepção corporal terão um lugar importante na nossa tese, na medida em que se vinculam a uma expansão do *nós*, como um pendor de comunicação. Em razão dessa importância dupla, os demais sintomas somente serão tocados na medida em que tem alguma ligação com aqueles principais.

Para dar conta do objetivo desse capítulo, foram selecionados fragmentos de autores do fim do século XIX mesclados com pesquisas atuais sobre a fenomenologia e sintomatologia da mania. O intuito de resgatar as descrições clínicas mais antigas, para além de seu valor explicativo e de seu requinte evidentes, é ao mesmo tempo delinear o quadro da mania e também fornecer um panorama das discussões sobre os principais sintomas

da mania entre os contemporâneos de Freud, a maioria de língua alemã. Esse procedimento fornecerá um léxico que permitirá contar com mais parâmetros para apreciar as teses da psicanálise sobre a mania nos capítulos seguintes.

A fim de ilustrar alguns dos aspectos sindrômicos apresentados, foram inseridos relatos de pacientes contando sua experiência durante a crise. Eles foram extraídos tanto de escritos autobiográficos quanto provenientes de anotações dos autores indicados, além de algumas vinhetas clínicas.

2.1 Pródromos

Embora haja menção à mania com início súbito na literatura (Kraepelin, 1913/2012; Ey, 1954), cada vez mais é considerado que seu início seja gradual com pródromos típicos ou particulares. No estudo de Sahoo *et al.* (2012), realizado com 60 pacientes maníacos, os pródromos estiveram presentes em 70% dos casos, durante as três semanas que antecederam o episódio. Para Caillard (1982), possivelmente a percepção de que o início seria súbito estaria relacionada à desatenção ou desconhecimento do paciente ou dos familiares a respeito dos sinais antecedentes.

Como se pode constatar na listagem seguinte, e ficará claro ao longo do capítulo, os sinais precursores típicos da mania são similares à sintomatologia do quadro (Sahoo *et al.*, 2012). Desse modo, são descritas como pródromos mais frequentes as alterações da sensibilidade (Chambaud, 1765/2017; Kraepelin, 1913/2012; Ey, 1954) e do padrão de sono (Chambaud, 1765/2017; Kraepelin, 1913/2012; Ey, 1954; Sahoo *et al.*, 2012), as perturbações do humor, que variam entre a exaltação, a irritabilidade (Chambaud, 1765/2017; Kraepelin, 1913/2012; Ey, 1954) e a hostilidade (Sahoo *et al.*, 2012). Também são mencionadas a ocorrência de hiperatividade (Ey, 1954; Sahoo *et al.*, 2012); a pressão para a fala (Sahoo *et al.*, 2012) e a desinibição (Ey, 1954). Os comportamentos extravagantes e os imprudentes também constariam aí (Kraepelin, 1913/2012; Ey, 1954). Mas, apesar de sua similaridade, esses sinais não poderiam ser considerados como constituintes da crise por não terem “característica suficiente, intensa e/ou durável para preencher formalmente os critérios da patologia” (Fakra *et al.*, 2010, p. 09).

Ainda na lista de pródromos frequentes, ocorre o que Caillard (1982) denominou de “aura obsessiva” (p. 13), uma vez que os pacientes podem manifestar compulsão para a

limpeza e a arrumação, por exemplo. Esse aspecto também foi descrito por Ey (1954), ao aludir a um paciente que, nessa fase inicial, procurava “obsessivamente” por lenços de cores complementares (p. 52).

Além disso, tanto Ey (1954) quanto Caillard (1982) reportam a presença de pródromos singulares. Ey relata que alguns de seus pacientes, depois de muito acessos, eram advertidos de sua próxima recaída por um “sintoma sinal”, oferecendo alguns exemplos. O primeiro é o paciente que vestia um peignoir vermelho sempre que estava prestes a ter uma crise, já outro, antes de cada acesso, marcava uma consulta com o dentista e encomendava um aparelho dentário muito caro. Havia ainda um paciente que dizia ter “visto um pássaro” e outro que comunicava que sairia em viagem, sempre antes de ter uma crise (1954, p. 52). Caillard (1982) cita também alguns exemplos curiosos. Um de seus pacientes, uma semana antes do acesso começar, passava a falar enfatizando o acento característico da região de onde era originário. Por fim, um de seus pacientes passava a apresentar o que denominava como “proselitismo sindical”, totalmente esquecido uma vez que a crise terminava (p. 14).

2.2 Alterações de Humor

As alterações do humor são um dos sintomas mais notáveis das crises maníacas. Não à toa ela é considerada um dos transtornos de humor pela psiquiatria.

Usualmente, a mania é caracterizada por uma variação exaltada do humor que poderia ficar hipertímico, eufórico, expansivo, otimista. Para Kraepelin, de modo geral haveria uma alteração do humor mais frequentemente exaltado, tingido de uma “exuberância transbordante” (1913/2012, p. 30) quando a excitação é intensa. Ele destaca que muitos de seus pacientes diziam se sentir “super felizes, entusiasmados, ‘mais do que satisfeitos’” (*Ibid.*, p. 23). O relato da escritora Agathe Lenoël (2015) vai ao encontro dessa caracterização do humor maníaco. É assim que ela descreve as suas sensações no início da crise maníaca, durante uma viagem de trem:

“Durante todo o trajeto, eu estou fascinada pelas cores dos campos a perder de vista. A menor usina de grãos me parecia esplêndida. Eu não sei como descrever esses instantes. São mágicos. Na estação, eu compro um cartão postal. Gaivotas em pleno voo em um céu azul. É para mim uma forma de materializar o meu estado. Eu quero dizer que eu me sinto no estado dessas gaivotas, voando pelos ares, levadas por essa liberdade que elas devem experimentar ao voar” (p. 59).

Uma condição bastante similar é contada pelo diretor teatral Joshua Logan¹ (1976), em sua autobiografia. Diagnosticado como tendo psicose maníaco-depressiva nos anos 1930, Logan conta que, durante a mania ele “estava no céu” (p. 120) e se sentia em uma espécie de “estado encantado” (p. 124).

No entanto, haveria na mania uma grande propensão para a variação do humor. Kraepelin chega a supor que esse seria de fato a característica particular do humor maníaco:

“Uma característica absolutamente essencial do humor dos maníacos é que ele geralmente está sujeito a oscilações frequentes e súbitas. No meio de uma alegria transbordante surge não apenas um ataque brusco de cólera, mas também uma crise violenta de choro e de soluços que, imediatamente dá lugar a uma nova alegria exuberante. ‘Não sei se devo rir ou chorar!’ dizia uma doente. Essas alternâncias de humor que encontramos com frequência também, ainda que de uma forma menos manifesta que na depressão, mostram bem o parentesco íntimo entre tipos que parecem à primeira vista radicalmente diferentes” (Kraepelin, 1913/2012, p. 54).

Vão na mesma direção as observações de Griesinger – “o humor maníaco é muito variável”, escreveu ele (1871, p. 334) –, Linas (1871, p. 517) e Ey (1954). Para este último, o humor do maníaco apresentaria “raramente tonalidade igual” (p. 53).

No entanto, além dessas considerações a respeito da instabilidade de humor, estudos recentes (Cassidy *et al.*, 1998; Dissalver *et al.*, 1999; Akiskal *et al.*, 2001 e 2003) argumentam que, durante o episódio maníaco, outras qualidades de humor além do eufórico podem se mostrar, e não apenas momentaneamente como subproduto de seu caráter variável. Isto é, esses estudos apontam que o episódio poderia ter outra forma de humor prevalente para além daquela de *alegria transbordante*. Por exemplo, em sua autobiografia, a atriz Patty Duke² narra que suas crises maníacas tinham frequentemente um tom irritável, com frequentes explosões de agressividades durante as quais gritava, batia portas e quebrava pratos (Duke e Hochman, 1993, p. 241). Segundo Akiskal *et al.* (2003), em 1971, a pesquisa de Murphy e Beigel realizada com 30 pacientes maníacos foi a primeira a demonstrar essa diversidade na perturbação do humor e propor a classificação de mania eufórica e mania “paranoide-destrutiva”, de acordo com o humor predominante no episódio.

¹ A autobiografia de Joshua Logan utilizada aqui destina-se a contar principalmente sua experiência profissional. Há um capítulo com os pormenores de sua primeira crise e de sua internação por episódio maníaco. Além da riqueza do relato de sua experiência, a descrição de Logan é também bastante proveitosa ao apresentar os aspectos de seu tratamento durante os anos 30, portanto, em uma era pré-medicações.

² Entre os livros de Patty Duke, selecionamos a obra destinada exclusivamente a descrever sobre sua experiência com a então chamada psicose maníaco-depressiva. As crises de Duke começaram quando ela tinha por volta de 16 anos, em 1962, mas ela recebeu o diagnóstico e tratamento vinte anos depois. Segundo seus relatos, suas crises eram majoritariamente maníacas.

No entanto, a partir dos anos 1990, os resultados das pesquisas feitas com amostragens maiores indicaram que as qualidades do humor do maníaco não se restringiam ao modelo bidimensional euforia-disforia proposto nos anos 70. Para Akiskal *et al.* (2003), de fato, esta graduação díade do humor maníaco seria uma simplificação excessiva da sua fenomenologia. Dois importantes representantes desta tese são os artigos de Dissalver *et al.* (1999) e Akiskal *et al.* (2001 e 2003³). O primeiro estudo propôs, a partir da análise dos dados de sua amostragem, uma classificação segundo a qual a mania poderia ter apresentação pura-eufórica, disfórica ou depressiva, com uma variação diretamente proporcional à presença de sintomas depressivos durante o episódio. Também os resultados das pesquisas dos dois estudos de Akiskal *et al.* (2001 e 2003) indicam a existência de uma variada gama de tonalidades afetivas presentes durante o episódio maníaco, especificamente no que se refere aos sentimentos negativos. Além da irritação, poderiam se apresentar a ansiedade, raiva, a hostilidade com tom paranoide, além da expressão de sentimentos depressivos e disfóricos (2001, p. 14; 2003, p. 95). As hipóteses levantadas por estes autores é que esses aspectos do humor não seriam identificados com frequência tanto em razão do método empregado nas pesquisas (raramente instrumentos de auto avaliação para pacientes em crise maníaca⁴), como também por ficarem encobertos pelos sintomas de ativação, além da falta de *insight* dos pacientes e de sua negação dos afetos negativos durante a mania (2001, p. 95):

“A ativação, a euforia e a confiança que parecem caracterizar essa doença estão frequentemente associadas com as emoções dolorosas – que nossos dados sugerem serem mais acessíveis aos pacientes do que aos médicos –, mas que, no entanto, são impedidas se tornarem conscientes devido à negação e ao insight insatisfatório. Essa associação poderia explicar, em parte, por que a escalada da sintomatologia maníaca leva mais frequentemente à tragédia e/ou ao escândalo do que à realização. (...). Estas considerações, por sua vez, sugerem que a mania pura não adulterada – no sentido de júbilo contínuo – é uma raridade estatística, se não uma ficção” (2001, p. 95).

³ Os resultados apresentados nos dois artigos de Akiskal *et al.* são provenientes das pesquisas realizadas no projeto de pesquisa sobre a mania, intitulado EPIMAN, iniciado na França no final da década de 1990 (Azorin *et al.*, 2000). Essa iniciativa representa o primeiro estudo nacional sobre a mania, e conta atualmente com a participação de mais de 300 psiquiatras, em diferentes cidades da França, para avaliar pacientes hospitalizados em razão de episódio maníaco. A finalidade principal desse projeto é coletar dados e realizar pesquisas sobre a epidemiologia e sintomatologia da mania e da mania mista.

⁴ Especificamente a pesquisa do grupo EPIMAN publicada em 2001 utilizou como método dois tipos de instrumentos, entre eles uma escala de autoavaliação realizada por 104 pacientes internados com quadro de mania aguda.

Como já indicado acima e como veremos com mais detalhes mais adiante, o resultado dessas pesquisas apontando que o estado de euforia não é nem o padrão único e nem o padrão predominante da mania é de suma importância para as considerações sobre a mania no campo da psicanálise.

2.3 Sintomas de ativação

Os sintomas de ativação representam o que Kraepelin denominava de *compulsão para a atividade*, sob a qual o maníaco sente que possui um “um espírito de trabalho colossal” (p. 54). Eles podem levar o maníaco a movimentar-se sem parar e permanecer constantemente ativo, procurar contato com outros e falar sem interrupção, inventar novos e grandes projetos etc. Esses movimentos são incessantes, instáveis, desinibidos. Kay Jamison, psicóloga estadunidense que também publicou suas experiências com a doença maníaco-depressiva, descreve os sintomas de ativação logo no início de seu livro, já mesclados com as alterações de seu humor:

“Quando são duas da manhã e se está maníaco, mesmo o centro médico da UCLA tem um certo atrativo. O hospital — geralmente um aglomerado frio de prédios desinteressantes — tornou-se para mim, naquela madrugada de outono há quase vinte anos, um foco do meu sistema nervoso perfeitamente sintonizado, em intenso estado de alerta. Com as vibrissas ardendo, as antenas empinadas, os olhos se adiantando velozes, facetados como os de uma mosca, eu absorvia tudo ao meu redor. Eu estava correndo. Não simplesmente correndo, mas correndo com velocidade e fúria, como um relâmpago a atravessar, de um lado para o outro, o estacionamento do hospital, procurando gastar uma energia ilimitada, irrequieta, maníaca. Eu corria rápido, mas lentamente enlouquecia” (2004, p. 12).

A hiperatividade maníaca pode ser percebida no aumento de execução de atividades da rotina normal quanto pelo início de atividades extraordinárias. Desse modo, o maníaco poderia começar a trabalhar mais, a fazer a arrumação excessiva da casa, reorganizar os objetos e os móveis de lugar, fazer mudanças de emprego e de residência, aumentar a procura por sexo, sentir inquietação e vontade de caminhar sem parar, fazer viagens constantes, fazer compras excessivas, começar a exercer atividades políticas ou esportivas e assim por diante (Caillard, 1982). Ou, como afirmado anteriormente, o maníaco também pode se envolver em atividades que antes não se corporificavam em sua rotina ou que não eram de seu interesse habitual: “Ele se dedica à política, à língua universal, à aviação, à questão das mulheres, às questões públicas de toda sorte e à necessidade que existe de as melhorar” (Kraepelin, p. 55).

Esse último aspecto merece um destaque especial. Pois o engajamento “político” a que se lança o maníaco é bastante significativo para a linha de teorização tomada por essa tese. Como veremos mais adiante, se a mania pode ser descrita, como acreditamos, nos termos de uma invasão do Ideal de Eu no Eu, a adoção de uma linguagem e de uma atitude política parece ser bastante convergente com essa hipótese. A voz singular cede à voz plural, coletiva, de um *nós*.

Porém, continuemos um pouco mais com a narrativa de Jamison:

“Eu também costumava ficar imersa numa variedade de causas políticas e sociais que incluíam tudo, desde manifestações no campus contra a guerra até fanatismos ligeiramente mais idiossincráticos, como o protesto contra indústrias de cosméticos que matavam tartarugas para fabricar e vender produtos de beleza” (2004, p. 45)

Para uma parte dos pacientes, a única vontade constante é a de estar em movimento. Jung (1903/1994) relata que um dos seus pacientes maníacos contava que, quando em mania, sentia sempre uma “vontade louca de sumir” (p. 116). Já outra de suas pacientes era tomada por “uma febre de viajar” (p. 124). O terceiro paciente, quando em crise, tinha uma vida nômade na qual “perambulava vagabundeando pela Suíça” (p. 128).

Além de seu caráter contínuo, essas atividades teriam a marca da desinibição, que se expressa na facilidade em tomar decisões, no sentimento de ter capacidade para realizar qualquer empreendimento e de sentir ter muita energia para executá-los, somados à baixa consideração dos riscos envolvidos nas ações. Segundo Ghaemi (2003), haveria na mania a falta dos elementos que operam a mediação entre a vontade e a ação maníaca, tal como sentimentos de culpa, dúvida ou conflitos, contribuindo ainda mais com o aumento da atividade (p. 220), sobretudo aquelas que envolvem riscos.

Nesse quesito, uma das expressões mais comuns e uma das mais conhecidas a respeito do quadro seriam os gastos excessivos de dinheiro realizados pelos maníacos. Como declara Jamison, “infelizmente, para os maníacos em todo caso, a mania é uma extensão natural da economia” (2004, p. 69). Mas, como veremos, nem sempre são uma extensão das predileções usuais do paciente.

Jamison conta que ficou maníaca logo após se tornar professora na Universidade da Califórnia, em um momento no qual começou a fazer gastos bastante peculiares. É verdade que na crise anterior, ela já comprara um cavalo, mesmo vivendo com uma bolsa de estudos e, portanto sem ter qualquer condição para mantê-lo, mas de todo modo ela adorava cavalos. No

entanto, desta vez os gastos excessivos não se relacionavam mais às suas escolhas habituais. Ela narra, sobre o momento inicial de sua crise: “impulsivamente procurei começar uma vida nova. Encontrei um apartamento excessivamente moderno em Santa Mônica, apesar de detestar a arquitetura moderna” (p. 68). Em seguida, os sintomas se agravam e as compras são feitas em função das suas primeiras ideias de referência:

“Deus havia escolhido a mim, e aparentemente só a mim, para alertar o mundo para a proliferação descontrolada de cobras assassinas na Terra Prometida. Ou era isso o que eu pensava nas minhas divagações fragmentadas e delirantes. Dentro das minhas pequenas possibilidades, ao comprar todo o estoque de kits para picadas de cobra da farmácia, eu estava fazendo o que podia para proteger minha pessoa e as pessoas que eu amava” (p. 71)

Finalmente, após findada a crise, Jamison narra sua surpresa e estranhamento ao constatar a lista de itens adquiridos:

“Agora, medicada e entristecida, eu examinava compulsivamente os restos da minha irresponsabilidade fiscal. Era como fazer uma escavação arqueológica de épocas anteriores da mente. Havia uma conta de um taxidermista de The Plains, Virgínia, por exemplo, de uma raposa empalhada que eu por algum motivo havia imaginado precisar desesperadamente. Eu havia amado os animais a vida inteira; a certa altura tive vontade de ser veterinária. Como era possível que eu pudesse ter comprado um animal morto? Eu adorava as raposas e as admirava desde minhas lembranças mais remotas; eu as considerava rápidas, inteligentes e lindas. Como eu poderia ter contribuído de modo tão direto para a morte de uma delas? Fiquei estarrecida com a natureza medonha da minha aquisição, revoltada comigo mesma e incapaz de imaginar o que faria com a raposa quando de fato chegasse” (2004, p. 70).

Esse testemunho converge com diversas outras descrições no que se refere uma espécie de sentimento de descontinuidade criado no Eu em relação às ações realizadas, percebido quando a crise termina. Algumas pessoas referem não se reconhecerem em nada ou quase nada naquilo que foi realizado durante o período maníaco. Jamison se pergunta com sofrimento como poderia ter feito algo que se opunha a suas convicções mais arraigadas. Como a adoção da linguagem e da atitude política, destacada acima, essa alteração completa do sentimento de si, só se torna compreensível, a nosso ver, quando entendemos a transformação estrutural que é acarretada pela invasão do Ideal de Eu.

Retornando aos sintomas de ativação, outra de suas características se liga ao fato de que as atividades maníacas são acompanhadas pela distrabilidade, o que faria com que apesar de constantes, sejam ao mesmo tempo descontínuas. Isso explicaria porque a hiperatividade maníaca, usualmente, não se transforma em maior produtividade, já que o maníaco não consegue prosseguir com as tarefas ou nos projetos que iniciou. Por exemplo, ele faz constantes mudanças não apenas em seus planos, mas também de empregos, de

relacionamentos, de residência. Uma paciente de Jung (1903/1994) dizia que “só conseguia ficar no emprego o tempo suficiente para conhecer o lugar e as pessoas, depois tinha que ser outra coisa” (p. 124), o que resultou em dez trocas de emprego em um curto período de tempo. Em alguns deles, ela conseguia permanecer por algumas horas ou poucos dias, não mais que isso (p. 124). Agathe Lenoël (2015) conta que, em um período de aproximadamente quatro anos, mudou de faculdade e emprego sete vezes e que, durante suas crises, precisava caminhar sem parar durante toda a madrugada.

Principalmente em momentos de maior agudez, a agitação psicomotora pode ser mais intensa, com hipermotilidade e mímica excessiva do paciente:

“Os movimentos são bruscos, os gestos são tumultuosos, incessantes. Os doentes vêm e vão, correm, andam em progressão muito rápida, pulam, gritam, cantam e se lançam a toda sorte de atos desordenados. Se eles encontram um obstáculo, longe de tentar evita-lo, eles o derrubam ou destroem. Suas vestimentas ficam desordenadas e aos pedaços. Alguns não suportam a roupa de baixo, nem a roupa e insistem em permanecer nus” (Linas, 1871, p. 517).

Além disso, quando os sintomas de atividade se unem ao humor irritável, Kraepelin considera que era comum que ocorresse uma “forte tendência à destruição” (p. 62), na qual os pacientes rasgam a roupa, rasgam o lençol, arrancam os botões da camisa, os fios da camisa.

O relato da atriz Patty Duke a respeito de uma de suas crises maníacas é um ótimo exemplo do encontro desses sintomas com a variação de humores descrita acima. A sucessão dos eventos que ocorre em um intervalo de menos de 13 dias é tão cheia de reviravoltas e situações inusitadas que se tem a impressão de ler uma comédia de erros.

Na época, com 23 anos, Duke acabara de ser indicada ao prêmio Emmy e de descobrir uma gravidez não planejada, após um relacionamento breve. De origem católica, Patty Duke conta que não se conformava com o fato de estar grávida sem estar casada. Assim se inicia sua crise maníaca. Logo no início, além da insônia, ela começou a se sentir tão irritada e fazer tantas birras nos bastidores do programa de televisão que estrelava, que teve seu contrato cancelado. Ela conta: “Eu me achava a Rainha da Inglaterra” (1993, p. 23). Em seguida, o tom irritado e a desorganização se acentuam progressivamente, ficando bastante evidentes na noite de entrega do prêmio Emmy. Na ocasião, o seu discurso ao receber o prêmio se limitou a uma única frase, antes de deixar o palco: “As melhores palavras que eu aprendi foram ‘olá’ e... ‘entusiasmo’”. No momento das entrevistas na área de imprensa, ao ser questionada sobre como se sentia a respeito de ganhar o prêmio, ela respondeu com tom de irritação: “Eu não quero esse prêmio, pode levar, eu não preciso dessa merda. Eu vou ser médica” (p. 24).

Em seguida, com contrato assinado para ir fazer uma peça de teatro em outra cidade, ela decide alugar o apartamento em que residia, o que, segundo sua avaliação retrospectiva, era algo completamente desnecessário tanto do ponto de vista prático quanto do ponto de vista financeiro. Às pressas, ofereceu alugar o seu apartamento para o primeiro rapaz que encontrou no saguão do edifício em que residia, sem solicitar a ele qualquer referência ou contrato. Ela parte para Chicago, onde festeja durante a madrugada com pessoas desconhecidas e, durante o dia, visita os hospitais da cidade à procura de um bebê para adotar. Sem tempo para decorar as falas de sua personagem, ela é então demitida e retorna para seu antigo apartamento. Diante do inquilino, começa a fazer ligações para diversas pessoas para falar sobre sua gravidez e sobre a sua preocupação com o fato de não estar casada. Subitamente, o inquilino a pede em casamento e, de maneira igualmente súbita, ela aceita. Na mesma hora, Duke freta um jato particular para ir para Las Vegas para se casar e, dali, decide sair em viagem pelo país.

Durante sua viagem, ela concede entrevista a um show de televisão, durante a qual anuncia que está grávida e que “irá construir uma arca no deserto entre Barstow e Bakersfield” (p. 26), um bom exemplo de projeto grandioso que o paciente maníaco pode elaborar. De volta para o hotel, com humor cada vez mais irritado e envergonhada por ter revelado sua gravidez em rede nacional, ela discute com o marido, quebrando e jogando os objetos e os móveis através da janela do quarto. Novamente, ela telefona para seus amigos para relatar seus problemas e então uma amiga a ajuda a anular o casamento. Dali, Duke decide alugar uma casa mobiliada em uma instância de veraneio, onde não permanece por nem um dia, embora mantenha o aluguel. Ela contrata novamente os serviços de um jato particular para ir a uma cidade diferente. No novo destino, ela conhece duas novas pessoas e as convida para residir em sua casa e começa a fazer compras:

“Havia aquele buggy ridículo que eu comprei em Palm Springs, por exemplo. Não sei porque o comprei. Assim como o Monte Everest, ele estava lá. Há um lado infantil na mania. Qualquer coisa que você vê e você quer, pronto, é sua, sem nenhum pensamento, sem a menor ansiedade a respeito do que é preciso para tê-la ou como você pagará por isso. Realmente, é como acreditar que aquele dinheiro todo nascesse em árvores. Quando eu saí pela porta da loja, eu sabia que não tinha dinheiro para comprar aquele buggy, mas entre a porta e o buggy – que eu não conseguiria nem dirigir porque ele tinha um câmbio manual – todo tipo de conceito lógico como esses tinha sumido” (p. 28).

Desde os anos 2000, os sintomas de ativação ganharam cada vez mais relevância na caracterização do quadro maníaco (Cassano *et al.*, 2012; Akiskal *et al.*, 2001 e 2003; Ghaemi, 2013), passando a serem vistos como sinais tão importantes da síndrome quanto a variação de humor, especialmente após a publicação das duas pesquisas de Akiskal *et al.* (2001 e 2003)

citadas acima. Nesses dois artigos, os autores sustentam que os sintomas de ativação seriam uma espécie de sintoma-tronco do quadro, que facilitariam o aparecimento tanto dos sintomas de humor quanto dos sintomas psicóticos na mania:

“Nossos dados sugerem que a instabilidade-ativação, que constitui um fator nuclear de ativação, está correlacionada com os principais itens da mania. Hipoteticamente, por um lado, ele parece facilitar a desregulação emocional na série euforia, hostil-irritável ou depressiva, e também os sintomas psicóticos e deficitários” (2003, p. 15).

O modelo proposto por Akiskal *et al.* (2003) dos sintomas de ativação como eixo central do quadro converge em alguma medida com aquele de Griesinger, para quem, como vimos no capítulo anterior, a mania representava uma alteração no aspecto motor da vida psíquica. No entanto, Griesinger faz uma ressalva sobre o caráter da suposta vontade que estaria na raiz dos sintomas de ativação na mania, bastante caracterizado na errância relatada por Duke durante sua crise:

“O que determina esses atos não é uma vontade propriamente dita, isto é, a transformação de uma ideia dominante em esforço, com uma consciência do objetivo a ser alcançado e dos meios que devem levar a ele; nem é um estado de emoção: mas o movimento psíquico abandonado a si mesmo que sente apenas as sensações, as ondas de oscilações de pensamento às quais damos o nome de sentimentos. As emoções superficiais e as excitações sensuais inumeráveis, acidentais, momentâneas, são os únicos motivos dos quais ele recebe a influência e que procura projetar para o exterior” (Griesinger, 1865, p. 330)

Diferentemente de Griesinger, para Kraepelin os sintomas de ativação seriam derivados de uma *excitação geral da vontade* mas principalmente do aumento da excitabilidade que dominaria o quadro maníaco e que poderia ser considerado o “sintoma essencial” da mania (Kraepelin, 1913 /2012, p. 37). Os maníacos seriam muito sensíveis a qualquer estímulo externos que fazem sua excitação aumentar rapidamente e, com ela, sua atividade (p. 37). Para Kraepelin, a própria agitação do maníaco poderia excitá-lo ainda mais e incitando-o a ficar ainda mais agitado.

Além disso, Kraepelin também considerava que outros dois aspectos estivessem intimamente relacionados à movimentação constante do maníaco. O primeiro seria a diminuição da sensibilidade, o que levaria o paciente a não se cansar, e a grande facilidade para a ação.

“A despeito de excitação motora extrema persistente as vezes com uma intensidade máxima durante semanas, quiçá meses sem quase parar, o doente não experimenta nenhum sentimento de fadiga. Ele não fica exausto nem abatido; o trabalho do tecido muscular não provoca nenhuma sensação de desprazer, em parte talvez pela diminuição da sensibilidade da qual nós falamos acima, mas sobretudo porque as ações se desencadeiam com uma grande facilidade. O mais leve impulso é suficiente para provocar manifestações motoras intensas, enquanto que, para chegar ao mesmo resultado, uma pessoa sã precisaria deprender muito mais energia nervosa” (Kraepelin, p. 37)

A observação a respeito da alteração das sensações e do sentimento de fadiga do maníaco aparece em muitos autores. Chambaud, por exemplo, supõe que a resistência do paciente maníaco a várias condições extremas poderia ser explicada por essa alteração: “ele exhibe o corpo nu indecentemente e caminha despido em meio ao frio mais cortante, sem nada sentir; é igualmente insensível à fome, à sede e ao sono” (1765/2017, p. 413). Griesinger também supunha que esses dois sintomas estivessem relacionados entre si, ou seja, a alteração na percepção da fadiga e a movimentação intensa do paciente:

“Às vezes, eles passam semanas ou meses inteiros quase sem dormir, dominados pela fúria mais violenta; e a única explicação que poderia nos fazer entender a possibilidade desse enorme gasto muscular parece ser este, a saber, que, pelo fato de uma anormalidade da sensibilidade do sistema muscular, esses pacientes não têm a sentimento da fadiga” (Griesinger, 1863/2017, p. 336).

Como fica claro na citação de Griesinger, a alteração no padrão de sono, que faz com que o paciente tenha uma necessidade reduzida de dormir ou não sinta a necessidade de dormir, é uma das evidências da ausência de fadiga do maníaco. A insônia é considerada como um dos mais importantes índices patognomônicos da crise maníaca⁵. Terry Cheney, advogada de entretenimento que escreveu um livro sobre sua experiência na fase maníaca, faz a seguinte narrativa:

“Meu corpo se rebelou no exato segundo em que minha cabeça tocou o travesseiro. As cores continuavam explodindo por trás dos meus olhos fechados. As palavras e os números pulsavam como neon, ininteligíveis, mas urgentes. Eu não dormia havia cinco dias e tinha esquecido como era” (Cheney, 2008, p. 126).

Outro sinal relacionado à alteração da sensibilidade é a menção à ausência de percepção da dor (Caillard, 1982), ainda que não seja um dos aspectos mais explorados sobre a síndrome⁶. Em estudo publicado em 2016, realizado com 225 pacientes com dor crônica, e

⁵ A falta de sono não é apenas sintoma como também um fator desencadear de crises. É comum pacientes que, ao iniciar trabalho noturno por exemplo, voltem a apresentar sintomas de hipomania.

⁶ Os poucos estudos atuais encontrados a esse respeito investigam principalmente o transtorno bipolar I como comorbidade com a dor crônica e a fibromialgia. Cf. Goldstein *et al.* (2009) e Stubbs *et al.* (2015). Stubbs *et al.*

diagnosticados com transtorno bipolar I e II, os pacientes relataram sensação de redução da intensidade da dor durante episódios maníacos ou hipomaníacos em 64.2% dos casos (Boggero e Cole, 2016). No entanto, também quanto a esse aspecto, há posições diversas. Griesinger concebe que os maníacos teriam vários distúrbios da sensibilidade, “sensações anômalas da pele, dores dos membros, insensibilidade real ou aparente ao frio e ao calor”, mas conclui que, “quanto às anestésias propriamente ditas, elas são muito mais raras do que se acreditava anteriormente” (1863/2017, p. 335).

No entanto, Linas (1871) e Kraepelin (1905, p. 15) chamavam a atenção para o fato de que o maníaco poderia ter a sensação de estar com a sensibilidade mais aguçada, sobretudo no que se refere à acuidade dos seus cinco sentidos. Novamente, há um relato de Jamison em que ela narra uma sensação especial ao ouvir música em sua casa:

“Minha percepção e vivência dos sons em geral e da música em particular eram intensas. Notas isoladas de uma trompa, de um oboé ou de um violoncelo adquiriam uma pungência inexprimível. Eu ouvia cada nota em si, todas as notas juntas e depois cada uma e todas com uma clareza e beleza penetrantes. Eu me sentia como se estivesse no meio do poço da orquestra” (2004, p. 73)

Essa combinação da sensação de ausência de fadiga e de dor junto com a sensação de ter alguns sentidos mais apurados poderia se relacionar com o humor exaltado do paciente e com a sensação de que se está mais forte. É o que relata um dos pacientes de Baillarger:

“A complacência daqueles que, para não me contrariar, me deixaram dar livre curso a todas as minhas fantasias, reforçou no meu espírito a persuasão de meus poderes superiores e sustentava a minha audácia. Minha insensibilidade ao frio, ao calor, a todos os pequenos inconvenientes da vida, a justificava ainda mais” (Baillarger, 1854, p. 343).

A esse respeito, a consideração acerca do que seria primário, se a alteração da sensibilidade e da resistência corporal, sustentando a crença de ter capacidades e poderes incomuns, ou o inverso, varia entre os autores e mesmo segundo o mesmo autor. Por exemplo, Kraepelin afirma tanto que “a brutalidade com a qual os pacientes se servem de seus membros faz nascer a ideia difundida e inexata de que eles dispõem de uma força física extraordinária” (Kraepelin, p. 28) quanto o inverso, ou seja, que a alteração da percepção corporal já seria indício de uma crença delirante: “Vemos que se trata frequentemente de uma

(2015) fez a primeira meta-análise sobre dor e transtorno bipolar, mas sem resultados específicos a respeito da diferenciação da dor entre os episódios depressivos e maníacos.

simples hipersensibilidade às percepções provenientes do corpo próprio, mas também de uma interpretação delirante de sensações em si anódinas” (Kraepelin, p. 15).

2.4 O comportamento gregário

Não foi apenas a relevância dos sintomas de ativação que a pesquisa de Akiskal *et al.* (2001) trouxe para o centro da sintomatologia da mania. Esses pesquisadores também propuseram que fossem incluídos entre os sintomas centrais a forma de sociabilidade patológica (*pathological gregariousness*) do maníaco: “Recomendamos a inclusão da ‘desinibição social’ (operacionalizada como ‘sociabilidade patológica e familiaridade com os outros’) como um sinal distinto de mania” (p. 94).

Ainda que não com tanto destaque, esse traço já havia sido sublinhado por Kraepelin ao descrever o quadro: “Eles fazem projetos de casamento, ligam-se a indivíduos suspeitos, beijam em plena rua mulheres que não conhecem, percorrem os cabarés, entregam-se a todas as devassidões. Uma jovem roda de taberna em taberna com estudantes e lhes paga a bebida” (p. 35, 2012). Em outra de suas descrições, Kraepelin relata que um de seus pacientes, na primeira crise, colocou um anúncio no jornal para convidar toda a *noblesse du jour* para uma noitada de alto nível em um terraço (1905/1984, p. 79). Como exemplo de literatura na recente, esse também foi um aspecto da sintomatologia maníaca ressaltado por Ghaemi (2003), ao destacar como a facilidade para socializar e a extroversão do maníaco: “geralmente os que são introvertidos, tornam-se muito mais sociáveis e extrovertidos quando estão maníacos. A mania se torna um ‘transplante de personalidade’ temporário” (p. 223).

No entanto, mesmo que os manuais fizessem referência à desinibição social do maníaco, ela nunca era vista como algo central como propõem os pesquisadores desses estudos. Isso faz com que ainda haja poucos elementos na literatura especializada a respeito da forma de sociabilidade do maníaco, apenas comentários subsidiários, principalmente quando comparados aqueles a respeito das perturbações de humor. Mas, alguns dos relatos de pacientes citados a seguir permitem inferir ao menos alguns traços inter-relacionados que sustentam e engendram a sociabilidade do maníaco, e com as quais ela aparece frequentemente conectada: o sentimento de ligação com o mundo; a vontade de se comunicar e de estar conectado a outras pessoas; a sensação de familiaridade, mesmo com

desconhecidos; e a sensação de se ter facilidade com as palavras, intensificando ainda mais o pendor para a comunicação.

O psicanalista Darian Leader, um dos poucos a dar destaque ao modo de relação do maníaco com os outros, constata que nesse estado “(...) a pessoa entabula conversas quase em qualquer lugar, como se todos fossem grandes amigos ou amantes em potencial” (p. 24, 2015). É o que conta Andy Berhman (2001), marchand de artes diagnosticado com transtorno bipolar. Quando insone, ele costumava sair pela cidade de Nova Iorque para conversar com as pessoas na rua. Em certa ocasião, encontrou um grupo de turcos e, mesmo sem conhecer o idioma, se aproximou: “Eu não sabia nada sobre a Turquia exceto qual é a sua capital. Mas eu realmente queria conversar com eles e ser uma parte do grupo e do seu ímpeto, mesmo que fosse apenas para dizer a eles que ouvi falar sobre Ancara” (p. 14). O diretor de teatro Joshua Logan narra algo parecido: “Eu fechava bares, fazia amizade com estranhos com quem eu podia beber até que fosse a hora de tentar dormir. Mas o sono nunca vinha, então depois de revirar incansavelmente na cama, eu tomava banho e me aprontava para sair novamente” (p. 126).

Como vimos, essas características também são patentes no relato de Patty Duke contado acima. Durante sua crise, ela não apenas convidou estranhos para morarem em sua casa, como chegou a casar com o seu inquilino que conhecia há três dias. Além disso, ela sublinha que quando em mania se sentia “compulsiva para ver todo mundo” (p. 13), algo bastante contrastante com os seus períodos de depressão, nos quais “tirava o telefone do gancho, desconectava de todas as formas possíveis, não queria nenhum contato com o mundo” (p. 15). De fato, como assinala Leader, na mania haveria “uma sede insaciável de um receptor. Os sujeitos maníacos, ao contrário de outros, não falam sozinhos” (2015, p. 35).

Além disso, durante a mania, alguns pacientes relatam estarem descobrindo novas relações entre os fatos do mundo, novos sentidos, que os deixam maravilhados e querem compartilhar isso com os outros:

“Naquela época, porém, tudo não só fazia perfeito sentido como também tudo parecia se encaixar num tipo maravilhoso de inter-relação cósmica. Minha sensação de encantamento com as leis do mundo natural fazia com que minha efervescência transbordasse, e eu me descobria obrigando meus amigos a me escutar enquanto eu lhes dizia como tudo era lindo” (Jamison, 2004, p. 40).

Além disso, quando a crise é marcada pela tonalidade eufórica, o encantamento com o mundo e seus novos sentidos também se estende às pessoas, o que leva ainda mais a buscá-las. Como conta Jamison, durante a mania “descobrem-se interesses em pessoas desinteressantes” (p. 63). Esse aspecto relacionado ao fator interpretativo da mania ficará mais claro um pouco mais adiante.

Finalmente, todos esses fatores podem se aliar à sensação da facilidade para a comunicação e de se ter maior habilidade com as palavras que alguns maníacos sentem. A descrição de Joshua Logan é bastante reveladora nesse sentido:

“Quando eu ouvi dois dos enfermeiros da noite falando espanhol, eu tentei falar algumas frases que eu lembrava do Chile. Para minha surpresa e alegria, eles responderam, e eu me peguei respondendo frases a eles, embora eu não tivesse lembrança de alguma vez antes ter sido capaz de me virar facilmente naquele idioma. Minha inacreditável fluência carecia de qualquer forma gramática, mas isso não parecia incomodar meus novos amigos ou a mim. Com essa capacidade ao meu alcance, eu então encarei uma forma livre de francês com a nutricionista, também ignorando aquelas conjugações de verbo embaraçosas, que durante anos haviam sido um empecilho para mim. Instantaneamente, eu era trilingue” (Logan, 1976, p. 145).

Essa capacidade do maníaco de manejar a linguagem é um de seus traços mais comentados na literatura. Antes de passar a esse manejo com a linguagem, convém nos deter, porém, um pouco mais nessa espécie de sociabilidade facilitada, desinibida, que caracteriza frequentemente o maníaco.

Aqui cabem duas observações importantes para o desenvolvimento da compreensão da mania segundo a tese proposta até o momento. A questão sobre o sentimento gregário, sociável, recorrente nos estudos psiquiátricos recentes que pretendem lhe conferir a posição de um sintoma central da crise maníaca, não deve passar despercebida à psicanálise. Mas não se trata aqui de ligar a sociabilidade à imagem da festa. A constelação de sentidos do sentimento e do comportamento gregário, esse pendor para a comunicação, tem a ver muito mais com a entrega para uma significação coletiva. O elemento freudiano que pode ser destacado aqui é, então, aquele sobre o comportamento das hordas, das massas, em que o Eu individual de certo modo se dissolve. Voltaremos a essa pista mais adiante.

A segunda linha de observações tem a ver com o afeto da mania. O sentimento de familiaridade em que se vê o maníaco é índice de uma outra conexão importante para a compreensão da crise. Pois aqui nos vemos diante de um traço característico que sugere uma interpretação da mania como sentimento de harmonia com o mundo. Ora, veremos mais adiante que um conceito de origem fenomenológica pode ser bastante útil para a abordagem

desse sentimento. Trata-se aqui da *Stimmung*, um estado de ânimo que não se refere apenas às sensações individuais e subjetivas, mas se estende à organização do mundo, de modo que o maníaco se sente compreendido em um todo e agindo por ele.

2.5 Taquipsiquismo e Fuga de ideias

A descrição de Logan sobre sua situação com os enfermeiros no hospital mostra como a sociabilidade do maníaco relaciona-se à pressão para falar e à facilidade que sente para falar. As variações na fala maníaca foi um de seus sintomas mais descritos. Geralmente, esse sintoma é acompanhado da alteração do pensamento mais frequentemente relacionada aos estados maníacos, a chamada fuga de ideias (Linas, 1871; Ey, 1954). Para Kraepelin, ela seria um dos sintomas centrais da mania. A fuga de ideias é a alteração do volume, do ritmo, do ordenamento, da forma de associação e do curso do pensamento maníaco. Apesar de suas variações em cada um desses pontos, de forma geral ela se caracteriza por uma abundância de representações que surgem em velocidade acelerada, obedecem a formas diversas de associação, e não conseguem chegar à finalidade inicial. Kraepelin fornece uma imagem do que poderia ser a fuga de ideias através da experiência de seus pacientes:

“A fuga de ideias é frequentemente percebida de maneira distinta pelos próprios doentes. Eles se queixam de não conseguir se concentrar, de não poder organizar seus pensamentos. Os pensamentos vêm completamente sozinhos, se impõem; eles relatam: ‘Eu não posso reter todos esses pensamentos que se apresentam’, dizia um doente; ‘É uma tal tempestade na minha cabeça’, explicava um outro, ‘que tudo fica em desordem’. ‘Meus pensamentos estão todos em pedaços’; ‘Eu não controlo meus pensamentos’, ‘Um pensamento caça o outro, eles simplesmente se desvanecem’” (Kraepelin, 1913/2012, p. 16).

Segundo Ey (1954) e Caillard (1982), uma das possíveis origens do volume abundante de representações poderia ser a riqueza mnêmica do maníaco, de modo a criar um fluxo constante de memórias “sem ordem nem continuidade” (Ey, p. 56), sobretudo no que se refere à precisão cronológica (Caillard, 1982, p. 18). Também a imaginação e as formas de associação poderiam ter um papel importante nessa questão. Isto porque os tipos de associação entre as representações durante a crise maníaca obedeceriam não à lógica interna discursiva, ou ao que se objetiva dizer, mas seriam associações por assonância, digressões, associações externas e repetições de palavras (Ey, p. 58). Por sua vez, essas características da apresentação fariam com que, frequentemente, ocorresse a perda da finalidade e a constante mudança temática. O paciente maníaco não conseguiria concluir as suas ideias, literalmente

perdendo o fio da meada, desviando-se em associações paralelas. A metáfora da fuga das ideias encontraria assim sua justificativa: as ideias evadem antes de encontrarem conclusão.

No entanto, nem todos os autores que se detiveram sobre o tema da fuga de ideias entenderam que nela se tratasse da falta da representação meta ou do problema da hiperfunção psíquica; e Binswanger (1931/2000) é certamente o mais importante nome dessa tendência. Em sua obra sobre o tema, ele retomou a proposta de Wernicke de divisão da fuga de ideias em três graus hierárquicos de acordo com o ordenamento das associações, a fuga ordenada de ideias, a fuga desordenada de ideias, a fuga incoerente de ideias, conferindo-lhe uma nova interpretação.

A fuga ordenada de ideias seria aquela na qual há uma grande oferta de representações e a presença de associações laterais por assonância, mas estas estão submetidas ao tema, de modo que a representação principal que organiza o curso da fala é mantida. É o que aponta Sauvagnat (1998) a respeito dos maníacos que conseguiriam deter a fuga de ideias ao restringir suas associações a um só tema:

“A fuga ordenada de ideias, explica Hermann, proporciona um modelo incontestável do conceito cantoriano de ‘conjunto’: a união de elementos em um todo. O paciente que tem uma fuga ordenada de ideias – sempre sob a pressão da ameaçadora descoordenação de seu pensamento, e com medo de perder o fio, como ocorre na fuga desordenada de ideias – põe em ação tudo o que pode para manter unidos os elementos de seu pensamento com a ajuda de representações de ordem superior, ou, como também poderia se dizer, com a ajuda de leis de parentesco” (Sauvagnat, 1998, p. 466)

Nessa perspectiva, a repetição temática na fala maníaca, de modo que a cadeia de significantes não desliza em uma metonímia infinita mas retorna de modos diferentes aos mesmos pontos, poderia conferir um novo sentido à metáfora da fuga de ideias. Ou seja, aqui, a metáfora da “fuga” se aproximaria mais da sua forma musical de uma composição monotemática.

Entretanto, nesse caso, embora a hiperprodução de representações obedeça à regra temática de articulação, mantendo a função referencial da linguagem, estariam ausentes os artigos, as conjunções, os conectivos, as relações lógicas e passos importantes do raciocínio. A fuga ordenada de ideias manifestaria um estilo telegráfico, com grandes “saltos” conceituais e lógicos. Novamente recorremos a uma passagem do livro de Jamison, bastante ilustrativa sob sua experiência com a fuga de ideias:

“Minha cabeça estava começando a ter de se esforçar um pouco para conseguir acompanhar seu próprio ritmo, já que as ideias surgiam com tanta velocidade que uma atravessava o caminho da outra em todos os ângulos concebíveis. Havia um engarrafamento de neurônios nas rodovias do meu cérebro; e quanto mais eu procurava desacelerar meu pensamento, mais eu percebia que não conseguia. Meus entusiasmos estavam também em excesso de velocidade, muito embora com frequência houvesse algum fio de lógica oculto no que eu estava fazendo” (p. 68).

O “fio de lógica oculto” a que se refere Jamison na passagem acima aproxima muito sua experiência das características conferidas por Binswanger à fuga ordenada de ideias, no qual um tema guarda-chuva organiza as associações, como veremos na passagem abaixo com mais detalhes. Em outra passagem, Jamison dá um exemplo a mais do que poderia servir como “fio de lógico oculto” que amarra o mapa associativo. No relato abaixo, ele se relaciona ao tema do um poema *Os Idílios do Rei*, de Tennyson.

“Um dia, durante meu ano de caloura, eu estava caminhando pelo jardim botânico da UCLA e, ao contemplar o pequeno córrego que atravessa o jardim, tive a lembrança repentina e vigorosa de uma cena de *Idylls of the King*, de Tennyson. Creio eu, algo relacionado à *Dama do Lago*. Levada por uma sensação de urgência imediata e apaixonante, saí correndo para a livraria para ver se encontrava um exemplar, o que consegui. Quando saí do prédio, estava sobrecarregada com no mínimo vinte livros, alguns dos quais relacionados ao poema de Tennyson, mas outros que apresentavam uma ligação apenas tangencial, se é que alguma ligação havia, com a lenda arturiana: *Le Morte d'Arthur* de Malory e *The Once and Future King* de T. H. White estavam incluídos na compra, assim como *The Golden Bough*, *The Celtic Realm*, *The Letters of Héloïse and Abelard*, livros de Jung, livros de Robert Graves, livros sobre Tristão e Isolda, antologias de mitos da criação e coletâneas de contos de fadas escoceses. Na ocasião, todos pareciam estar muito relacionados entre si. Eles não só pareciam estar relacionados mas, juntos, pareciam conter algum segredo essencial para a visão de mundo grandiosamente desnorteada que minha mente começava a moldar. A tragédia arturiana explicava tudo o que se precisava saber sobre a natureza humana — suas paixões, traições, violência, graça e aspirações — e minha cabeça seguia em frente, impulsionada pela certeza da verdade absoluta. Naturalmente, considerando-se a universalidade dos meus insights, essas compras pareciam absolutamente essenciais na época” (Jamison, 2004, p.45).

Na passagem acima, é possível encontrar alguns elementos do tipo de associação presente na fuga ordenada de ideias. O fluxo de representações que se desencadeia após a associação entre os elementos “córrego” e “lago”, portanto, uma associação lateral inicial, impelem Jamison a comprar livros que tivessem qualquer ligação com o tema principal da Lenda do Rei Arthur e a Dama do Lago. É importante sublinhar que, na versão original inglesa, o momento da lembrança é anunciado em voz passiva: “eu fui súbita e fortemente lembrada” e não com a voz ativa verificada na tradução, transparecendo ainda mais o caráter autônomo adquirido pelas ideias que se impõem. Além disso, vê-se entrar em cena os elementos do humor exaltado que observamos acima e que fazem a lembrança ser “vigorosa”,

a ponto de a autora ser arrebatada por uma sensação “apaixonante” e por impulsos que a instigam a comprar todos os livros relacionados ao tema em questão.

Essa apresentação formal da fuga ordenada de ideias esclareceria um tipo de observação clínica já feita sobre a fala dos maníacos, segundo a qual eles “tendem a chegar sempre às mesmas ideias, às mesmas significações, às mesmas palavras, como se fossem reconduzidos a cada vez ao mesmo ponto preciso de um mapa” (Leader, 2015, p. 46). Mas, mais que isso, possivelmente essa forma de associação seja um dos elementos predisponentes que levam o maníaco a transformar esse conjunto temático em um sistema interpretativo. Segundo Leader (2015), “na mania, tudo parece deliberadamente ligado, de alguma forma, como se um imenso jogo de unir os pontinhos se completasse de repente, revelando uma figura que ninguém havia notado até então” (p. 26).

Por falta de palavras, chamaremos esses momentos de “a abertura da máquina do mundo”, a chamada para o reino augusto, em que se abre “essa total explicação da vida, esse nexo primeiro e singular” de que fala Drummond em seu poema. Talvez também tenha sido esse efeito o que explicaria que na Antiguidade a mania fosse compreendida como arte divinatória. Na obra de John Custance, *Wisdom, Madness and Folly* (1952), o autor relata que, em seus períodos de elação, tinha essa sensação de uma revelação de definitiva e “suprema harmonia” (p. 14). Segundo ele, era a sensação de que algo misterioso, um “conhecimento escondido” fora finalmente “desvelado” (p. 22). A segunda característica desse momento, para Custance, seria uma “a crença na unidade de todas as coisas” (p. 22), que incluiria o próprio sujeito envolvido.

No entanto, não é possível generalizar essa experiência a toda crise maníaca. Antes, parecer ser uma experiência circunscrita a pacientes maníacos que apresentam a fuga ordenada de ideias, uma vez que a fuga desordenada de ideias conduz a outro tipo de relação com a linguagem, não mais organizada pelo eixo temático.

Segundo a descrição de Binswanger, a fuga desordenada de ideias tem como princípio organizador os sons das palavras. De modo geral, nesse caso ganham expressão as associações por assonância, as rimas, as similitudes de sonoridade das palavras, a formação de séries. De acordo com Schüle, nesse momento, “o som é tudo, o sentido não importa, as palavras escoam umas após as outras, de acordo com as formas como elas soam (mão, pão, cão etc...). Também pode haver obsessão com as antíteses” (1888, p. 76).

O exemplo fornecido por Kraepelin para as associações desse tipo extraída dos escritos de seus pacientes é: “Nelke – Welke – Helge – Hilde – Tilde – Milde – Hand – Wand – Sand” (1905, p. 28),⁷ em que os sons vão das aliterações (l, k, e, h) às assonâncias (elke, el, ilde, and).

Binswanger fornece um bom exemplo de fuga desordenada de ideias, no qual o som e a antítese encontram expressão. Trata-se de um de seus pacientes maníacos, preocupado com as palavras *Morgenstern – Abendstern*, estrela da manhã e estrela da noite, ambas uma referência ao planeta vênus. No caso desse paciente, o princípio que organiza o grupo das associações seria o do contraste lógico das significações, ainda que para Binswanger o paciente também estivesse “completamente absorto nas estruturas sonoras das palavras” (p. 177), colocando a significação em segundo plano.

Para Binswanger, a entrada na fuga de ideias desordenada representaria uma passagem em direção à dimensão lúdica da linguagem (p. 189), na qual o maníaco está interessando sobretudo em sua dimensão rítmica. A linguagem passa a ser tratada pelo maníaco como um brinquedo. Em lugar do *jogo de unir pontinhos* a que se refere Leader (2015) no caso anterior, o que se tem aqui é um jogo de rimar, que não se presta à criação de sistemas interpretativos totalizantes.

Contudo, é preciso sublinhar que, embora não mais restrito à função referencial da linguagem e tampouco apenas a um tema, nesse tipo de associação ainda há contenções, não podendo se soltar ao infinito:

“O princípio que forma a estrutura sonora não está mais presente, nem o contraste lógico das significações das palavras, apenas a semelhança ‘sensível’ das sonoridades da palavra em si mesmas. Dado que o contraste da significação em e por si só delimita um domínio de coisa e de palavra relativamente estreito, mas as semelhanças de sons e de palavras podendo estender-se quase ‘ao infinito’, surge no lugar da estrutura fechada a estrutura da série quase ‘infinita’” (Binswanger, p. 181).

Finalmente, na fuga incoerente de ideias, não haveria preponderância de nenhum dos modos de associação observadas nas formas anteriores. Nela, o paciente maníaco repetiria palavras ou pedaços de palavras, assobios, onomatopeias, assonâncias, como descreve Kraepelin sobre um de seus pacientes: “Ele reza, imita os animais, faz ouvir uma aleluia: no meio de tudo isso, grunhidos, assobios, uma tirolesa, gritos de alegria, um ataque de riso

⁷ A tradução dessas séries demonstra o quanto a semântica não tem um papel relevante aqui: cravo, murcha (se adjetivo substantivado feminino), rampa (ou nome próprio Helge), Hilde, til (acento gráfico), suavidade, mão, parede, areia.

inextinguível” (1913/2012, p. 82). Ou como no exemplo de uma paciente que dizia: “Parábola, parábola, para bola, para bola. Não consigo parar de falar parábola”. No entanto, aqui como nos casos anteriores, nenhuma das associações é aleatória (p. 219).

Pois, de acordo com alguns autores (Kraepelin, 1913/2012; Ey, 1954; Caillard, 1982), essa configuração das associações na esfera representacional, conjugadas com os sintomas de ativação, teria um grande impacto na atenção e na capacidade de concentração do maníaco⁸. Um paciente de Jung (1903/1994) dizia ser incapaz de “concentrar-se em trabalho algum, uma terrível inquietação interna o atormentava constantemente” (p. 116). Isso o incitava a mudar continuamente seus interesses e a não persistir em nada do que começava, tanto em sua vida profissional quanto na vida intelectual, algo que vai ao encontro da já mencionada descontinuidade das atividades na mania. Por isso, dizia ser a “pessoa superficialmente mais culta e letrada” (p. 117) que conhecia, uma vez que já havia iniciado cursos sobre os mais diversos assuntos, a leitura de muitos livros, mas não conseguia terminá-los.

Kraepelin (1905) enfatiza que o maníaco é constantemente atraído por qualquer elemento do ambiente, mesmo sem grande significado aparente, e que a atenção seletiva durava poucos instantes, voltando-se rapidamente para outro aspecto do ambiente ou para outra ideia, ou ainda para outra vontade (p. 81). Esquirol também identificou o problema com a função da atenção que, segundo ele, “está principalmente lesada” na mania (1854, p. 10). Por sua vez, para Caillard, a manutenção da atenção voluntária seria algo “praticamente impossível” durante a crise maníaca (1982, p. 19), algo já sublinhado por Ey (1954, p. 57).

Finalmente, a somatória de traços elencados até aqui ocorre na fala maníaca durante a crise. As alterações do humor, os sintomas de ativação, a quantidade de ideias, o ritmo e as formas de associação dão o tom da logorreia maníaca e sua “compulsão para falar” (Kraepelin, p. 28). Esse conjunto de condições faz com que a fala seja repleta de digressões, tornando difícil para o maníaco em crise conseguir relatar em evento longo até o fim.

⁸ O estudo mais recente realizado por Sax *et al.* (1995) interessado em investigar o desempenho da atenção em pacientes maníacos através da aplicação de testes específicos também demonstrou que na mania há um prejuízo da atenção e um decréscimo do comportamento de vigilância quando comparados ao grupo controle. Esses pesquisadores analisaram a atenção sustentada, a atenção seletiva e a atenção geral e havia prejuízo em todas essas formas.

“Eles falam noite e dia, sem trégua e sem repouso, sempre mais rápido, como se eles temessem não poder exprimir todas as ideias novas que se apresentam sem cessar a seu espírito exaltado, e que eles têm necessidade de projetar no exterior (logorreia, polifrasia de Kussmaül). Às vezes, seu discurso é interrompido, desconexo e seja qual for a velocidade, eles não chegam a formular toda a série de suas ideias, tal a sucessão é tumultuada e mais rápida que a fala (fuga de ideias). Nesses casos a linguagem se reveste de uma forma particular e que M. J.- P. Falret designou pelo nome de linguagem elíptica” (Séglas, 1892/2010, p. 20).

Além disso, segundo os autores, os pacientes maníacos escrevem muito, desenvolvem uma verdadeira “grafomania” (Kraepelin, p. 63), que segue as mesmas características da linguagem oral (Linas, 1871; Caillard, 1982). Tanto na escrita como na oralidade, pode se apresentar a tendência ao emprego de língua estrangeira ou a misturar diversas línguas (Kraepelin, 1905, p. 30). Na grafia, observa-se a dificuldade para obedecer a marginação e a pontuação (Caillard, 1982). Como dizia o paciente João, que apresentaremos no capítulo das vinhetas clínicas, “eu não caibo na língua portuguesa”.

A respeito da atividade escrita do maníaco e suas peculiaridades, os testemunhos são muitos. Começaremos pelo paciente citado por Baillarger que, durante sua crise, manifestava grande facilidade para a escrita, sobretudo em versos:

“Eu esperava sempre com impaciência, diz o doente, o acesso de agitação que durava de dez a quinze dias mais ou menos, porque eu gozava, durante todo esse período, de uma espécie de beatitude. Tudo me parecia fácil; nenhum obstáculo me pararia, em teoria, nem mesmo na realidade; minha memória adquiriu de repente uma perfeição singular e eu me lembrava de longas passagens de autores latinos. Normalmente, eu tinha dificuldade de encontrar duas rimas quando necessário, e eu escrevia então em versos tão rapidamente quanto em prosa, eu ficava esperto e fértil em expedientes de toda espécie” (1854, p. 343)

Um paciente de Jung (1903/1994) “ocupava a maior parte do tempo escrevendo longos textos. Diariamente escrevia muitas páginas e quando acabava o papel punha-se a cantar, por horas a fio, com voz gritada, hinos patrióticos e outros semelhantes” (p. 129). Também Jamison relata que durante uma de suas crises, passou a escrever um conjunto de poemas:

“Por motivos que decerto faziam sentido na ocasião, eu lhe dera o título de ‘Deus é herbívoro’. Eram muitos os poemas e fragmentos desse tipo, e eles estavam por toda parte. Semanas depois de eu acabar de limpar o apartamento, eu ainda encontrava pedacinhos de papel — preenchidos até as margens — em lugares inimaginavelmente improváveis” (Jamison, p. 73).

Em pelo menos em três autores, encontramos a ideia de que as alterações de linguagem no maníaco faziam parte de sua atividade delirante.

“A sensibilidade moral participa dessa exaltação; o indivíduo se sente disposto, alegre, ousado; ele está em um estado emocional que o deixa satisfeito e comunicativo; ele tem necessidade de desabafar, de projetar para o exterior as ideias que passam em sua mente, de uma conversação sem fim e sem trégua. Em alguns casos em particular, essa intemperança da linguagem é a única manifestação do delírio” (Séglas, 1892/2010, p. 21).

De acordo com Griesinger, a forma de expressão maníaca também consiste em um ‘delírio rimado’” (1863/2017, p. 333). Por sua vez, Henri Ey considera que o delírio na mania não seria como os delírios “fechados e tenazes” apresentados nos casos graves de psicose (p. 62). Para ele, os delírios maníacos não teriam a força e a intensidade de uma verdadeira “experiência delirante” em seu rompimento com a realidade. A atividade delirante do maníaco residiria antes na fuga de ideias. E mesmo que ela tenha uma aparente leveza superficial e inconsistência que a diferenciariam muito dos delírios mais graves, ela ainda seria uma espécie de “fabulação verbal” que conteria potencialmente os elementos observados nos delírios mais graves (p. 62). Desse modo, a expressão do delírio do maníaco estaria na própria alteração da linguagem e pensamento, que ele denomina o “jogo delirante ideo-verbal do maníaco” (p. 65).

De modo geral, os traços linguísticos do delírio maníaco convergem com aquele pendor para a comunicação que analisamos na seção anterior. A linguagem como que se expande, perdendo seu papel referencial, em um discurso cujo o tecido é construído por uma série de elos, por tema, por forma sonora, gráfica etc.

Para completar a caracterização do quadro maníaco, temos de realizar mais dois passos relevantes. Em primeiro lugar, no interior do aspecto das comorbidades, destacamos a correlação entre mania e o uso de substâncias psicoativas. A razão principal, embora não a única, desse destaque se deve ao fato de que a teoria freudiana também menciona essa correlação. Em segundo lugar, é preciso chamar a atenção para os fenômenos de mania secundária, cuja relevância clínica é patente. Esse último passo, embora fuja um tanto do horizonte da presente tese, não pode deixar de ser dado, se quisermos completar a caracterização clínica da mania. Nesse aspecto, esse passo possui mais um valor de excuro do que propriamente um desdobramento conceitual.

2.6 Comorbidades psiquiátricas

Sobretudo na literatura de comentário a respeito do transtorno bipolar, é muito frequente o debate a respeito das comorbidades psiquiátricas, uma vez que, segundo Sagman e Tohen (2009), o problema da comorbidade psiquiátrica⁹ é a regra nesse caso. Em seu artigo, esses autores apresentam dados de pesquisas que apontam a variação da presença de comorbidade de 65% a 95% entre os pacientes. Estima-se também que este seja um dos fatores que contribuem para o atraso no diagnóstico. De acordo com Sagman e Tohen (2009) e (Morris, 2003), os transtornos mais frequentes seriam aqueles de ansiedade e de abuso de substâncias. Para o DSM-5 (2014), também estão incluídos nessa lista os transtornos disruptivos, TDAH, transtornos de controle de impulsos ou da conduta, entre as comorbidades mais comuns.

A relação entre os estados maníacos e o abuso de substâncias é o mais frequentemente estudado e mencionado, sobretudo o abuso de álcool. Como vimos no capítulo anterior, ele já era mencionado na antiguidade. Também na obra de Baillarger (1854, p. 351), a compulsão para a bebida alcóolica era citada como problema recorrente, principalmente no período de excitação da *folie de double forme*.

Brieger (2002) ressalta que possivelmente a escolha pelo álcool esteja relacionada com a sua legalização, mas que, de todo modo, seu uso teria impacto na eficácia do tratamento medicamentoso, além de ser um fator importante para o risco de suicídio (p. 218). Os dados apontam que o grupo de pacientes diagnosticados com transtorno bipolar que fazia uso abusivo de substâncias apresenta mais tentativas de suicídio do que o grupo de pacientes que não apresenta a comorbidade (Angst *et al.*, 2006; APA, 2014; Brieger, 2002).

Como dito de início, os estudos consultados não se referem ao período maníaco isoladamente, mas ao transtorno bipolar. No entanto, há dois estudos que parecem se referir mais diretamente ao episódio maníaco. O primeiro é o estudo de Angst (1998) sobre hipomania, em que considera que esses pacientes também apresentavam risco elevado de desenvolver abuso de substâncias (p. 148), entre tranquilizantes, tabaco, álcool. O segundo é o artigo de Bizzarri *et al.* (2007) no qual apresenta-se um conjunto de hipóteses para a frequência do abuso de substâncias entre os pacientes com transtorno bipolar, das quais merece

⁹ As comorbidades médicas mais comuns são as síndromes metabólicas e enxaquecas (APA, 2014). Sobre outras comorbidades médicas no curso da apresentação e tratamento da mania cf. Morris, 2003.

destaques aquelas relativas ao alívio dos sintomas de humor e à manutenção da sensação de euforia (p. 217). Também na segunda edição do *Tratado* de Griesinger (Griesinger, 1861/2017, p. 328) se supunha que o motivo dessa correlação seria “manter e aumentar ainda mais o estado de agitação através da excitação alcoólica (...)”. Veremos em nosso último capítulo como isto poderia se relacionar a uma espécie de nostalgia da mania experimentada por alguns pacientes após a crise.

Um relato de Jamison parece confirmar essa suposição. De início, ela sublinha uma espécie de vício pelos estados maníacos:

“Eu me tornara viciada nos meus ânimos ascendentes. Eu já era dependente da sua intensidade, euforia, segurança e da sua capacidade contagiante de induzir nas outras pessoas animação e entusiasmos. Como os jogadores que sacrificam tudo pelos instantes arrebatadores porém efêmeros em que estão ganhando, ou como cocainômanos que arriscam suas famílias, suas carreiras e suas vidas por rápidos interlúdios de alta energia e alto astral, eu considerava meus estados brandos de mania intensamente inebriantes e muito propiciadores da produtividade” (Jamison, p. 90).

Para manter esses períodos de hipomania, a autora conta que, ao sentir que iniciava a transição para o período depressivo, passou a tomar vodca com suco de laranja em seu café da manhã (Jamison, p. 41), durante sua primeira crise, ainda no ensino médio. Um dos nossos pacientes, por sua vez, dizia fazer uso de álcool para manter a desinibição do estado maníaco e continuar a escrever. Outro ainda, costumava dizer: “Eu tenho que aprender a produzir a minha própria energia. Igual à bactéria que produz o álcool”.

Esse efeito de manutenção da euforia parece poder ser mantido por qualquer outro meio, não apenas com a ingestão de substâncias. Por exemplo, Andy Behrman relata que ficou viciado em ginástica, bebida, cocaína e também em sessões de eletroconvulsoterapia: “Eu reorganizo meus compromissos para que o tratamento caia no dia do meu aniversário. Parece um presente maravilhoso a mim mesmo. Eu começo a acreditar que a corrente elétrica me purifica” (2001, p. 244).

Outro aspecto que chama a atenção é a comparação que alguns pacientes fazem entre o estado maníaco e os efeitos do uso de alguma substância. No relato de Agathe Lenoël (2015), ela se expressa nos seguintes termos: “Eu tinha a impressão de estar sob efeito de cocaína, e que, a vantagem, é que, no meu caso, é gratuito” (Agathe Lenoël, p. 57). Um outro paciente diz que gostaria de sintetizar a sua experiência maníaca em um comprimido para que todos pudessem sentir a experiência que ele tinha durante a crise.

É importante observar aqui, ainda que sumariamente, que a teoria freudiana também fará uma comparação entre a mania e substâncias psicoativas, em especial o álcool. Se nos relatos e nas hipóteses levantadas, essas substâncias teriam o objetivo de prolongar ou suscitar a experiência da crise maníaca, em Freud é como se o próprio corpo tivesse encontrado um meio de produzir os mesmos efeitos. Em todo caso, como vimos, essa relação entre mania e substâncias psicoativas já era conhecida antes de Freud e ganhou relevância nos estudos realizados sobre comorbidade.

2.7 A mania secundária

As chamadas síndromes de manias secundárias são aquelas decorrentes de condições médicas ou induzidas por drogas. Elas podem ser decorrentes de quimioterapias, intoxicações, infecções, neoplasias, distúrbios metabólicos, condições neurológicas e cardiovasculares, condições pós-operatórias (Morris, 2003). A lista de drogas associadas aos quadros de mania secundária é longa e envolve desde de relaxantes musculares a corticosteroides, contrastes radiológicos, antibióticos entre outros (Morris, 2003, p. 06; Nakimuli-Mpungu, 2006).

Krauthammer e Klerman (1978) publicaram o primeiro estudo sistemático sobre o tema¹⁰, no qual propõe a hipótese de que a síndrome maníaca seria a mesma nos casos primários e secundários, apenas com diferenças relativas aos fatores causais: “Em nossa opinião, a mania deve ser considerada como uma síndrome clínica de etiologia múltipla – sendo a etiologia geralmente desconhecida, ocasionalmente conhecida” (p. 1336). Mas a síndrome seria a mesma, seguindo os critérios do manual em vigor na época, o DSM II.

Os autores levantam problemas que permanecem atuais: os quadros que surgem são uma síndrome maníaca ou se trata antes de estados confusionais? Eles sustentam que os casos analisados diferiam dos quadros confusionais, pois não havia sintomas de alteração de orientação e de consciência. Os autores são enfáticos ao declararem que, em termos sintomáticos, os “nossos casos eram distintos dos estados tóxicos e indistintos da mania primária” (p. 1337).

¹⁰ Embora já fosse mencionada na literatura desde, pelo menos, o fim do século XIX (cf. Linas, 1871, p. 514) e tenha recebido atenção progressiva a partir dos anos 1950, o artigo *Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs* de Krauthammer e Klerman (1978) é o primeiro estudo sistematizado sobre esse tema.

Contudo, se a apresentação sindrômica seria igual, haveria algumas diferenças importantes que permitiriam distinguir entre a mania primária da secundária: 1) a proximidade temporal entre a alteração orgânica ou a ingestão da substância e o episódio maníaco; 2) a ausência de histórico familiar de transtorno afetivo que é bastante comum nos casos de mania primária, por volta de 85% na época; 3) a idade do primeiro episódio, na mania primária encontrando-se em torno de 25 anos, e na mania secundária, acima de 40. Esses fatores se mantêm como critério ainda hoje (Caillard, 1982; Morris, 2003).

No entanto, estudos mais recentes, como o de Nakimuli-Mpungu *et al.* (2006) sugerem que as apresentações das síndromes não seriam tão indistintas quanto supunham Krauthammer e Klerman (1978). Isto é, eles sustentam que haveria também diferenças na apresentação sintomatológica entre a mania primária e secundária. Em seu levantamento, os autores sugerem que a mania secundária apresentaria mais prejuízos cognitivos, tendência maior a apresentar humor irritável, maior presença de ideias paranoides, e apresentariam quadros de remissão mais rápida. Além disso, eles sublinham que as características clínicas parecem variar também de acordo com as especificidades relacionadas ao fator causal da mania secundária.

Além disso, é preciso diferenciar o que se chama de mania secundária da chamada mania induzida. De acordo com o critério do DSM-V, os episódios maníacos decorrentes do tratamento com antidepressivos¹¹ e terapia eletroconvulsiva não se incluem nessa categoria da mania secundária:

“É bem conhecida a ocorrência da mania em pacientes tratados com antidepressivos tricíclicos ou inibidores de MAO. (...) Entretanto, uma vez que esses pacientes estavam sendo tratados por doença afetiva preexistente, eles não correspondem a nosso critério para mania secundária” (p. 1335).

Desse modo, esses casos são classificados como mania induzida porque saem do critério da mania secundária de não terem histórico prévio de doença de humor, unipolar ou bipolar.

¹¹ Quanto ao caso específico da mania induzida por antidepressivos, apesar de grande parte dos dados apontarem os antidepressivos como um dos possíveis fatores de indução de quadros maníacos, esse ainda é assunto de debate. Segundo o artigo de revisão bibliográfica, realizado por Tamada e Lafer (2003) e que abrange aproximadamente três décadas de pesquisa sobre o assunto, as pesquisas realizadas careceriam não de padrões e critérios mais estáveis para comparação.

Como dissemos de início, o primeiro propósito da apresentação da sintomatologia da mania, tanto nos estudos psiquiátricos clássicos quanto nos estudos mais recentes, visava uma preparação para o exame da abordagem psicanalítica da mania. A primeira tarefa, não tão simples como pode se imaginar de início, tem a ver com a necessidade de recuperar os tipos de fenômenos e caracterizações que muitas vezes são meramente pressupostos pelo discurso psicanalítico. De certo modo, a psicanálise desenvolverá uma visão da mania a partir de algumas cristalizações alcançadas anteriormente na psiquiatria.

Por outro lado, em seu conjunto, os estudos psiquiátricos da mania apontam também para uma série de desafios para o modelo psicanalítico. Ao longo do capítulo, observamos alguns traços nas caracterizações da mania que servem de contraste para a ideia central de mania como reação prazerosa a uma fase antecedente, marcada pela melancolia. Alguns sintomas da mania são determinados, como vimos a partir de vários autores e relatos, por um sofrimento que acompanha o sentimento de superpotência. Por outro lado, esses desafios conduzem a olhar a concepção freudiana a partir de outros ângulos. O sentimento gregário, o pendor para a comunicação, o engajamento “político”, a fuga de ideias, formam um conjunto de sintomas que talvez tenham uma explicação mais adequada se partirmos da ideia de que a mania se constitui como uma invasão do ideal de Eu no Eu, portanto, não como uma simples liberação de amarras como enfatiza a metáfora da festa.

No entanto, antes de abordarmos a teoria freudiana, convém resgatar o que se desenvolveu no campo psicanalítico em termos de concepção da mania, sobretudo em três autores fundamentais: Otto Gross, Ernst Jones, Karl Abraham. Com isso, podemos confirmar a suposição de que a perspectiva psicanalítica parte de um conjunto de pressupostos fenomenológicos, para cujo exame estamos agora mais bem preparados.

III – A INCORPORAÇÃO DA MANIA PELA PSICANÁLISE

Nesse capítulo, iremos apresentar as primeiras aproximações entre a psicanálise e a mania. Ou melhor, entre a psicanálise e a psicose maníaco-depressiva, já que não haverá teorização sobre a mania como quadro de destaque até os anos 1930.

Em um primeiro momento, grande parte das menções à mania aparece no conjunto de cartas, nas atas de congressos, em relatos de situações clínicas e, sobretudo, em um par de parágrafos naqueles artigos dedicados à melancolia e à psicose maníaco-depressiva ou a ciclotimia. Além disso, já adiantamos, o entendimento predominante na psicanálise segundo o qual a mania é uma defesa, uma reação ou uma tentativa de restituição, levará sempre à situação na qual ela é invariavelmente secundária a outros quadros e, portanto, comentada junto com eles. Por volta dos anos 1930, ainda que discretamente, ela passa a receber um pouco mais de destaque em suas versões mais brandas, por assim dizer. Os autores passam a se interessar, principalmente, pelos estados de hipomania e de elevação humor que poderiam aparecer junto com sintomas neuróticos. Até os anos 60, a teoria da mania na psicanálise permanecia tão crítica em sua estruturação a ponto de Rosenfeld (1964) redigir um artigo com o intuito de esclarecer se, afinal, ela “existe na realidade ou se só há um conjunto de muitos pontos de vista relacionados” (p. 264).

Nesse capítulo, serão apresentadas as três primeiras tentativas, bastante diversas, de articular a questão da fase maníaca da psicose maníaco-depressiva com teoria da psicanálise, tentativas estas representadas pelos escritos de Otto Gross, Ernest Jones e Karl Abraham. A opção por esses textos não tem somente motivações de reconstrução histórica da questão, já que eles foram pioneiros em sua abordagem, mas também porque muitas das concepções e questões nascidas ali permanecem centrais na concepção psicanalítica da mania.

Mas, nesse primeiro conjunto de textos apreciados, isolamos duas formas de abordagem da mania, que coincidem com sua progressiva aparição histórica e com a progressiva complexidade de sua elaboração.

O primeiro tipo de abordagem tem como representantes Otto Gross, *O fator ideogênico freudiano e seu significado na loucura maníaco-depressiva de Kraepelin* (1907), e Ernst Jones, *Notas psico-analíticas de um caso de hipomania* (1909). Esse primeiro tipo se caracteriza pela investigação psicanalítica de formações sintomáticas presentes em casos de psicose maníaco-depressiva, cujos critérios diagnósticos eram dados pela psiquiatria,

principalmente por Kraepelin. Nesses textos não há tentativa de aplicação dos conceitos da psicanálise para entender a psicose maníaco-depressiva, mas deles surge a questão: afinal, como diferenciar esse quadro da esquizofrenia?

O segundo tipo de tratamento da questão tem início com um escrito de Abraham, *Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins* (1911), e representa a primeira tentativa dar ao estado maníaco-depressivo uma explicação a partir da psicanálise e de sua grade conceitual. O texto é bastante influenciado pelo escrito de Freud a respeito das *Observações psicanalíticas sobre um caso de demência paranoides relatado em autobiografia (O caso Schreber)* (1911), mas a criatividade clínica de Abraham conduzirá o tema para além dessa influência. Nele, a chave para entender a mania é a ideia de suspensão dos gastos com o recalque e sua equivalência ao mecanismo dos chistes. Nesse aspecto, o texto de Abraham adianta as teses de Freud sobre a mania em *Luto e melancolia* (1917).

O segundo texto de Abraham, *Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais* (1924), é o último a ser apresentado nessa série. Embora dedique poucos parágrafos à mania, é ali que Abraham desenvolve o conceito de introjeção e incorporação para falar do problema da melancolia, conceitos que serão importantes para o desenvolvimento da nossa tese, como logo se perceberá.

3.1 Otto Gross: os primórdios da concepção de defesa

É possível haver sintomas neuróticos junto com a loucura maníaco-depressiva? Esse é o mote do artigo *O fator ideogênico freudiano e seu significado na loucura maníaco-depressiva de Kraepelin* (1907) de Otto Gross, a primeira tentativa de relacionar a teoria freudiana com a psicose maníaco-depressiva. O artigo foi escrito à época em que Gross era assistente de Kraepelin em Munique¹, e é frequentemente citado pelos psicanalistas da primeira geração que estavam interessados nos estados maníaco-depressivos. Desde já, cabe assinalar que esse vínculo inicial com o modelo de Kraepelin se manterá. Isto é, será bastante raro encontrar uma explicação psicanalítica para a mania como quadro independente ou em acordo com outra das teorias circulares apresentadas em nosso primeiro capítulo. Segundo

¹ Em uma das edições do *Manual*, este artigo de Gross é citado por Kraepelin para se referir à presença das ideias obsessivas no curso da doença (Kraepelin, 1913/2012, p. 94).

Garrabé (2014), os psicanalistas vão se manter fieis ao modelo de Kraepelin (p. 645), de modo que a mania estará relacionada sempre à melancolia. Aqui é preciso sublinhar, no entanto, que será vinculada à melancolia, e não à depressão, o que torna a fidelidade ao modelo de Kraepelin uma questão mais tortuosa do se pode supor de início.

O ponto de partida de Gross é a análise de um sintoma de cleptomania, conduzida com base nos métodos freudianos, em uma paciente diagnosticada com psicose maníaco-depressiva. Há muitos elementos no texto, sobretudo no que se refere à questão diagnóstica, a qual retornaremos mais adiante. Por ora, vamos nos ater ao principal do artigo de Otto Gross que, para os interesses dessa tese, se refere a dois pontos: uma explicação independente dos conceitos psicanalíticos sobre o mecanismo da loucura maníaco-depressiva e a sua relação com o que denomina o fator ideogênico descoberto por Freud, o recalque.

O objetivo do texto será demonstrar as formas pelas quais o elemento recalcado poderia se relacionar com a psicose maníaco-depressiva. Para isso, Gross apresenta um caso por ele analisado que apresentava critérios diagnósticos tanto para a neurose obsessiva compulsiva, a doença funcional, quanto para a loucura maníaco-depressiva, a doença orgânica. Não se tratava aqui de uma neurose com sintomas de variação de humor. No caso de Gross, existiam os sintomas da loucura maníaco-depressiva e um sintoma de cleptomania como processos concomitantes e separados.

Por ordem de exposição, vamos apresentar primeiramente a explicação de Gross a respeito do mecanismo da loucura maníaco-depressiva, pois esse é um dos pontos pelo qual seu texto é amiúde citado posteriormente. Ele parte da definição de que a unidade nosológica da doença maníaco-depressiva se baseia em um mecanismo circular de mudança de humor. Seguindo alguns princípios do vitalismo, o mecanismo circular seria uma função biológica *reativa e adaptativa* do organismo. Assim, diante de um estímulo extraordinário, para o qual o organismo não está adaptado, haveria uma reação similar àquela de regeneração somática de um organismo inferior amputado, criando uma nova forma de adaptação que segue uma sequência determinada.

No primeiro momento, após o impacto do estímulo intenso, haveria uma alteração total no estado biológico e fisiológico do organismo atingido, que abala as funções vitais por completo e provoca a inibição generalizada de boa parte de seu funcionamento. O reflexo de bloqueio, essa espécie de inibição automática, cessaria apenas quando um novo arranjo adaptativo começasse a ser encontrado e, para que isso ocorresse, haveria uma nova resposta do organismo. Ela consiste em uma grande liberação de energia vital, que dissolve a inibição,

aumenta e acelera o funcionamento geral de todos os eventos vitais. O resultado final dessa reação seria o encontro de um novo equilíbrio. De acordo com os princípios gerais da economia biológica, a nova adaptação conquistada seria uma estrutura com um ritmo funcional estável.

Esse modelo do mecanismo circular como resposta adaptativa seria extensível também aos processos psíquicos, com a diferença de que nesse domínio a reação se traduz em resposta afetiva automática diante dos estímulos extraordinários. Nesse caso, o afeto representaria o fator regulador do psiquismo em funcionamento, cuja fase do bloqueio das funções seria aquela na qual uma depressão simples domina, e a fase da liberação de energia, de aumento geral e acelerado da atividade psíquica estaria marcada pelo afeto do prazer. Ou seja, a reação afetiva de adaptação seria essa transição da depressão em direção a nova norma adaptativa, que precisa passar pelo estado de prazer e de aceleração (p. 164) para se estabelecer. Desse modo, o *afeto do prazer* seria um afeto transicional e determinante para a o estabelecimento da nova configuração psíquica (p. 146).

No entanto, haveria casos em que uma anomalia endógena faria com que a regulação biológica do humor surgisse na forma de um automatismo desfavorável e inútil (*unzweckmäßige Automatismen*) (p. 147), que se expressa tanto pelo prolongamento de uma das fases ou por uma expressão excessiva da mesma. Para Gross, essa seria a explicação para todos os estados da loucura maníaco-depressiva.

Antes de continuarmos com as teses de Gross, gostaríamos de chamar a atenção para alguns pontos de sua teoria. Embora ela apareça muito distante dos modelos explicativos posteriores da psicanálise sobre a mania, sustentamos que os traços dessa primeira concepção restaram soterrados e vivos no subsolo da questão.

Freud não apenas foi um leitor do artigo de Gross, algo sobre qual temos notícia através das frequentes menções que faz ao texto nas reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, como também foi favorável as suas teses. Por exemplo, durante a reunião em que foi debatido o texto de Abraham *Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins* (1911), realizada em 1º de maio de 1912, Freud não apenas cita o texto de Gross, como também o toma como base para sua explicação da ciclotimia, considerada por ele como sendo “um mecanismo de humor tóxico” (p. 125). Colocada nesses termos, será impossível também não relacionar esse comentário de Freud com o que ele afirmará sobre mania em *O mal-estar na civilização* (1930), em que ela é uma

“condição semelhante à intoxicação” (p. 86), mas também não se pode ignorar a menção ao mecanismo da regulação de humor referido ao texto de Gross.

Desse modo, acreditamos ser possível relacionar as hipóteses de Gross sobre a inibição, entendida como expressão de um momento de trabalho psíquico para sua reorganização após um evento intrusivo, com as teses de Freud presentes em *Luto e Melancolia* (1917) que veremos no capítulo a seguir. Certamente, uma das diferenças cruciais é que no texto de Freud esse processo não se iniciaria em decorrência da invasão do um excesso de estímulo para qual o psiquismo não está adaptado, mas decorrente da perda de um objeto e do trabalho de desligamento libidinal². Outra diferença consiste em que, no texto freudiano, o momento de *prazer* e de aceleração maníacos não é intermediário, indicando o final do processo.

No entanto, talvez o principal ponto defendido por Gross que permaneceu como uma constante na abordagem psicanalítica é a concepção da mania como uma reação secundária. Ainda que o mecanismo concebido por Gross para explicar as perturbações do humor represente a expressão de um extravio, *um mecanismo tóxico*, trata-se no fim das contas de uma resposta adaptativa a um estímulo excessivo. Como vimos no primeiro capítulo dessa tese, Griesinger já havia feito uso do conceito de reação para compreender a relação entre a mania e a melancolia e certamente foi uma influência decisiva. Como assinala Pereira: “Sabe-se que mesmo Freud foi um leitor atento do Tratado de Griesinger e que seu exemplar dessa obra estava inteiramente anotado a lápis, sobretudo nas passagens relativas à teoria do Eu e de suas transformações no delírio” (2007, p. 687). No entanto, não se pode negar a importância de Gross na formação dessa concepção, principalmente para os outros psicanalistas da primeira geração, os quais o mencionam com frequência.

Nesse sentido, o comentário de Freud na reunião da sociedade psicanalítica de Viena de 30 de dezembro em 1914 é uma espécie de síntese de uma concepção que atravessa o olhar psicanalítico sobre a mania:

“É um fato conhecido que a melancolia e a mania são apenas fases da mesma doença; é assim também nas outras neuroses (por exemplo angústia – fobia; compulsão – luta de defesa secundária; demência – processo de cura). A melancolia é uma tentativa que fracassou completamente, a mania é uma tentativa secundária” (p. 311, 1914).

² Também em 1921, Paul Schilder irá propor a existência de um reservatório maníaco constitucional, que contém um “fluido maníaco” disponível para o organismo para responder às situações dolorosas.

Como veremos no capítulo seguinte, essa concepção sobre a mania estará presente em algumas teorizações de Freud, e em todo um conjunto de escritos sobre a mania, como se pode conferir na apresentação de caso de Lucile Dooley (1918), de Blalock (1936) e de Lewin (1932) apenas para citar alguns. No *Estudo de Washington*, conduzido por Frieda Fromm-Reichmann (1953), no qual que foram examinados doze casos de pacientes com psicose maníaco-depressiva em análise, essa concepção reaparece. Voltaremos a esse aspecto mais adiante.

Além dos desenvolvimentos sobre o mecanismo circular, Gross também tentava responder em seu texto sobre a possibilidade da combinação da loucura maníaco-depressiva com os sintomas da neurose. O primeiro passo para explicar a coexistência dos quadros se baseia na teoria da compensação segundo a qual, a cada prejuízo sofrido pelo organismo, a natureza buscaria um contra-ataque, especialmente no que se refere aos danos ao sistema nervoso. As partes saudáveis assumiriam as funções das partes danificadas, ao mesmo tempo em que haveria uma redução das reservas de energia distribuídas no sistema nervoso. Essa situação de redistribuição da energia nervosa com fins compensatórios, no entanto, poderia facilitar a manifestação de outro distúrbio latente que se combina com o primeiro. Em outras palavras, um distúrbio de qualquer tipo teria a tendência a liberar, além dos seus sintomas diretos, diversos outros sintomas latentes. Assim, por exemplo, sintomas latentes oriundos de um trauma psíquico poderiam ser liberados a partir de um transtorno antecedente de origem endógena. Para Gross, o mesmo valeria para os sintomas latentes de uma doença endógena: eles poderiam ser liberados após um desequilíbrio de energia do sistema nervoso causado pelo fracasso do recalque (2012, p. 163).

Trata-se agora de unir a teoria da compensação com a teoria do mecanismo circular. Desse modo, uma disposição endógena para a loucura maníaco-depressiva poderia levar ao desequilíbrio energético do sistema nervoso e desencadear um sintoma recalado, sendo o inverso também possível: a periodicidade maníaco-depressiva ser secundária à neurose. Além disso, a combinação entre as duas doenças poderia dar características do ritmo maníaco-depressivo ao quadro neurótico e vice-versa. De forma que os sintomas do retorno do recalado poderiam se adaptar à fase periódica em termos de conteúdo e afeto: por exemplo, as ideias obsessivas aparecerem mais durante os períodos depressivos.

Como já antecipamos acima, o texto de Otto Gross será mencionado por quase todos os primeiros psicanalistas interessados no problema dos estados maníaco-depressivos em psicanálise. Ferenczi o menciona em uma carta a Freud em 1910, ao falar sobre um de seus

pacientes que lembrava o personagem Peer Gynt de Ibsen, o herói mentiroso. O paciente em questão era alguém que, segundo Ferenczi, vivia “alto, não alto de álcool, mas de um otimismo grandioso autoimposto” desde os 12 anos de idade. Ferenczi sustenta que isso teria começado após a morte do irmão do paciente, por difteria, infectado por ele. Esse evento teria dado ao paciente uma “coragem” (p.141) incomum: ele queria atingir “os objetivos mais altos, em todos os empreendimentos e conhecimentos humanos”. Agora com 53 anos, tudo aquilo que o paciente “reprimiu sorrindo” estava agora a ponto de retornar, mas “o otimismo colossal desse paciente me lembra a produção maníaca de prazer” descrita por Gross em seu estudo (carta 16 fevereiro de 1910).

No entanto, exceto pelo comentário de Ferenczi, quase todos os outros que mencionam o texto de Gross o fazem para colocar a questão diagnóstica como a tônica do debate. Nas menções ao texto feitas tanto nas correspondências quanto em artigos, nota-se que a polêmica se centra no caso clínico nele apresentado, mais exatamente no que se refere à questão: trata-se de um caso de psicose maníaco-depressiva ou de demência precoce³? Assim, dois anos depois de sua publicação, o texto recebe uma resenha na seção “Relatório sobre a literatura psicanalítica austríaca e alemã até o ano de 1909”, do Anuário da Pesquisa Psicanalítica e Psicopatológica. Na resenha escrita por Karl Abraham encontra-se a primeira consideração pública ao texto de Gross. Após um breve resumo não opinativo sobre as principais teses do texto, Abraham se volta para o caso clínico: “O relator concorda com a opinião expressa por Bleuler e Jung de que o caso relatado é uma demência precoce” (2007, p. 584). A resenha não apresenta as razões da discordância de Abraham e tampouco as de Bleuler e Jung. Além disso, não faz nenhuma referência à ocasião em que suas manifestações foram feitas.

Vamos ao caso relatado. Tratava-se de uma paciente de 20 anos, trazida à internação psiquiátrica por policiais, após serem chamados pelo dono de uma loja. A paciente foi à loja de armas e, segundo o vendedor, teria começado a “falar de forma confusa” (p. 149). De acordo com os familiares, há três meses a paciente apresentava “sempre o pensamento de que ela não queria mais viver” (p. 149). Seis dias antes de ser internada, tentou se envenenar com ácido clorídrico, e foi impedida pela irmã. Durante o exame de admissão, a paciente apresentava fala confusa, expressão facial deprimida e se tornava bastante silenciosa.

³ No artigo de Gross os critérios para o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva não são explicitados para o leitor. A apresentação do caso não cumpre essa função textual, já que se tratava de mostrar a concomitância da apresentação de sintomas da loucura maníaco-depressiva e daqueles provenientes de elementos inconscientes e da possibilidade da análise destes pelo método psicanalítico. No entanto, tudo indica que estão sustentadas nos critérios definidos por Kraepelin.

O quadro teria iniciado quando a paciente tinha 17 anos, a princípio marcado apenas pelas alterações de humor. Apesar de frequentemente muito nervosa e inquieta sem motivo aparente, ela não apresentava agitação motora. Em alguns momentos, apresentava melhora do humor, que durava por volta de três semanas. Seis meses depois do início do quadro, os sintomas se agravaram, e ela começou a se sentir triste, irritada, cansada e apática, mesmo que sem razão aparente ou preocupações específicas. Ela conta que os sintomas eram perceptíveis, e as pessoas de seu convívio perceberam que ela havia mudado (2012, p. 148). Os sintomas se agravaram, com episódios de choro incontroláveis, humor triste, que permaneceram durante onze meses.

Há três meses, voltou a se sentir triste novamente, ansiosa, e com “dores de cabeça muito severas” (p. 149). Relata a sensação de ter uma “roda na parte de trás de sua cabeça”, “um anel em torno de seu corpo”, segurando-a. Progressivamente, não conseguiria “mais pensar” (p. 149). Disse que era difícil falar porque ela tinha uma sensação estranha em sua frente. Era essa sensação na cabeça que a impedira de conseguir se expressar diante do vendedor na loja de armas: “Eu tinha que juntar as diversas palavras, eu tinha tanta coisa na minha cabeça, estava tudo misturado, tão rápido (...). Quando queria dizer algo, o pensamento fugia novamente, ele estava como ‘bloqueado’” (p. 149).

Duas semanas depois da internação, a paciente passa a se queixar de alterações de seus pensamentos. Ela reclama que a “dor de cabeça” insuportável e infinita não seria exatamente uma dor, mas um “zumbindo repetitivo” (p. 152). Segundo ela, esses barulhos, que podem também ser palavras, não tinham a mesma qualidade dos sons que se ouve “com as orelhas”, mas que se ouve com o pensamento. Em sua descrição, eles seriam “pensamentos independentes” da sua vontade e continuamente “injetados na sua consciência”. Quanto a seu conteúdo, a paciente relata que são “pensamentos tão estúpidos, feios e dolorosos que é difícil e embaraçoso falar sobre eles” (p. 152) e que sente essa imposição de pensamentos como uma “tortura interminável”: “Não é a coisa mais horrível não ser senhor de seus próprios pensamentos!” (p. 152).

Passada algumas semanas de internação, Gross relata que a paciente apresentava humor irritável e negativismo. Ela se recusa a falar com o médico ou ir até a sala atendimento, “limita-se a estender as mãos, olha fixamente para frente, e explica que não tem vontade de se envolver com nada” (p. 153).

A partir de alguns elementos apresentados no relato de caso, é possível depreender que talvez a presença de sintomas como influência de pensamento, o tipo da alteração das sensações corporais, as alterações no curso do pensamento possam ter sido fatores de peso para a apreciação de Abraham.

3.2 Ernest Jones: demência precoce ou psicose maníaco depressiva?

No mesmo ano da resenha de Abraham, Ernest Jones publica “Notas psico-analíticas de um caso de hipomania” (1910). Assim como o texto de Gross, esse artigo de Jones não tinha como objetivo desenvolver um modelo teórico-explicativo para a psicose maníaco-depressiva utilizando o referencial teórico da psicanálise. As “notas psico-analíticas” a que o título se refere dizem respeito à análise psicanalítica dos sintomas relacionados às questões sexuais da paciente e, portanto, não se referem de modo específico à hipomania⁴. Essa era ainda, para ele, uma aposta futura:

“Nenhuma generalização sobre a natureza da loucura maníaco-depressiva é oferecida a partir da observação deste caso, mas sustenta-se que os estudos realizados por meio do método psicanalítico prometem melhor do que quaisquer outros para nos dar ao longo do tempo uma compreensão do mecanismo, e talvez a natureza da doença” (1910, p. 121).

E, assim como a resenha de Abraham, Jones lança dúvidas sobre o diagnóstico do caso apresentado por Gross: “Até o presente momento nenhuma psicanálise de um caso de loucura maníaco-depressiva foi registrado, pois o único caso publicado sob esse nome, por Otto Gross, era, quase certamente, como Jung e outros apontaram, um caso de demência precoce” (1910, p. 104).

E então, impelindo a incerteza diagnóstica entre a psicose maníaco-depressiva e a esquizofrenia ao paroxismo, Jones considera: “A mesma objeção pode ser levantada em relação ao presente caso que será descrito, mas na opinião do escritor, a evidência parece aqui definitivamente apontar contra o diagnóstico de demência precoce” (p. 105).

⁴ Esse procedimento também está presente nos artigos de MacCurdy (1914) e Dooley (1918), os quais apresentam casos de psicose maníaco-depressiva interpretados segundo os parâmetros da questão edípica e do desenvolvimento psicosexual, como na neurose.

Vamos ao caso apresentado por Jones. Trata-se de uma mulher de 39 anos, “sem histórico de loucura na família”⁵ (p. 106). Ela se casou aos 19 anos e teve um filho um ano depois. Aos 22 anos, sofreu um aborto espontâneo, desenvolveu uma infecção que a obriga a ficar acamada durante os cinco meses seguintes. A paciente passa a ter infecções e complicações na região pélvica e se submete a consecutivas operações ginecológicas para tratá-las.

Aos 23 anos, após cirurgia de ovário, começa a sentir dores no topo da cabeça e sintomas depressivos, motivo que a fez recorrer ao tratamento de estimulação elétrica durante seis meses. Nos anos subsequentes, sentia-se bem durante períodos variáveis, com intervalos nos quais percebia fraqueza, mal-estar e dor pélvica, precisando ser hospitalizada durante longos períodos. Ela é então novamente operada para uma retirada de cisto do ligamento largo, extraindo agora completamente os ovários. Desde essa última operação, começou a ter insônia, perda de apetite e outros sintomas, com grande frequência e intensidade variável.

Os sintomas de agitação começaram dois meses antes da sua primeira internação na clínica psiquiátrica. Nesse período, a paciente estava inquieta; apresentava variação de humor entre irritável, depressivo e excitado, que oscilavam “de um dia para outro” (p. 106). Ela tentou se jogar pela janela e sair pela rua correndo, sem roupas, tornando-se então agressiva e proferindo gritos sonoros.

“Ela havia desenvolvido uma aversão ao marido e ao filho e achava que conspiravam para prejudicá-la ou destruí-la. Imaginou que vários clérigos se apaixonaram por ela, que as pessoas discutiam sua reputação e conspiravam para prejudicá-la. Sua comida era envenenada, e ela se recusava a comê-la. A eletricidade era lançada através chão para machucá-la, e havia cheiros estranhos na sala. A casa estava cheia de homens e espíritos. A frente da casa era transparente, de modo que tudo podia ser visto da rua” (1910, p. 106).

A primeira internação na clínica psiquiátrica durou dois meses. Segundo Jones, durante esse período, a paciente não apresentou qualquer tipo de desorientação ou confusão, mantendo-se consciente. Além disso, chorava constantemente e tinha variações de humor entre irritável e deprimido.

Um ano e cinco meses depois, a paciente é internada novamente, uma semana após ter se submetido a uma nova cirurgia ginecológica:

⁵ Como vimos em nosso primeiro capítulo, a significação da questão hereditária para esses casos era um fator de peso no diagnóstico desde o século XIX.

“Os mesmos delírios eróticos estavam presentes como na ocasião anterior. Ela estava excessivamente inquieta e excitada, gesticulava descontroladamente, xingava, cantava, vagava de sala em sala e jogava coisas pela janela. Ela se jogava na cama até chegar a um êxtase de excitação, batendo nas paredes com os punhos e assim por diante. Ela comia as coisas mais curiosas, como polidor de fogão, etc. Seu primeiro ato ao ser levada ao hospital foi esmagar o vidro da janela com uma cadeira” (1910, p. 107).

Durante o exame, segundo Jones, a paciente mantinha o humor excitado e agitação psicomotora: “Ela estava em contínuo movimento, fazia frequentes tentativas de sair pela janela, constantemente agitando os braços e declamava em voz alta” (p. 107). Além disso, o estado de agitação era acompanhado de logorreia e de associações por assonâncias:

“What a pretty tie. I wish I were tied to someone who was pure, and had pretty eyes. I'm fond of pretty eyes. Fond of lies. Not fond of the kind of lies I've been accused of. Oh, yes, I was. There are different kinds of lies, lie up, lie down” (p. 108)⁶.

A assonância a que Jones se refere nesse exemplo é a repetição do som vocálico /ai/ das palavras: *tie, tied, lie, eye, kind*. Além disso, a paciente explora a homofonia do verbo *lie* e seus diferentes empregos. Nos textos psicanalíticos da primeira fase, este é um dos poucos comentários a respeito do que Jones entende ser uma fuga de ideias, acrescido ainda de exemplos: “Vemos como é proeminente a transição impulsiva e rápida, ao longo das associações mais superficiais, de ideia a ideia, tão característica da fuga de ideias maníaca” (1910, p. 108).

Jones considera que nos atendimentos a paciente apresenta o mesmo “delírio erótico” (p. 107) com os clérigos presente na internação anterior, mas que, dessa vez, ela expressa outra ideia delirante, cujo conteúdo estaria relacionado à impureza de seu corpo, contaminado por uma doença contagiosa. Para a paciente, essa ideia poderia ser confirmada pelo fato de que as enfermeiras do hospital se recusavam a tocar objetos utilizados por ela ou a tocar partes de seu corpo, com medo de contaminação (p. 113). Além disso, declarava que seu corpo, especialmente a vagina, tinha um odor horrível. Jones denomina esse conjunto de ideias de “complexo de impureza” (p. 113), que era expresso pela paciente utilizando a homofonia das palavras *cent, sent* e *scent*: “I haven't a single cent; no one has sent me

⁶ “Que gravata (tie) bonita. Eu gostaria de estar ligada (tied) a alguém que fosse puro e tivesse lindos olhos (eyes). Eu gosto de olhos (eyes) bonitos. Eu gosto de mentiras (lies). Não gosto do tipo de mentiras (lies) de que fui acusada. Ah sim, eu fui. Existem diferentes tipos de mentiras (lies), esconder-se (lie up), deitar-se (lie down)”.

anything; oh, here is that scent again; shall I never get rid of it?⁷” (p. 113), apontando para a região genital.

Diferentemente de Gross, e já advertido sobre as controvérsias despertadas em torno da questão diagnóstica, o texto de Jones levanta uma pequena discussão a respeito dos critérios adotados. Desde o início de sua exposição, o debate relacionado ao diagnóstico diferencial é retomado, considerando-se os quadros de psicose maníaco-depressiva, *dementia-paranoides* e histeria.

A hipótese da histeria é rapidamente descartada, uma vez que, segundo Jones, não havia perturbação da sensibilidade corporal e demais sinais ou sintomas físicos presentes naquela neurose (p. 108). Além disso, também não havia características psicológicas da histeria, como “reações infantis”, amnésias, abulias ou fobias. E, finalmente, acrescenta: “a associação de ideias não era do tipo encontrado na histeria” (1910, p. 109).

Ele também considerava que não havia sinais de “deterioração intelectual” e que tampouco sinais de “maneirismo, verbigerações, catalepsia ou estereotípias foram notados” (p. 108), fatores que para Jones eram critérios de exclusão para o diagnóstico da demência precoce. Os critérios de Kraepelin embasam essa avaliação de Jones sobre a demência precoce, sobretudo quando se refere à deterioração intelectual. Segundo sua avaliação, não havia situações de rompimento com a realidade, de “perda de contato com o ambiente”, critérios que considerava serem decisivos para eliminação da hipótese de demência precoce. Não por acaso, a segunda forma clínica considerada por Jones é a *Dementia paranoides*⁸. Novamente aqui a influência de Kraepelin é manifesta, sobretudo quando Jones considera que esse diagnóstico poderia ser admitido tendo em vista os critérios evolutivos do quadro. Não apenas isso, mas também a cronicidade dos sintomas e, sobretudo, o “tom paranoico” dos delírios da paciente levariam a considerar a possibilidade da *Dementia paranoides*. Como explicar que não se tratasse de uma *Dementia paranoides* então? Jones afirma que a característica paranoide do delírio não seria um critério seguro para fundamentar o diagnóstico, uma vez que ela poderia estar presente em diversos quadros psicóticos. Ademais, Jones acrescenta que o tom paranoico do delírio não somente não seria bom índice patognomônico, como também coloca em questão a própria existência da paranoia enquanto entidade clínica: “Torna-se cada vez mais duvidosa a existência da verdadeira paranoia como

⁷ “Eu não tenho um único centavo; ninguém enviou nada para mim; oh, aqui está aquele cheiro de novo; eu nunca me livrarei dele?”.

⁸ Desde a 6ª edição do Tratado de Kraepelin, a *Dementia paranoides* foi incluída no grande grupo da demência precoce como representando uma de suas formas clínicas.

uma entidade separada” (p. 109). E complementa: “Specht recentemente apresentou excelentes razões para mostrar que um grande número de casos em que esse diagnóstico foi feito era na verdade casos de mania crônica, ou seja, de insanidade maníaco-depressiva” (1910, p. 110). Além disso, segundo sua avaliação, não havia situações de rompimento com a realidade, de perda de contato com o ambiente, critérios que considerava serem decisivos para eliminação.

Finalmente, os seus argumentos para atestar que se trata de um caso de psicose maníaco-depressiva estão baseados nos seguintes critérios: a alternância dos estados de humor entre depressão e excitação; a forma exacerbada dos momentos de excitação; a presença de logorreia; a forma do encadeamento das associações; a fuga de ideias; e, finalmente, a manutenção da crítica e dos insights durante o período de crise. Esses critérios não são debatidos ao longo do texto. Além disso, no final do artigo, não fica claro quais foram os motivos que impeliram Jones a denominá-lo como um caso de hipomania, já que nenhuma discussão a esse respeito é levantada no texto.

Em uma carta endereçada a Freud, em 17 de outubro de 1909, portanto, no mesmo ano da publicação de seu texto, Jones pergunta a sua opinião a respeito do caso de hipomania que acabara de publicar. Não sem razão, Jones coloca o termo hipomania entre aspas. Ele então escreve para Freud: “De acordo com Jung, trata-se, no fim das contas, de um caso de demência precoce” (1998, p. 77). Novamente, a mesma questão apontada no texto de Gross e citada por Jones no início de seu artigo. Mas Jones concorda com a leitura Jung sobre o caso e escreve: “Eu imagino que ele tenha razão, porque ninguém sabe mais sobre esse assunto que ele, mas eu acredito que ele coloca sob a rubrica da demência precoce vários casos que Kraepelin qualificaria de maníaco-depressivos” (p. 77). O inverso, portanto, do que havia mencionado em seu texto citando as considerações de Specht. A resposta de Freud para Jones data de 23 de outubro de 1909, e não há comentários sobre esse impasse.

Às questões sobre as fronteiras diagnósticas entre a esquizofrenia, a paranoia e a psicose maníaco-depressiva reaparecem em uma carta de Jones a Freud de 15 de fevereiro de 1914. Nela, escreve que atendia um caso “típico de loucura maníaco-depressiva” (p. 324). Mas, logo em seguida, ele completa: “Tudo acontece, aos meus olhos, como se não houvesse tal doença”. Assim, se no texto de 1909 era a paranoia a entidade clínica colocada em questão, agora essa dúvida se volta para a própria psicose maníaco-depressiva. Para Jones, alguns casos assim classificados seriam na verdade aqueles de neuroses e outros de esquizofrenia, sobretudo os de paranoia. O que haveria de específico nesses casos seria

apenas a prevalência dos sintomas relacionados ao afeto (1998, p. 324). Outra vez, a carta seguinte de Freud ignora essas questões levantadas por Jones.

Finalmente, a última carta em que o assunto é mencionado na correspondência com Freud data de 08 de dezembro de 1919. Nela, Jones escreve que lhe foi encaminhando uma pessoa que “sofre de [ma*] ciclotimia, e não há ninguém aqui em quem tenha confiança para tratar tal caso” (p. 430). Na nota de rodapé da edição das cartas, encontra-se o comentário: “* rasurado no original. Jones sem dúvida havia começado a escrever “maníaco-depressivo”, antes de rabiscar” (p. 430).

A dificuldade expressa por Jones, tanto em seu artigo quanto nas cartas para Freud, parece destacar diversos impasses, não só os diagnósticos.

O primeiro se refere à adoção da categoria de Kraepelin para o interior da psicanálise, sem que, no entanto, houvesse um modelo forte da psicanálise para sustentá-la. A ponto de Jones duvidar da existência do quadro em um certo momento, como vimos.

O outro ponto, que certamente se relaciona com o primeiro, concerne à dificuldade com a apresentação clínica, principalmente em casos que apresentavam, por assim dizer, sintomas heterogêneos. É importante assinalar que esse não será um problema circunscrito à psicanálise. No campo da psiquiatria o problema das inicialmente chamadas psicoses intermediárias, depois chamadas psicose esquizoafetiva, também irá rondar diversos autores.

No entanto, o problema parece ser mais agudo na psicanálise, a nosso ver, por três motivos: 1) a ausência até aqui de uma teoria psicanalítica que fornecesse seus próprios critérios para avaliar o que se chamava psicose maníaco-depressiva, ao mesmo tempo, 2) a debilidade em apoiar-se fundamentalmente nos sintomas de agitação e da euforia para identificar a mania ou hipomania e 3) contar somente com a fenomenologia do quadro definida pela psiquiatria para sustentar sua clínica.

O debate a respeito das dificuldades de diferenciação do quadro da esquizofrenia e da psicose maníaco-depressiva, iniciada com a resenha do texto de Gross, não ganhará espaço nas discussões clínicas psicanalíticas nos anos seguintes. Como veremos, ela está ausente dos textos freudianos. Em 1914, na reunião de 30 de dezembro em que Victor Tausk expõe um trabalho sobre a melancolia na Sociedade Psicanalítica de Viena, há uma menção à aproximação entre a melancolia e a demência precoce. Mas o assunto não se aprofunda.

Em um dos primeiros casos a respeito da psicose maníaco-depressiva, apresentado por Lucile Dooley (1918), mais uma vez a questão diagnóstica retorna e observa-se a adoção dos critérios da psiquiatria para a decisão a respeito do quadro.

“O paciente em discussão apresentou, principalmente no início da psicose, sintomas associados a praecox ou esquizofrenia e, mais para trás, manifestações atribuídas à histeria. À medida que a psicose progredia, os sintomas maníacos ganhavam cada vez mais protagonismo, de modo que o diagnóstico final acordado era o da psicose maníaco-depressiva, estabelecido pela distração do paciente, pela fuga da atividade, pela ausência de estereotipia, pela periodicidade dos ataques, o tipo manifestamente extrovertido de personalidade e - mas agora esse é um valor diagnóstico muito questionável - a recuperação completa” (Dooley, p. 02)

Quatro décadas mais tarde, a questão de Jones continuaria sem solução. É o que se revela no texto de Edith Jacobson (1953/1977) a respeito do problema da ciclotimia. Interessada em diferenciar as perturbações de humor da neurose daquelas com sintomas psicóticos, ela sustenta: “A literatura psicanalítica sobre as psicoses ainda carece de estudos sobre ambos os grupos de psicoses, a esquizofrenia e a ciclotimia, desde um ponto de vista comparável e comum” (p. 245). A solução de Jacobson se dará em termos de profundidade da regressão:

“Para começar, os maníacos-depressivos parecem ter alcançado um nível mais alto de diferenciação e integração do sistema psíquico. Consequentemente, o processo regressivo agudo durante os episódios iria tão longe, como na esquizofrenia. Frequentemente, ele não leva à completa desintegração da personalidade, e é reversível” (p. 245).

Finalmente, Maurice Katan (1977) propõe uma solução para a questão do aparecimento dos sintomas maníacos na esquizofrenia que lembra muito as hipóteses de Otto Gross a respeito do mecanismo circular como tentativa de reação:

“Os sintomas maníacos servem para desacelerar ou para prevenir um desenvolvimento ulterior em direção à psicose. Como uma regra geral, estados esquizofrênicos agudos nos quais os sintomas maníacos intensos estão presentes têm um prognóstico favorável. Mas também nos casos crônicos, nós descobrimos que as reações maníacas podem retardar consideravelmente o processo de deteriorização e até preveni-lo” (p. 141)

Nesse comentário de Katan, é possível constatar como confluem as duas visões sobre a mania. Ela poderia estar junto com os outros quadros como uma forma de proteção. Seja contra a melancolia, seja contra a depressão, a visão de Katan é que a mania seria uma forma de defesa para resolver o conflito psíquico e assim “reconquistar os territórios perdidos” (p. 189), usando como método o retorno ao princípio do prazer (p. 154).

3.3 Karl Abraham: o pioneiro

Em 1911, é a vez de Karl Abraham avançar nos estudos psicanalíticos sobre a psicose maníaco-depressiva e finalmente propor uma solução para o problema mostrado pelo texto de Jones.

Abraham já havia trabalhado como médico assistente no hospital psiquiátrico Dalldorf em Berlim, entre 1901 e 1904 (Abraham, 1974), instituição esta na qual trabalhou junto com Hugo Liepmann, um dos principais teóricos da fuga de ideias na mania. Em seguida, foi segundo assistente durante três anos em Burghölzli, onde iniciou seu contato com a psicanálise e foi um dos pioneiros na tentativa de avançar as descobertas psicanalíticas para o campo das psicoses, junto com Jung. Embora seu primeiro interesse tenha sido a demência precoce, resultando na publicação de *As diferenças psicosexuais entre a histeria e a demência precoce* (1908), os estudos sobre os estados maníaco-depressivos ocuparão lugar de destaque em sua obra e na história da psicanálise.

Sua contribuição para o tema inicia-se no Congresso Psicanalítico de Weimar, em 1911, onde apresenta o trabalho *A base psicosexual dos estados de depressão e exaltação*. No mesmo ano, o texto é publicado com o título *Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins* (1911) e, pela primeira vez, os critérios psicanalíticos se sobrepõem à psiquiatria kraepeliniana no tratamento central do problema. Ainda antes de apresentarmos o texto, um último comentário introdutório se faz necessário. Gostaríamos de sublinhar desde já a grande influência do texto de Freud a respeito do caso Schreber na análise de Abraham e em sua busca de elucidar os processos envolvidos nos estados maníaco-depressivos. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

Abraham inicia o texto chamando a atenção para a escassez de estudos psicanalíticos sobre os quadros depressivos (p. 137), algo surpreendente ao se considerar a frequência de sua ocorrência em diversas apresentações clínicas. A situação seria ainda mais grave no que dizia respeito aos estudos sobre a depressão psicótica, dificultada possivelmente pelo caráter cíclico de seu curso (p.138). Tentando suprir a falta de estudos em psicanálise que considerassem os estados circulares, Abraham anuncia que o objetivo do texto será então analisar a melancolia, a mania e os “estados afins”: a ciclotimia (considerados por ele como casos leves de psicose maníaco depressiva), a depressão, a depressão psicótica, descartando “os casos depressão psicótica surgidas durante a demência precoce” (p. 138).

Abraham utiliza nesse texto uma espécie de método de comparação, assim como já fizera no trabalho de 1908. O primeiro passo é o paralelo que estabelece entre a depressão e a angústia, dois afetos que surgem como consequência da ação do recalque⁹. Se Freud havia estabelecido uma comparação entre o afeto da angústia com o medo comum, seria possível estabelecer uma aproximação entre o afeto de tristeza e do luto e a depressão neurótica. No entanto, não é essa a via tomada por Abraham, embora mantenha seu método. A comparação explorada no artigo é a da suposta existência de uma afinidade estrutural entre a depressão psicótica e os casos graves de neurose obsessiva (p. 139). A avaliação da existência da grande similaridade entre os quadros reside em que ambos recalcariam a tendência libidinal hostil.

A fim de sustentar essa tese, Abraham apresenta o caso de um paciente que sofria de ciclotimia, um homem cujo comportamento durante a infância era hostil e impulsivo. Ele tinha a impressão de que seus pais preferiam seus irmãos a ele, pois eram mais inteligentes e gentis. Durante a infância, não tinha amigos na escola e, na adolescência, continuou solitário também temendo o contato com as mulheres. Segundo Abraham, a vida do paciente estava paralisada pelo recalque, com inibições, queixas de falta de energia e de dificuldades para tomar decisões. Em sua avaliação, o caso se parecia muito com uma neurose obsessiva em termos de relações afetivas. No entanto, o paciente apresentava sintomas de ciclotimia há vinte anos, inicialmente apenas com episódios depressivos marcados por inibição e autoacusações, principalmente sobre sua inferioridade em comparação aos outros, e isolamento. Os sintomas de “hipomania” começaram quando ele tinha 28 anos, com as seguintes características:

“No início da fase maníaca, ele despertava de sua apatia e se tornava mentalmente ativo e gradualmente excessivamente ativo. Ele costumava fazer muitas coisas, não sentia fadiga, acordava cedo e se preocupava com os planos relacionados à sua carreira. Ele se tornava empreendedor e acreditava-se capaz de realizar grandes coisas, ficava falante e inclinado a rir e brincar e fazer trocadilhos. Ele mesmo percebeu que o seu pensamento ficava volátil; um leve grau de fuga de ideias poderia ser observado. Ele falava mais depressa, mais forte e mais alto que o habitual. Seu estado de espírito era alegre e um pouco elevado. No auge de sua fase maníaca, a euforia tendia a se transformar em irritabilidade e violência impulsiva” (p. 142).

⁹ A revisão da teoria da angústia em Freud ocorre apenas na década de 1920. Portanto, nesse momento, a angústia ainda era considerada como um dos efeitos do recalque.

Nessa passagem do texto de Abraham, não está explicitado ao qual o critério para definir a diferença entre a mania e a hipomania, ou se o uso dos dois termos é aleatório. Além disso, nota-se, sobretudo, a menção aos sintomas de humor, sintomas de ativação e a alteração da fuga de ideias. Outro aspecto de destaque, é a importante transformação na consideração que o paciente fazia de si mesmo, pois agora “acreditava-se capaz de realizar grandes coisas”.

Terminada a apresentação do caso, Abraham avança para o nível da teorização clínica. E, como mencionamos há pouco, ela segue o modelo de Freud da leitura do caso Schreber. Desse modo, o primeiro fator analisado é a tendência libidinal recalcada. Enquanto no caso de paranoia, a tendência recalcada seria a tendência homossexual, no caso da depressão é a vertente sádica da libido e a atitude hostil que é recalcada, assim como ocorre na neurose obsessiva.

Mas na depressão psicótica, diferentemente da neurose obsessiva, não há o mesmo tipo de formação de sintoma; eis o segundo ponto analisado. Na depressão, assim como na paranoia, o mecanismo subjacente é a projeção: “Nesse caso a repressão é seguida por um processo de projeção com o qual nós estamos familiarizados devido a nosso conhecimento da psicogênese de certos distúrbios mentais” (p. 144). E como se daria a projeção nesse caso? A tendência libidinal excessivamente hostil, inicialmente destinada às pessoas mais próximas do convívio do paciente, tenderia a expandir-se para fora do círculo de relações mais íntimas e se generalizar para todas as relações. O paciente formularia a seguinte ideia: “Eu não posso amar as pessoas; eu sou obrigado a as detestar” (p. 144). Essa ‘percepção íntima’ desagradável é recalcada e então projetada para o exterior: “os outros não me amam, eles me detestam (...) porque eu sou marcado por insuficiências inatas: é por isso que eu sou infeliz, deprimido” (p. 145). Segundo Abraham, o desencadeamento dos estados depressivos teria origem nesse sentimento de inferioridade e no empobrecimento libidinal derivado desse arranjo. O fracasso do recalque nesse caso levaria aos afetos de depressão e ansiedade e às ideias de autorrecriminação. As pulsões sádicas permaneceriam ativas e retornariam deformadas em diversos atos sintomáticos, em sonhos, nos desejos de vingança, desejos de violência e nos impulsos criminais. Quanto maior fossem as tendências sádicas inconscientes, mais fortes seriam os afetos depressivos dela derivados (p. 146). O último paralelo com o texto de Freud refere-se à expressão da libido desligada pelo recalque: na paranoia o recalque induziria às ideias de fim do mundo, ao passo que, na melancolia, às ideias de empobrecimento.

No entanto, embora a depressão e a paranoia tivessem o mesmo mecanismo subjacente de formação de sintomas, isto é, a projeção, isso não tornaria os dois quadros similares. No texto de Freud já havia sido afirmado que a projeção era um mecanismo subjacente a muitos processos e não um sinal patognomônico da paranoia (1911, 2010, p. 88). A diferença seria que, em um caso, o resultado seria um delírio de perseguição, ao passo que, no outro, haveria ideias de autorrecriação.

Em seguida, Abraham apresenta a sua explicação teórica para a mania. A primeira explicação psicanalítica sobre a mania consiste em que ela seria uma forma de suspensão temporária do recalque, algo parecido com o chiste. A fase maníaca ocorreria quando “a repressão não é mais capaz de resistir aos assaltos dos impulsos reprimidos” (p. 149). No texto não há explicação sobre os fatores que poderiam provocar essa situação, se seria o fator temporal, alguma característica da pulsão ou a gravidade do quadro depressivo. E nesse ponto, a comparação com o processo de chiste não é suficientemente explorada para obtenção de avanços na teoria da mania.

Parece-nos que o aspecto mais examinado da comparação refere-se à distribuição na economia libidinal, uma vez que, de acordo com Abraham, quando a mania irrompe, “a libido positiva e negativa (ódio e amor, desejos eróticos e hostilidade agressiva)” que estavam recalçadas na fase depressiva podem aparecer na consciência com força equivalente (p. 149), fazendo com que o maníaco apresente tanto o afeto de “alegria despreocupada e desenfreada” quanto os afetos de “irritação e pretensão” (p. 149). Assim, todas as tendências que estavam sendo negadas retornam e isso explica tese de Abraham de que, apesar de terem aparência sintomática oposta, lida-se, na verdade, com o mesmo conflito na fase da depressão e de mania:

“Mas a psicanálise permite reconhecer com certeza que as duas fases provêm dos mesmos complexos e não de complexos opostos. O que é diferente é a posição do doente em relação a esses complexos. No estado depressivo, ele se deixa derrotar e não vê outra saída de sua miséria além da morte; no estado maníaco ele trata o complexo com indiferença” (p. 149).

Abraham considera que, durante o episódio maníaco, retorna-se a “um estágio no qual seus impulsos ainda não haviam sucumbido à repressão” (p. 149). Nesse ponto, há uma nova comparação: além de ser similar ao processo do chiste, a suspensão da repressão também torna a fase maníaca comparável à infância (p. 150): “Um certo número de traços autentifica a semelhança da mania com o psiquismo infantil” (p. 150).

Outro ponto importante é que, segundo Abraham, essa nova disposição libidinal modificaria a sensação de si e a apreciação sobre si mesmo. Enquanto no período depressivo o paciente refere-se a si mesmo como: “Eu sou um pária”, “Eu sou amaldiçoado”, “Eu sou estigmatizado”, “Eu não pertenço a esse mundo” (p. 141), na mania haveria um sentimento de autoimportância (p. 150). Para Abraham, a liberação pulsional instiga o paciente a ter uma “sensação excessiva de poder, medindo-o não pelo desempenho real, mas pela violência de seus instintos, que eles agora são capazes de perceber em um grau incomum” (p. 151). Isso ocorreria principalmente quando as pulsões sádicas teriam sido liberadas. Nesse caso, elas poderiam conduzir à irritabilidade, mas também a ideias de grandeza sobre “conhecimento e poder” (p. 151), como uma criança que se vangloria de suas capacidades. No entanto, em nenhum momento do texto Abraham considera que haveria na mania um verdadeiro delírio de grandeza.

No entanto, essa apreciação de si poderia variar tanto com as características da pessoa quanto com os estágios da doença. Essa avaliação exagerada de si poderia aparecer junto com a agressividade:

“O estado de espírito do maníaco difere tanto do normal quanto dos estados depressivos, em parte por sua alegria despreocupada e irrestrita, em parte por sua crescente irritabilidade e sentimento de autoimportância. Uma ou outra alteração pode predominar de acordo com a individualidade do paciente ou os diferentes estágios da doença” (p. 150).

A questão da alteração na forma de avaliar-se é um aspecto novo considerado por Abraham, aspecto que estava ausente nas discussões de Jones e de Gross.

O processo de suspensão do recalque também explicaria os fenômenos de desinibição e de modificação no humor, os quais se relacionam entre si: a economia de energia com a inibição “torna-se fonte inesgotável de prazer” (p. 149). Essa nova distribuição das forças libidinais abriria três vias de prazer: o prazer da abolição da lógica, da abolição de inibição e da liberação de prazeres antigos. Todas essas expressões de prazer se condensam no fenômeno da fuga de ideias, que para Abraham representa a expressão da desinibição na esfera do pensamento. Diferente do que ocorre na melancolia, em que há um estreitamento do campo de ideias, na fuga de ideias maníaca haveria uma rápida e constante modificação das representações mentais. Além da desinibição em termos de conteúdo, a fuga de ideias também expressaria uma desinibição formal, pois não seguiria as restrições da lógica a que o pensamento adulto está submetido. Finalmente, a brincadeira com as palavras que ocorre na

fuga de ideias seria um “retorno a liberdade infantil” (p. 150). Além disso, a fuga de ideias, assim como o chiste, garantiria um prazer extra com a desinibição:

“Insistimos sobre as possibilidades de prazer que a fuga de ideias oferece ao paciente. Nós já dissemos que a ausência de obrigação lógica, o interesse pelo som das palavras em detrimento de seu sentido representa uma economia de trabalho psíquico. Mas, antes disso, a fuga de ideias tem uma dupla função. Ela permite transpor, como que brincando, as representações que poderiam ser conscientemente penosas, por exemplo, aquelas de insuficiência. Assim como o chiste, ela favorece o acesso a um outro círculo de representações. Enfim a fuga de ideias permite aflorar em tom de brincadeira os gozos habitualmente reprimidos” (p. 150)

A consideração da mania como um processo de suspensão da repressão, “muito próximo à teoria freudiana do chiste” (p. 149), mantém-se mesmo para os casos graves. Nestes, tem-se a impressão de que haveria apenas uma consideração a respeito da diferença de grau: “em caso de excitação maníaca grave, o paciente é como que vertiginosamente levado por suas pulsões” (p. 148), ou ainda, “as formas severas da mania é como uma embriaguez de liberdade” (p. 151). Portanto, é possível identificar já aqui os elementos que caracterizam a descrição do quadro maníaco na psicanálise que são o prazer, a liberdade, a embriaguez e a intoxicação, a metáfora da suspensão com os gastos psíquicos. Mas, é importante sublinhar, que Abraham, apesar de ressaltar os elementos prazerosos da mania, também destaca a presença da agressividade e impulsividade nos comentários sobre o caso apresentado:

“No auge de sua fase maníaca, sua euforia tendia a passar à irritabilidade e à violência impulsiva. Se, por exemplo, alguém o perturbasse em seu trabalho, ou se intrometesse em seu caminho, ou dirigisse um automóvel passando rapidamente por ele, ele respondia com um violento afeto de raiva e se sentia inclinado a bater no ofensor imediatamente” (p. 142)

A presença das tendências agressivas na mania reforça ainda mais a tese de Abraham de que, nos estados maníaco-depressivos, se trataria da repressão da tendência sádica. No entanto, esse será justamente um dos pontos criticados por Federn em seu comentário sobre o texto de Abraham, na reunião de 1º de maio de 1912 da Sociedade psicanalítica de Viena. Nela, Federn discorda de que o caso de Abraham sustente a tese principal do impulso sádico recalçado. Em sua leitura do texto, o caso apresentado demonstrava haver uma pulsão agressiva, mas não um componente sádico considerável. Em seguida, Freud responde a algumas das críticas de Federn considerando que possivelmente os equívocos do trabalho de Abraham deviam-se às próprias insuficiências da psicanálise e destaca três pontos do texto para comentar. O primeiro, com o qual parece discordar, é a aproximação da psicose

maníaco-depressiva com a neurose obsessiva, que segundo ele “não convence muito” (p. 124). O segundo ponto, é a “relação muito sedutora” (p. 124) estabelecida entre o afeto da depressão e o afeto do luto, aproximação que ele próprio já havia feito no rascunho para Fliess, e a qual voltará anos depois. Quanto ao terceiro aspecto,

“a concepção da mania como tentativa de recalçamento, concepção muito preciosa para a compreensão. A mania é uma tentativa de defesa por intermédio de uma mudança de humor. Nessas ciclotimias, o recalque é substituído por um mecanismo de humor tóxico (Otto Gross)” (p. 125)

Junto com a indicação do nome de Otto Gross, encontra-se a referência do texto de 1907 em nota de rodapé pelos editores. Como indica o comentário de Freud, as teses de Abraham sobre a mania de fato serão importantes para a consideração freudiana sobre o tema publicadas em *Luto e melancolia* (1917).

Mas, quanto à melancolia, as hipóteses de Freud diferem totalmente e são elas que, por sua vez, vão influenciar o segundo texto de Abraham, publicado em 1924 e intitulado *Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais* (1924). Junto delas também serão uma influência de peso as considerações freudianas sobre a introjeção presente em *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921) e *O Eu e o Isso* (1923).

Cabe ressaltar que, como o título bem anuncia, nesse artigo a investigação sobre os estados maníacos-depressivos é subsidiária em relação à questão do desenvolvimento libidinal, sobretudo a melancolia servindo como quadro matriz para a dedução das teses sobre os estágios libidinais e as suas subdivisões. Mas nem por isso a apreciação sobre o quadro será menor. Nesse texto de Abraham, há uma evidente revisão de suas teses anteriores a respeito da melancolia, apresentadas no texto de 1911. Enquanto ali a chave de leitura dos estados maníaco-depressivos era o recalque e a projeção, agora as categorias de análise envolvem uma pluralidade de fatores, como a relação objetal, as zonas erógenas e suas tendências de prazer, a organização do Eu e os processos de introjeção e incorporação, aspectos que certamente ajudam a criar novas dimensões para o problema. No entanto, como veremos, se esse novo arranjo de teses é profícuo para a interpretação do quadro da melancolia e até para a discussão dos processos envolvidos no luto normal, não se poderá dizer o mesmo a respeito da mania. Novamente, o tratamento teórico da mania é marginal e não alterado em sua essência. Isto é, apesar de serem entendidos como quadros interrelacionados, as variações de análise sobre a melancolia não provocarão um verdadeiro

impacto sobre considerações sobre a mania, tanto no que se refere a sua função de defesa e quanto a detalhes sobre sua dinâmica.

Como de praxe nos textos até agora apresentados, será necessário um desvio por algumas das teses principais de Abraham sobre a melancolia antes das considerações sobre a mania, ainda que bastante sumário. A primeira delas é a manutenção da similitude, “definitivamente estabelecida” (p. 419), entre a neurose obsessiva e a melancolia, não apenas na fase de crise, mas sobretudo durante os intervalos livres (p. 423). Nesse período, a formação de caráter do paciente “coincide de maneira inteiramente inequívoca com a do neurótico obsessivo” (p. 419), observação importante quando se trata de diagnóstico diferencial. Essas similaridades induzem Abraham a supor que os quadros tivessem como origem pontos de fixações na mesma etapa do desenvolvimento libidinal. Segundo Abraham, Freud já havia estabelecido que a neurose obsessiva tinha suas raízes na fase anal-sádica, fase marcada pela ambivalência e por tendências sádicas. Tratar-se-ia então de incluir as fixações da melancolia nesse estágio. No entanto, os elementos heterogêneos entre os quadros eram inegáveis, principalmente no que se refere ao tratamento ao objeto, o que o faz supor que haveria uma diferenciação dentro da fase anal sádica capaz de explicar diferentes pontos de regressão entre os quadros.

Nos estados maníaco-depressivos, existiria uma tendência a destruir e abandonar o objeto, ao passo que no neurótico obsessivo se registraria a tendência a retê-lo e controlá-lo. Abraham propõe a existência de dois níveis dentro da fase anal sádica, e sua tese é de que, na melancolia, uma vez que o objeto é abandonado, a regressão libidinal atingiria um estágio mais primitivo que no caso do obsessivo, estágio esse para o qual “ela parece deslizar rapidamente para baixo, de um nível para o nível seguinte” (p. 433). Abraham enfatiza que esse ponto entre os diferentes níveis da fase anal representaria um critério clínico importante: ainda que, segundo ele, a psicanálise não fizesse uma rígida diferenciação, em sua concepção esse ponto representava a linha divisória “entre neurose e psicose efetuada pela medicina clínica” (p. 433); ao se transpor essa linha, “os resultados se tornam particularmente desfavoráveis” (p. 433).

Em seguida, Abraham volta-se para as teses de Freud de *Luto e Melancolia*, especificamente as que se referem à perda de objeto, à identificação com o objeto e seus efeitos na melancolia, para, em seguida, relacioná-las aos estágios do desenvolvimento libidinal. Como veremos no próximo capítulo, no texto de Freud, a identificação com o objeto como substituição do investimento amoroso corresponde à identificação narcísica da

etapa preliminar à escolha de objeto, cujas características seriam a ambivalência em relação ao objeto e a tendência a querer “incorporá-lo, na verdade, devorando-o, de acordo com a fase oral ou canibalística do desenvolvimento libidinal” (Freud, p. 63, 1917, 2011). Para Abraham, o processo de introjeção poderia ser um elemento chave para a compreensão da melancolia e da mania e do luto normal, direcionando assim sua investigação para esse mecanismo. Seguindo as teses de Freud em *O Eu e o Isso*, ele expande a ocorrência do processo de introjeção para compreender também o luto normal. Para isso, Abraham vai citar exemplos da antropologia e também da sua clínica a fim de demonstrar que “também no processo normal do luto a pessoa reage à perda de objeto real realizando uma introjeção temporária da pessoa amada” (p. 437). Não apenas isso, o processo de introjeção temporária do luto normal é um processo “idêntico ao que ocorre na melancolia” (p. 437), uma identificação narcísica, como uma forma de preservar o objeto perdido.

Para isso, Abraham cita dois exemplos. O primeiro refere-se ao período de luto que ele próprio viveu após a morte de seu pai, no qual seus cabelos ficaram momentaneamente grisalhos, como de seu pai. Também relata um caso, rico em detalhes, em cujo desfecho o paciente apresenta um período de luto em que se sentiu “exultante e feliz” após a morte da mãe (p. 441).

“É espantoso constatar que esse processo de introjeção tenha resultado em tal sentimento de felicidade, em contradição direta com seu efeito sobre o melancólico, sobre cuja mente pesa tão fortemente. Mas nossa surpresa é diminuída quando nos lembramos da explicação de Freud sobre o mecanismo da melancolia. Temos apenas que inverter sua afirmação de que a sombra do objeto de amor perdido recai sobre o ego e dizer que, nesse caso, não foi a sombra, mas a radiância brilhante de sua amada mãe que foi derramada sobre seu filho” (p. 442)

Para Abraham, esse caso demonstra que, ainda que haja semelhança do processo com a introjeção melancólica, haveria uma diferença determinante no que se refere à ambivalência. A introjeção no luto normal também cumpriria a função de conservar o objeto, mas se trataria de um tipo de introjeção em que a afeição predomina (p. 442) e os sentimentos hostis perdem progressivamente a importância. No melancólico, ao contrário, se trataria de uma introjeção marcada pela ambivalência, com preponderância da tendência hostil que, em seguida, volta-se contra o próprio eu (p. 438). Um segundo aspecto diferente, segundo Abraham, consiste em que na melancolia está em jogo uma introjeção que é totalizante: “no caso do melancólico, que introjetou o objeto como um todo, ele continua a exercer um poder despótico a partir do interior” (p. 490). A introjeção não se refere apenas a aspectos do objeto ou a traços do objeto, mas ao objeto como um todo.

Essas semelhanças e diferenças nos processos relacionados à introjeção incitam Abraham a supor também a existência de uma divisão no estágio oral. Ele estaria dividido em suas fases. Na primeira, vigora a indiferenciação entre o Eu e o objeto, portanto, sem sentimentos de ambivalência, cuja forma é o ato de sugar. Na segunda fase, que é aquela à qual o melancólico regride após a perda de objeto, seria caracterizada pela atividade de morder, uma das origens dos impulsos sádicos: “No estágio de morder da fase oral, o indivíduo incorpora o objeto em si próprio e, assim, o destrói” (p. 112). Essa é a fase dos impulsos canibalescos, fase em que já existe separação entre o eu e o objeto, muito marcada pela ambivalência e hostilidade. Na fase dos impulsos canibalísticos, a segunda etapa da fase oral, a incorporação visaria internalizar o objeto e destruí-lo (p. 489).

Ao longo do texto, Abraham opta pelo uso dos termos introjeção (*Introjektion*) e incorporação (*Einverleibung*) do objeto, e não tanto identificação. Tanto um quanto outro se referem a formas de internalizar o objeto e são pouco utilizados por Freud ao longo de sua obra. As menções à introjeção aparecem mais em *Psicologia das Massas* e em *O Eu e o Isso*, em referência ao processo de identificação que ocorre para compensar a perda de um objeto: “Talvez a introjeção – que é um tipo de regressão ao mecanismo da fase oral – seja o meio utilizado pelo Eu para facilitar, ou possibilitar, que se abduca do objeto” (Freud, 1923, 2007, p. 40).

Quanto ao termo de incorporação do objeto na fase oral ele é mencionado por Freud em *Três ensaios* como uma forma de primeiro modelo para a identificação (p. 187) e suas outras ocorrências na obra quase sempre a mencionam como sendo uma incorporação canibalística. Ainda no que se refere à incorporação, os exemplos escolhidos por Abraham para ilustrá-lo de fato apontam para sua relação com o corpo do objeto introjetado (*Leib*). Relembramos aqui o exemplo de Abraham durante o luto de seu pai, quando a identificação resultou na semelhança com os cabelos grisalhos de seu pai, ou ainda quando Abraham relata o caso de seu paciente melancólico que, ao se recriminar, “copiava exatamente o tom de voz” (p. 461) da mãe. Finalmente, é importante ressaltar que a diferenciação entre a incorporação, a introjeção e a identificação nem sempre fica clara e bem delimitada ao longo do texto.

Nesse contexto, é necessário dar atenção à questão dos destinos da incorporação ambivalente do melancólico que se volta para o Eu. Da mesma forma que Freud, Abraham alega que agora o Eu estaria vulnerável aos fortes afetos ambivalentes com que tratava o objeto e que isso influenciaria os ciclos de depressão e mania: “a permutabilidade dos estados depressivos e maníacos no paciente melancólico depende dessa atitude ambivalente de sua

libido em relação ao seu Eu” (454). Ao lermos essa frase temos, por um momento, a impressão de que cada fase do estado maníaco e depressivo corresponderia a um predomínio de um dos afetos da libido e que, portanto, a mudança no predomínio de um dos afetos serviria como o pivô da mudança de fases. Mas essa compreensão parece ser contraditada em seguida. Dos desdobramentos seguintes entende-se que cada uma das fases expressa em si os dois lados da ambivalência em relação ao eu. Abraham supõe que na fase depressiva, e até mesmo durante os intervalos livres, seria possível notar a expressão de “um sentimento de superioridade” (p. 455). Ou seja, mesmo durante as crises depressivas, de acordo com Abraham, junto com o delírio de inferioridade também se expressaria uma “grande quantidade de autoadmiração” (p. 455).

“Assim, a melancolia apresenta um quadro em que se encontram imediatamente em justaposição, mas absolutamente opostos um ao outro, amor próprio e ódio a si mesmo, uma superestimação do ego e uma subestimação das manifestações, isto é, de um narcisismo positivo e negativo” (p. 456).

A primeira interpretação se desfaz completamente quando finalmente são apresentadas as teses sobre a mania. Segundo Abraham, na mania não se trata da expressão positiva de um funcionamento ambivalente, como a expressão do narcisismo positivo. Na verdade, simplesmente o “paciente maníaco jogou fora o jugo de seu Supereu” (p. 471), o que faz com que tenha “um sentimento de importância e de poder ao invés daqueles sentimentos e delírios de inferioridade que caracterizaram seu estado depressivo” (p. 471). Entende-se daí que, na mania, não há mais conflito e sofrimento. Abraham a denomina “mania reativa”.

Portanto, se o ego não está mais “sendo consumido pelo objeto introjetado” (p. 472), o paciente pode voltar a libido para o mundo exterior. Nesse ponto, Abraham relaciona a mania com a fase oral canibalística e a fase anal da expulsão. Ele considera que o retorno dos investimentos libidinais para o mundo externo seria caracterizado pelo seu caráter excessivo: “Essa mudança de posição dá origem a muitos sintomas, todos eles baseados nos desejos orais da pessoa” (p. 472). Mas, uma vez que se trata da fase oral canibalística, há uma introjeção dos objetos para logo em seguida expeli-los. A introjeção é um processo “rápido e agitado de receber e expelir novas impressões” (p. 472).

“Na mania, todos os objetos são considerados materiais a serem passados através do metabolismo psicosexual do paciente a um ritmo rápido. E não é difícil ver pelas associações do paciente maníaco que ele identifica seus pensamentos proferidos com excremento” (p. 472).

Portanto, se há incorporação na mania, ela é rápida. Mas, embora Abraham mencione que na mania o sentimento de si se transforme porque se está livre do julgamento do supereu, nada é dito sobre os processos de identificação na mania. No maníaco a introjeção não resulta em identificação, mesmo que de forma rápida?

No fim, a conclusão de Abraham é que a mania é comparável à orgia e aos estados de intoxicação (p. 474). E, em termos de estado de ânimo, para Abraham o humor maníaco (*manische Stimmung*) é equivalente ao triunfo.

Nos parágrafos finais do texto de Abraham, há dois comentários importantes que, junto com as teses freudianas nos anos 20, encaminham progressivamente as considerações psicanalíticas sobre a mania para outro terreno. Esse outro campo irá constituir um grupo de teorias sobre a mania em psicanálise afastando-a do quadro clínico dos estados maníaco-depressivos para transformá-la em uma espécie de defesa geral e que poderia ocorrer fora da doença afetiva mais grave.

O primeiro comentário é uma observação de Abraham a respeito do término do luto normal. Segundo ele, assim como havia semelhanças entre os processos envolvidos na melancolia e no luto normal, também existiria similaridade entre o final do trabalho do luto normal e a fase maníaca. Segundo ele, ao final do luto normal se daria uma fase de aumento dos desejos e de exaltação do humor, como uma hipomania branda.

O segundo comentário surge diante do que parece ser um impasse teórico. Afinal, como explicar os casos em que a mania não é precedida por melancolia? Essa pergunta fundamental para o problema dos estados maníaco-depressivos é feita pela primeira vez nesse texto de Abraham. A solução dada por ele é supor a existência de uma depressão infantil. Para Abraham, determinados traumas psicológicos vividos na infância provocariam um estado de paratimia primária ou primordial, marcado pelo sentimento de desesperança. Eles poderiam derivar do complexo de Édipo, uma vez que a criança se sente abandonada pelo seu objeto de amor. A “paratimia primária infantil” seria um protótipo infantil da depressão melancólica (p. 464) e mania pura seria uma forma de expelir essa paratimia primária: “Na ‘mania pura’, que é frequentemente de ocorrência periódica, o paciente pareceu-me estar expelindo aquela

paratimia primária sem haver tido nenhuma crise de melancolia no sentido clínico” (p. 134). Novamente, a mania é reativa.

Assim, embora Abraham seja o primeiro a colocar o problema da mania pura, isto é, da ocorrência das crises maníacas que não estão acompanhadas de episódios depressivos ou melancólicos, a resposta dada por ele permanece a mesma, apenas o fato ao qual a mania responde é que se apresenta cada vez mais remoto.

Certamente, as teses de Abraham ocupam lugar de destaque no campo dos estudos sobre a melancolia e a mania. Além de seu pioneirismo na tentativa de propor uma teorização para o problema dos estados maníaco-depressivos utilizando os conceitos fundamentais do referencial teórico da psicanálise, ele também confere a essa discussão conceitos próprios. Por muito tempo o seu modelo será seguido, e serão principalmente seus alunos, Melanie Klein, Helene Deutsch, Sandor Radó, quem continuarão os trabalhos sobre o tema na literatura psicanalítica. Sob a influência de Karl Abraham, a Escola de Berlim dará o tom e os termos desse debate.

De sua teoria, interessa para essa tese principalmente as suas observações a respeito da presença da sensação de poder na mania e as concepções de incorporação e introjeção. Veremos no capítulo cinco, como essa alteração da propriocepção relatada por Abraham aparece em todos os nossos casos, aliada com a nova versão de si que se apresenta na maioria das falas. Além disso, em nosso último capítulo, tentaremos fazer um aproveitamento do conceito de incorporação para nos remeter à invasão do Ideal do Eu na mania.

IV – FREUD E A MANIA: UM ENIGMA NÃO SOLUCINADO

Não se pode dizer que a mania desfrutou de um lugar de destaque no edifício teórico freudiano, mas nem por isso se pode dizer que ela uma questão clínica ausente de suas preocupações. Ao longo de sua obra, as menções à mania aparecem em pequenos comentários episódicos, espalhados por vários textos e cartas. No entanto, o caráter ocasional da aparição da mania não pode ser tomado como indício de desqualificação do problema, muito pelo contrário. Por exemplo, quando escreve que a “peculiaridade mais notável da melancolia, a *que mais requer esclarecimento*, é a sua tendência a transformar-se no estado sintomaticamente oposto da mania” (1917, p. 73) ou ainda quando sustenta que é “*imperioso* estender também à mania a explicação analítica da melancolia” (1917, p. 73).

Entretanto, do começo ao fim, Freud julga suas soluções em relação à mania como pouco convincentes. Como veremos nesse capítulo, a primeira tentativa mais robusta de explicação teórica para a mania aparece no texto *Luto e Melancolia* (1917). Ali, após um longo desdobramento de teses sobre a melancolia, a primeira frase sobre a mania é “Não posso prometer que esta tentativa venha a ser inteiramente satisfatória” (1917, p. 73). A frase se revela o prenúncio da fragilidade que rodeia as suas teses sobre a mania até o fim, quando, em um de seus últimos comentários sobre o tema, ele escreve: “aqui estão acontecimentos ricos em enigmas não solucionados!” (1923, p. 67). O uso da exclamação denuncia o tamanho do impasse.

Além disso, décadas antes, em um texto intitulado *O método psicanalítico de Freud* (1904), um contratempo clínico envolvendo a mania também fora mencionado, em um momento em que Freud relata que uma das acusações sobre o fracasso de seu método clínico surgira no contexto do atendimento de uma paciente que apresentava crises cíclicas de mania e melancolia, justamente durante uma virada maníaca.

“Lembro-me de que, certa vez, fiz uma tentativa de psicoterapia com uma mulher que passara boa parte de sua existência numa alternância entre mania e melancolia. Aceitei o caso ao final de um período de melancolia; durante duas semanas, tudo parecia correr bem; na terceira, já estávamos no início de um novo ataque de mania. Era, sem dúvida, uma transformação espontânea do quadro patológico, já que duas semanas não constituem um prazo em que a psicoterapia analítica possa realizar coisa alguma; entretanto, o eminente médico (já falecido) que examinava a doente comigo não conseguiu abster-se da observação de que a psicoterapia seria a culpada dessa ‘recaída’. Estou plenamente convencido de que, em outras circunstâncias, ele teria demonstrado maior juízo crítico” (1904/1996, p. 251).

Nesse capítulo, vamos apresentar os desenvolvimentos teóricos de Freud sobre esse tema espinhoso da mania, concentrados em três textos principais que são *Luto e Melancolia* (1917), *Psicologia das Massas e análise do Eu* (1921) e *O Eu e o Isso* (1923). Defendemos a hipótese de que cada um desses textos contém tentativas de Freud de traçar um esquema para a mania que consiste em descrever um tipo de situação dolorosa inicial e um tipo de resposta do Eu. Na primeira versão, a mania é a resposta de superação do Eu (*Bewältigen*); na segunda, é uma revolta do Eu (*Auflehnung*), e a terceira é uma defesa do Eu (*sich erwehren*).

As diferentes respostas do Eu têm como efeito, invariavelmente, a desinibição e a exaltação do humor, que podem ser acompanhados pelos afetos de alegria e a sensação de triunfo. Mas, embora esse esquema basilar apoie-se em equações similares, elas não são idênticas, sobretudo para se pensar a apresentação do quadro. Por exemplo, veremos que a segunda versão possibilitaria, ao que tudo indica, pensar as formas disfóricas da mania.

4.1 Mania como superação (*Bewältigen*)

Freud ensaia o que ele mesmo denomina uma “primeira orientação” para o tema da mania em *Luto e Melancolia* (1917), já alertando ao leitor sobre os limites de seu exercício. Nesse texto, a concepção da mania se baseia, como dissemos acima, em três pontos: uma situação de sofrimento inicial, fruto do conflito entre o Eu e sua instância crítica manifestada no estado melancólico, e por uma reação de superação desse estado *doloroso*. Parte-se da compreensão de que “a mania não tem um conteúdo diferente da melancolia, e que ambas as afecções lutam com o mesmo ‘complexo’, com a diferença de que, na mania, o Eu o superou (*bewältigt*) ou o pôs de lado (*beseite geschoben hat*)” (p. 73). O verbo *Bewältigen* utilizado por Freud para a forma de resposta do Eu na mania significa dominar uma situação, superar, resolver um problema, nesse caso, uma “coerção opressiva” (p. 75) sofrida pelo Eu durante a melancolia.

O primeiro efeito da superação do conflito é a liberação da energia pulsional antes empregada para a administrá-lo. Nesse aspecto, a mania seria mais um dos estados em que ocorre a *suspensão de gastos com o recalque* (*Aufhebung von Verdrängungsaufwänden*) (p. 75), junto com os chistes e os estados de embriaguez, assim como no modelo proposto por Abraham. No caso da mania, a suspensão resulta em uma grande quantidade de libido novamente disponível para ser investida, que se expressa na imagem da fortuna: é como

“quando um pobre-diabo fica subitamente liberado, por uma grande soma de dinheiro, da preocupação crônica com o pão de cada dia” (p. 75).

Desse modo, em *Luto e Melancolia*, a modificação econômica é considerada como o fator primário da mania. É através dela que se explica a origem da mania e o que Freud afirma ser as duas características essenciais do estado maníaco: a desinibição e o estado de humor alegre. Desse modo, é porque a libido foi liberada que se tem a desinibição, uma “maior prontidão para todos os tipos de ação” (p. 75). O maníaco seria como um “faminto” que agora pode sair “em busca de novos investimentos de objeto” (p. 77). Além disso, é essa condição econômica que leva à segunda característica da mania que é a modificação no “estado de humor elevado (*die gehobene Stimmung*)” e ao o aparecimento do “afeto de alegria (*des freudigen Affekts*)” (p.75). Por um lado, o fim dos gastos com o conflito pode deixar o humor “animado”, por outro lado, a superação do conflito psíquico provoca “estados de alegria, júbilo e triunfo que o modelo normal da mania nos oferece” (p. 75). Para Freud, esses estados tem a mesma condição econômica como fundamento.

Ora, ao nos depararmos com essa explicação e caracterização da mania em Freud, é impossível não relacioná-las ao trecho do texto de Griesinger apresentado em nosso primeiro capítulo, em que apresentava a mania como reação à melancolia que lhe antecedeu:

“As anomalias das sensações de si, dos impulsos (*der Triebe*) e das volições nessa forma de insanidade se agrupam em seu conjunto em torno de um centro, o sentimento de si intensificado do doente. Este é psicicamente fundamentado. Pois, na medida em que a capacidade de querer, que estava enfraquecida ou inteiramente reprimida (*unterdrückt*) durante o estágio melancólico, não apenas retornou, mas também o esforço se faz valer ainda de maneira exaltada (externamente ao modo de uma atividade exagerada), na medida em que, ao mesmo tempo, com essa liberdade dos impulsos (*Freiheit der Impulse*) para agir, se torna sensível para o paciente uma maior leveza de pensamento, uma abundância incansável na formação de ideias, resulta-lhe uma sensação de alta satisfação consigo mesmo. O doente regozija de um grande bem-estar mental (e corporal), ele se sente mais rico e mais livre; todo esforço tornou-se fácil para ele, ele se considera por isso não apenas perfeitamente são, rejeitando qualquer dúvida sobre isso com indignação, mas também alega frequentemente que nunca esteve tão bem e tão feliz em sua vida” (Griesinger, 1871, p. 308).

De fato, essa explicação econômica da mania como uma espécie de riqueza da energia psíquica é uma concepção antiga de Freud, atestada na correspondência endereçada a Wilhem Fliess, especificamente no *Rascunho G.* (1985/1894), em que há um modelo explicativo rudimentar daquele apresentado em *Luto e Melancolia*, no qual a mania surge como uma compensação ao estado de perda “no *quantum* de excitação” (p. 99) do aparelho representado pelo estado melancólico. Já no *Rascunho*, o luto, grande paradigma de comparação da

melancolia na obra freudiana, se encontra presente. Assim, o afeto melancólico se assemelharia ao afeto do luto, “o anseio por alguma coisa perdida” (p. 99, 1894), nesse caso, a própria libido, a perda do apetite sexual. Os efeitos da melancolia para Freud seriam a “inibição psíquica com empobrecimento pulsional e a dor a respeito dele” (p. 102). O empobrecimento gerado pelo escoamento da energia psíquica “por um buraco” (p. 105) psíquico, é doloroso. É nesse momento que Freud faz um pequeno comentário sobre a mania: “A contrapartida disso seria a mania, onde o excedente de excitação se comunica a todos os neurônios associados” (*Ibid.*, p. 105).

Essa concepção econômica da melancolia se mantém inalterada até que surja o conceito de narcisismo, em 1914. Antes disso, quando mencionada, ela relaciona-se ao principalmente ao seu fator econômico de empobrecimento libidinal, como revela o comentário de Freud na sessão de 8 de janeiro de 1908 da Sociedade Psicanalítica de Viena: “O medo de empobrecimento é um sintoma muito complicado: a essência da melancolia é uma falta de libido livremente disponível, e, nesse sentido, os doentes têm razão de qualificarem-se como pobres; eles são de fato pobres de libido” (p. 295).

Voltando ao texto *Luto e Melancolia*, veremos como a melancolia ganha uma explicação tópica e dinâmica, determinante para diferenciá-la dos estados de luto e de depressão, nos quais também há pobreza de libido. No entanto, mesmo que a mania represente a riqueza pulsional, para Freud, ela significa exclusivamente a superação da melancolia. Vejamos por quê.

Em *Luto e Melancolia*, a sintomatologia do quadro melancólico se expressa por uma alteração do humor, em um estado de humor doloroso (*schmerzliche Verstimmung*); da disposição para o movimento e da volição, com a suspensão dos interesses pelo mundo externo; a perda da capacidade de amar; a inibição da atividade; do sentimento de si e do conteúdo ideativo, com a redução da autoestima, a presença de autorrecriações e de autoinsultos, e a expectativa delirante de punição.

A análise do quadro parte inicialmente do estado de afeto, a partir da proposta segundo a qual o afeto melancólico seria comparável ao afeto normal do luto (*Normalaffekt der Trauer*¹) ou ao estado de humor do luto (*die Stimmung der Trauer*), que é “doloroso” (p. 49). Infere-se então que os dois estados também possam ser comparáveis em termos de

¹ É importante sublinhar, como insiste Marilene Carone nas notas de sua tradução deste texto, que a palavra *Trauer* remete à tristeza (*traurig*), evidenciando seu aspecto afetivo, e não apenas aos rituais externos que envolvem o luto.

proveniência, ou seja, ambos são respostas à perda e exigem trabalho psíquico de desligamento libidinal.

A explicação para o estado de humor doloroso e para a inibição se fundamentam em dois pontos no caso do luto. Diante da perda do objeto, a prova de realidade mostraria que o objeto não está mais lá. Inicia-se então o trabalho do luto. Esse trabalho de desligamento se daria aos poucos: “uma a uma, as lembranças e expectativas pelas quais a libido se ligava ao objeto são focalizadas, superinvestidas e nelas se realiza o desligamento da libido” (p. 49). No entanto, esse processo não se dá sem conflito. Segundo Freud, haveria no aparelho psíquico uma disposição a não se abandonar posições libidinais anteriormente conquistadas. Dessa forma, ainda que a prova de realidade impila ao trabalho de desligamento, há uma corrente oposta que insiste em não querer abandonar as lembranças e o objeto investido. No entanto, assinala Freud, de modo geral o respeito à realidade venceria no trabalho de luto. Estabelece-se então uma operação de compromisso que vai executando as ordens da realidade, superinvestindo cada uma das representações ligadas ao objeto para então ocorrer o desligamento da libido. Esse trabalho seria doloroso, envolveria tempo e energia do Eu e isso explicaria sua inibição e desinvestimento de outras atividades. Porém, sua extensa duração também permitiria que a existência do objeto perdido fosse “psiquicamente prolongada” (p. 49). Ao fim desse processo, o Eu ficaria desinibido e a energia estaria livre para novos investimentos. Esse é o primeiro ponto do problema: se a mesma condição econômica foi realizada, como vimos, na explicação da mania, por que não haveria mania no final do processo do luto?

Freud começa então a diferenciar os processos do luto e da melancolia. Primeiramente, trata-se da diferenciação na qualidade do objeto perdido, que na melancolia poderia ter propriedades de cunho mais ideal, não tendo realmente sido perdido na existência, mas sim “como objeto de amor” (p. 51). Também algo diverso ocorreria no processo da melancolia do ponto de vista tópico. Não seria fácil distinguir em qual instância começaria o trabalho da melancolia, se em várias instâncias ao mesmo tempo ou se haveria uma sequência determinada para sua progressão, mas sobretudo seria um trabalho que ocorre no inconsciente. Outro ponto de diferença consiste em que, embora nos dois casos o trabalho de desligamento implique inibição e restrição dos investimentos libidinais, no luto isso se manifestaria na perda de interesse pelo mundo, enquanto na melancolia haveria um empobrecimento do Eu (p. 53), com insultos e acusações contra si mesmo.

Nesse ponto, novamente, os afetos são o fundamento para as próximas observações freudianas sobre o quadro da melancolia, pois nota-se que nos insultos dirigidos ao Eu não há expressão de vergonha, pelo contrário, há satisfação em falar mal de si (p. 55).

A primeira explicação para esse aspecto sintomatológico é tópica, e está fundamentada na constituição do Eu. São retomadas aí as teses apresentadas no texto *Introdução ao narcisismo* (1914), segundo as quais haveria no Eu uma *instância psíquica especial* (1914, p. 41) que, para assegurar a satisfação narcísica, observa continuamente o Eu e o compara com sua forma ideal, cujas características seriam como a do Eu infantil, “na posse de toda a preciosa perfeição” (p. 1914, p. 40). Essa instância crítica se tornou independente do Eu e cumpre a tarefa de observá-lo continuamente, além de medi-lo de acordo com o referido ideal (1917). Tendo origem na “influência crítica dos pais influenciada pela voz” (1914, p. 42), essa instância crítica e censória, também poderia exercer papel importante como fonte de sofrimento em algumas condições psicopatológicas:

“O que ficamos conhecendo aqui é a instância habitualmente chamada de consciência moral; junto com a censura da consciência e com a prova de realidade vamos contá-la entre as grandes instituições do Eu, e em algum lugar encontraremos também provas de que ela pode adoecer por si. O quadro clínico da melancolia põe em destaque o desagrado moral com o próprio Eu, acima de outros defeitos” (1917, p. 57).

Mas isso não explicaria o estado de ausência de vergonha, que recebe então uma outra explicação: “eles não se envergonham nem se escondem, porque tudo de depreciativo que dizem de si mesmos no fundo dizem de outrem” (p. 59). O outro a que se refere Freud é o objeto por quem o Eu se sentiu abandonado, ofendido, desprezado ou decepcionado: “Para eles, queixar-se é dar queixa² (*Ihre Klage sind Anklagen*)” (p. 59). Essa configuração representa, para Freud, “a chave do quadro clínico” (p. 59), pois permitiria reconhecer as autorrecriminações do melancólico como recriminações contra um objeto de amor com o qual se decepcionou: “as reações da sua conduta provêm sempre da constelação psíquica da revolta (p. 61). Este fator também explicaria a razão para que haja, na melancolia, a ausência de sentimento de vergonha e a intensa pressão para se comunicar:

² Mantivemos aqui a solução de tradução de Marilene Carone, quem a explica da seguinte forma: “Há aqui um jogo de palavras que procuramos conservar: *Klage* significa queixa, no sentido genérico, e *Anklage* significa queixa no sentido jurídico-policia (dar queixa, por exemplo), ou seja, no sentido de acusação pública” (2011, p. 58).

“Por fim, devemos notar que o melancólico não se comporta inteiramente como alguém que faz constrição de remorso ou autorrecriminação em condições normais. Falta a ele, ou pelo menos não aparece nele de um modo notável, a vergonha perante os outros, que seria, sobretudo, característica dessas condições. No melancólico, quase se poderia destacar o traço oposto, o de uma premente tendência a se comunicar, que encontra satisfação no autodesnudamento” (Freud, 1917, p. 55).

Para Freud, era possível supor a existência de uma ligação de objeto que, em razão de “ofensa, desprezo e decepção” (p. 67), começou a ser abandonada dando início ao trabalho de luto. Esse fator anterior que desencadeou o desligamento justificaria as queixas revoltadas conta o objeto.

Mas, nesse ponto, há mais um passo argumentativo importante que acrescenta ainda mais um elemento de diferenciação entre o luto e a melancolia e que, portanto, permite explicar a presença ou a ausência do desfecho maníaco. É que durante o trabalho de luto, após a retirada progressiva do afeto e do investimento libidinal, até então destinado ao objeto, a libido investida não fica livre para ser reinvestida no mundo como no caso do luto, mas ela retorna ao próprio Eu, produzindo uma identificação com o objeto.

Juntam-se aqui as duas explicações: a constituição do Eu, dividida entre instância crítica e o Eu, e a identificação do Eu com o objeto com o qual se decepcionou. Isso explicaria a autoacusação na melancolia, no qual o Eu passa a ser julgado e criticado pela consciência moral como se fosse o objeto.

A melancolia expressaria não um trabalho de desligamento afetivo, como no luto, com a particularidade de que a libido liberada regressa e produz uma identificação entre uma parte do Eu e o objeto. Freud reitera que, na melancolia, não se trata de um conflito do Eu com realidade. Em termos dinâmicos, o conflito que se estabelece na melancolia ocorre entre o Eu crítico e o Eu modificado pela identificação com o objeto (p. 61). Até aqui, portanto, a explicação do mecanismo da melancolia se sustenta em dois pontos: o afeto e o trabalho do luto e a identificação produzida pela regressão da escolha narcísica de objeto (p. 65).

“Uma parte das características da melancolia é tomada de empréstimo do luto e outra parte do processo de regressão da escolha narcísica de objeto ao narcisismo. Por um lado, como o luto, ela é reação à perda real do objeto de amor, mas além disso está comprometida com uma condição que falta no luto normal ou que, quando ocorre, o converte em luto patológico. A perda do objeto é uma oportunidade extraordinária para que entre em vigor e venha à luz a ambivalência das relações amorosas” (p. 65)

Na passagem acima, acrescenta-se uma terceira condição à melancolia que se refere ao tipo de ligação com o objeto, marcada por forte fixação (p. 61) e sentimentos ambivalentes. Quando se tem apenas duas dessas condições, o luto e os sentimentos ambivalentes, poderia haver um quadro depressivo, com autorecriminações “de ser culpado pela perda do objeto de amor, isto é, de tê-lo desejado” (p. 67). Portanto, nessa distinção bastante simples entre os quadros de melancolia e depressão feita por Freud nesse texto, o traço diferencial principal é a regressão da libido que levaria à identificação com o objeto.

Finalmente, aqui retomamos à questão da mania, que poderia estar presente no fim desse processo do trabalho de luto melancólico. A possibilidade de transformação no estado sintomaticamente oposto da mania seria uma das características mais notáveis da melancolia, (p. 73). Possibilidade, mas não necessidade. Isto porque, em alguns casos, a melancolia poderia ter um fim espontâneo e, em outros, poderia ter uma recidiva periódica, cujos intervalos seriam marcados por nenhuma ou muito pouca tonalidade de mania. Mas essa é uma possibilidade exclusiva da melancolia, já que depois do luto e do luto depressivo não haveria mania.

Mas, Freud se pergunta, por que não teríamos esse efeito maníaco ao final de outros conflitos? O que haveria de particular no estado melancólico?

Se a libertação do objeto por si só explicasse a condição para o surgimento da mania, seria preciso supor sua presença ao fim do trabalho do luto e na depressão. Logo, Freud admite que a superação da mania deve estar referida à outra condição da melancolia:

“Das três premissas da melancolia, perda do objeto, ambivalência e regressão da libido para o Eu, reencontramos as duas primeiras nas recriminações obsessivas depois de casos de morte. Lá, sem dúvida é a ambivalência que representa a mola do conflito; depois de passado esse conflito, nada mais resta de parecido com o triunfo de uma condição maníaca. Somos então remetidos ao terceiro fator como o único eficaz. Aquele acúmulo de investimento a princípio ligado, que se libera com o término do trabalho melancólico possibilitando a mania, deve estar relacionado com a regressão da libido ao narcisismo. O conflito no Eu, que a melancolia troca pela luta em torno do objeto, tem de operar como uma ferida dolorosa, que exige um contrainvestimento extraordinariamente elevado” (p. 85).

Portanto, na mania se trataria justamente do triunfo da dissolução de um conflito no Eu e do *fim da ferida dolorosa*, ao mesmo tempo em que também consistiria na liberação da energia utilizada no grande esforço de contra-investimento. Em suma, a mania seria a superação desse estado doloroso operado pela regressão da libido e da identificação que ela provoca. No entanto, apesar de fazer essa breve retificação na explicação sobre a mania,

Freud insiste em ater-se à questão econômica para fundamentar a mania. Ou seja, o seu esclarecimento relaciona-se à natureza econômica da dor provocada por essa regressão, e não à questão da identificação que ela provoca.

No entanto, embora seja quase intuitiva a observação de que não há mania após o trabalho do luto normal, o mesmo não o é para os casos de depressão. Afinal, por que Freud admite a exclusividade da mania para a melancolia, deixando de lado sua possibilidade para os casos de depressão? Ao longo do texto, não é levantado nenhum dado clínico que fundamente essa concepção, que surge como um pressuposto em *Luto e Melancolia*.

É certo que, em uma passagem, ele declara estar interessado em explicar os casos de alternância regular entre mania e melancolia, “a chamada loucura cíclica” (*zyklischen Irreseins*) (p. 73), o que o incita a supor que a concepção advenha das delimitações e debates da psiquiatria surgidos no século XIX, como vimos no primeiro capítulo dessa tese. No entanto, as características de loucura cíclica tratada em *Luto e Melancolia* não se enquadram bem nem na versão de Kalhbaum, que considerava que a melancolia e a mania na loucura cíclica eram diferentes de suas apresentações separadas, e que também poderiam ser quadros independentes, e tampouco se enquadram na versão de Kraepelin. Talvez por isso Freud faça a afirmação de que existiria um “modelo normal de mania” (p. 75), indicando que só existiria uma forma de mania, concepção que não se apresenta em nenhuma das concepções psiquiátricas.

Segundo Leader (2015, p. 98) e Vanier (2017, p. 06), o posicionamento de Freud, patente principalmente em *Luto e Melancolia*, teria levado à psicanálise a embaralhar quadros que o refinamento clínico da psiquiatria do século XIX havia conseguido separar e, conseqüentemente, dificultariam a abordagem psicanalítica do problema dos hoje chamado quadros bipolares. Apesar de os dois autores concentrarem seus esforços na necessidade de diferenciar a melancolia e a depressão nos casos de psicose maníaco-depressiva, enfatizamos também que não há diferenciação entre tipos de mania em Freud.

No fundo, Freud parece ainda manter a opinião expressa na reunião da Sociedade psicanalítica de Viena no dia 28 de novembro de 1906: “O termo ‘circular’ não representa a natureza da doença, somente seu caráter formal” (p. 89).

4.2 A mania como rebelião (*Auflehnung*)

Em *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921), a mania recebe uma nova perspectiva de análise, agora com considerações tópicas e dinâmicas. Aqui, e deste ponto em diante, a mania será mencionada em todos os principais textos freudianos que versam sobre a composição do Eu e suas diferentes instâncias, especificamente naqueles momentos textuais em que são abordadas a existência e a dinâmica de conflito entre o Eu e Ideal de Eu, mais tarde chamado Supereu. Nesse sentido, os comentários freudianos desse bloco reúnem mais considerações sobre as dimensões tópicas e dinâmicas da mania que sobre seus aspectos econômicos. Além disso, a questão da relação circular entre a mania e a melancolia também é modificada, aproximando-se mais do modelo proposto por Kraepelin. Entretanto, o que se mantém inalterada é a concepção da mania como reação de defesa do Eu, agora como uma rebelião periódica do Eu.

Os comentários freudianos sobre a mania em *Psicologia das Massas* encontram-se nos parágrafos finais após uma longa e densa exposição. Tentaremos recuperar apenas os argumentos necessários para encaminhar a questão neste momento.

Um pouco antes das menções feitas ao problema da mania, Freud retoma a ideia já apresentada em *Luto e Melancolia* a respeito do mecanismo da melancolia e da existência de uma divisão interna no Eu. As formas de identificação já foram apresentadas e passa-se então a versar sobre as características da instância crítica, revelada no quadro da melancolia, aqui considerada presente mesmo em “tempos normais”, comum a todos, não restrita ao quadro melancólico:

“nós a nomeamos o ‘Ideal de Eu’ e atribuímos a ela as funções de auto-observação, consciência moral, a censura onírica e a principal influência no recalque. Nós dissemos que ela seria a herança do narcisismo originário, no qual o Eu infantil se satisfaz a si mesmo” (2015, p. 91).

Assim como uma pessoa tem, ao longo da vida, muitos vínculos de identificações, também seu Ideal de Eu será formado por muitos modelos, uma composição de traços de vários grupos a que se pertence. A partir desses múltiplos traços e combinações, Freud conclui que cada pessoa iria construir seu Ideal de Eu, das mais variadas formas, ao mesmo tempo em que poderia se elevar e construir nele um elemento de originalidade e independência.

No entanto, essas numerosas identificações que constituem o Ideal fariam com que houvesse uma distância cada vez maior entre as exigências do Ideal e as possibilidades do Eu. Progressivamente, essas partes do Eu começam a não coincidir, ora se aproximam e ora se distanciam, como um fole de sanfona. Mas, de tempos em tempos, ou quando as gradações geram muito desconforto, o Eu buscaria formas de reduzir essa distância, voltar ao estado do narcisismo originário e então reconquistar a satisfação de outrora. Esses processos poderiam ocorrer por diversos modos, seja com as tentativas de retorno aos estados de ausência de estimulação, como no sono, ou com as formas de retorno do recalque que burlariam o recalque, ao mesmo tempo em que produzem prazer também para o Eu, como no caso dos chistes e do humor. Mas, além dessas tentativas, existiria uma terceira que, periodicamente, anularia a variação entre as instâncias através do que Freud denomina “rebeliões periódicas (*periodischen Auflehnungen*) do Eu” (p. 93):

“Seria bem imaginável que também a separação do Ideal do Eu em relação ao Eu não seja suportada duradouramente e que tenha de recompor-se temporariamente. Apesar de todas as renúncias e restrições que são impostas ao Eu, o rompimento das proibições é a regra, como, com efeito, mostra a instituição das festas, que originariamente nada mais são do que excessos exigidos pela lei, e devem a essa libertação também seu caráter alegre. As saturnais dos romanos e nosso carnaval atual se encontram, nesse traço essencial, com as festas dos primitivos, que costumavam iniciar com exageros de todo tipo com a transgressão de mandamentos outrora os mais sagrados. O Ideal de Eu abrange, porém, a soma de todas as restrições às quais o Eu deve se submeter, e por isso o recolhimento do Ideal deveria ser uma festa grandiosa para o Eu, que nesse caso deveria estar contente de novo consigo mesmo” (2015, p. 93).

Além das descrições mencionadas acima como resultado do apagamento momentâneo do Ideal, Freud acrescenta a *sensação de triunfo* (p. 94) entre um de seus efeitos. Como visto na seção anterior deste capítulo, a sensação de triunfo e êxito eram as descrições afetivas da mania para Freud em *Luto e Melancolia*. Logo, a sua menção nesse momento, aponta para a concepção da equivalência entre a mania e as rebeliões periódicas do Eu contra a distensão entre o Eu e o Ideal.

“na base de nossa análise do Eu, não é de duvidar que no caso do maníaco, Eu e Ideal de Eu se fundiram, de modo que a pessoa pode se alegrar em um humor de triunfo não perturbado por nenhuma autocrítica e no autocontentamento da queda das inibições, escrúpulos e autorrepreensões. É menos evidente, mas muito provável, que a miséria do melancólico seja a expressão de uma cisão aguda entre duas instâncias do eu, na qual o Ideal desmedidamente sensível faz transparecer impiedosamente sua condenação do Eu na loucura da pequenez e no autorrebaixamento” (2015, p. 94).

Na mania há uma *fusão* do Ideal do Eu no Eu, eles confluem (*zusammenfließen*), o que produz um estado de humor característico, a sensação de triunfo, a ausência de autocrítica, a ausência de repreensões, a desinibição. Como é possível constatar, em relação à apresentação fenomênica da mania, não há avanço significativo em relação a *Luto e Melancolia*, uma vez que ainda se resume à desinibição e estado de humor “triunfante”. O pequeno ganho é representado pela concepção da ausência da autocrítica.

Mas, a equivalência da explicação dinâmica entre os momentos de festa e a mania poderia também se estender às suas origens? Essa é justamente a pergunta de Freud no final do trecho acima: “Em questão permanece somente saber se devemos procurar a causa dessas relações alteradas entre eu e ideal de eu nas rebeliões periódicas, acima postuladas, contra a nova instituição, ou se devemos responsabilizar outras condições para isso” (2015, p. 94). Afinal, o mecanismo que conduz à mania é o mesmo que leva às festas periódicas tal como descrito acima? A resposta de Freud é sim, mas se trata de uma rebelião que surge após um estado muito particular de tensão entre o Eu e seu Ideal, a melancolia.

Assim, novamente voltamos ao problema da transformação da melancolia em mania. Mas, Freud faz uma observação, essa transformação não era uma “característica indispensável da sintomatologia da depressão melancólica” (*melancholischen Depression*) (2015, p. 94), já que existiriam melancolias simples sem a presença de viradas maníacas. As melancolias que transitam para a mania seriam aquelas descritas em *Luto e Melancolia*, ou seja, os estados melancólicos iniciados após a perda de um objeto, cujo processo de retirada libidinal produziu uma identificação entre o Eu com o objeto, que agora é atacado pelo Ideal.

No entanto, quanto às explicações de base para essas transformações entre os quadros de mania e melancolia, o comentário freudiano é diferente da versão de *Luto e Melancolia*. A primeira diferença importante consiste em que o conceito de loucura cíclica (*zyklisches Irresein*) dá lugar ao transtorno cíclico do humor (*zyklischen Verstimmung*), como pano de fundo para sucessão entre os quadros. Pela primeira vez, admite-se que o transtorno de base seja uma perturbação do humor. Freud confessa estar interessado pelos casos de pacientes que apresentam um sentimento geral do humor (*Allgemeingefühl der Stimmung*) que oscila entre uma depressão desmedida (*einer übermäßigen Gedrücktheit*), passando por um estado misto (*Mittlezustand*), até chegar em um bem-estar elevado (*einem erhöhten Wohlbefinden*). Essas oscilações de humor poderiam aparecer em diferentes variações de amplitude (*sehr verschieden großen Amplituden*) e a mania e a melancolia representariam os seus pontos extremos (p. 93).

Nessa versão, a descrição de Freud parece mais próxima da concepção de Kraepelin da loucura maníaco-depressiva, principalmente ao fazer referência às transformações graduais entre os estados, que podem incluir estados mistos. De fato, a concepção da variação de humor como um índice da relação de aproximação e distensão entre o Eu e o seu Ideal fornece melhores recursos para pensar em amplitudes, graduações e nas formas intermediárias. Seguindo esse critério, a diferença entre depressão e melancolia seria apenas uma questão de grau.

No entanto, embora essas considerações sejam mais consonantes com as hipóteses de Kraepelin no que se refere à explicação da vinculação entre a mania e a melancolia, o cerne da explicação sobre a mania se encontra em outro domínio. Em primeiro lugar, porque o modelo gradativo de Kraepelin não corresponde exatamente às tentativas de explicações estruturais de Freud. E, principalmente, porque a explicação da mania como rebelião do Eu tem de fato suas raízes no modelo do luto e da festa apresentado por Freud em *Totem e Tabu*.

A festa totêmica: Luto e festa

Um momento alegre e livre de inibições, após uma situação de pranto e luto. Apesar de não haver em *Totem e Tabu* (1912) menção direta à mania, acreditamos que a análise dos desenvolvimentos ali expostos possa iluminar a concepção de Freud quanto a esse tópico. Nos subitens finais do texto, a interpretação freudiana do ritual da refeição totêmica é composta por elementos similares ao exposto em *Luto e melancolia*.

O que importa a Freud, nesse momento do texto, é solucionar o que ele entende como sendo uma certa discrepância nas festas e cerimônias totêmicas, a partir das descrições de dois autores, Salomon Reinach e William Smith.

Freud primeiro apresenta os códigos da religião totêmica elencados no artigo de Salomon Reinach intitulado *Phénomènes généraux du totémisme animal* (1905), especificamente aqueles que discutem a proibição de matar e ingerir determinados animais, totem da tribo, que apenas poderiam ser mortos em ocasiões especiais, observando-se determinados ritos. À lista de Reinach, Freud insere mais um fenômeno da religião totêmica, descrito por William Smith em *Lectures on the religion of the semites. The fundamental institutions* (1927), a respeito do festim de sacrifício.

Smith considera que essas festas eram situações “configuradas com todas as circunstâncias da alegria” (p. 261), repletas de perfumes, música, vinho. Mais adiante, Smith relata que, desde os primórdios, os semitas faziam essas festas que tinham “caráter orgiástico” e que consistiam em uma espécie de “intoxicação dos sentidos, nos quais a ansiedade e a tristeza eram afogadas por um momento” e que se transformavam em “*a drunken carnival*” (p. 262). No entanto, diz Smith – e é aqui o ponto que interessa Freud –, essas festas de morte do animal totêmico, seguidas de intensa alegria, eram intermediadas por um momento de luto:

“E, de modo geral, quando um ato de adoração semítica começava com tristeza e lamentação, como no luto de Adonis, ou nas grandes cerimônias de expiação que se tornaram comuns nos tempos posteriores, uma rápida revolta de sentimento se seguia, e a parte sombria do serviço era em pouco sucedida por uma explosão de folia hilária, que, em tempos posteriores pelo menos, não era uma expressão puramente espontânea da convicção de que o homem se reconciliava com os poderes que governam sua vida e governam o universo, mas, em grande medida, uma mera excitação orgiástica. Os nervos estavam estirados à máxima tensão na parte sombria da cerimônia, e a reação natural era satisfeita pelo estímulo físico da folia que se seguia” (Smith, 1927, p. 262).

Vamos nos deter aqui, então, à parte da exposição em que Freud tenta elucidar o sentido do banquete totêmico e a passagem do luto à festa.

Ao comentar o sacrifício e o cerimonial da refeição totêmica, na qual a tribo mata e come o animal totêmico, tal como descrito por Reinach, Freud enfatiza que os membros do clã se vestem e imitam os seus gestos, agindo como ele. Nesse momento, os membros devem manifestar luto pelo animal morto, e a primeira explicação de Freud para essa manifestação é o temor: deve-se prantear o animal para assim evitar a sua vingança. O luto seria então uma espécie de defesa contra a vingança do totem. Mas, por que o luto seria seguido de festa?

Freud apresenta a festa nos seguintes termos:

“Mas depois desse luto segue-se a mais alta alegria festiva, o desencadeamento de todas as pulsões e a permissão de todas as satisfações. O discernimento sobre a essência da festa incorre a nós aqui sem nenhum esforço. Uma festa é um excesso permitido, melhor, um excesso obrigatório, um solene rompimento de uma proibição. Não é porque os homens estão em humor alegre, em consequência de alguma prescrição, que eles cometem transgressões, mas sim porque o excesso situa-se na essência da festa; o humor festivo é causado pela libertação do que habitualmente é proibido” (Freud, 1912).

Reencontramos aqui muito dos elementos que depois de *Psicologia das Massas* para a descrição das festas e da mania, o estado de desinibição, de excesso e de alegria.

A primeira interpretação para o aparecimento do humor festivo, depois da morte e pranto do animal, se explicaria pela incorporação do animal totêmico. Ou seja, após a refeição

totêmica, em que os membros do grupo se alimentaram do animal, o ato de incorporação poderia levá-los a sentirem que adquiriram as forças do totem. Assim, identificados com esse totem poderoso, os membros do clã se sentiriam santificados, em estado de beatitude:

“Temos ouvido que os integrantes do clã, através do gozo do totem se santificam, se fortalecem em sua identificação com ele e entre si. Que eles tenham assumido em si a vida sagrada, cujo portador é a substancia do totem, poderia, com efeito, explicar o humor festivo e tudo que se segue dele”

Mas a hipótese da introjeção não basta, principalmente porque ela contradiz a afirmação de Freud segundo a qual a liberação da pulsão viria antes do aparecimento do afeto da alegria. Até aqui, o modelo freudiano não admite que o afeto seja o elemento primeiro da explicação.

Nesse momento do texto, Freud retoma uma conclusão a que chegara no item anterior e que apresentaremos de forma bastante pontual, apenas para continuar com nossa análise. Após um longo caminho argumentativo, baseando-se na relação do totem com a instituição de dois tabus fundamentais (o incesto e a proibição da morte do totem), Freud declara: o totem em si nada mais é que o substituto do pai (p. 150). Outro ponto já discutido por Freud, e que passa a integrar o argumento para explicar a festa totêmica, é a hipótese de Charles Darwin sobre a organização da sociedade primitiva, da prevalente dominância de um macho mais forte. São colocados então em relação esses três fenômenos, a refeição totêmica, o totem como substituto do pai e as teorias darwinistas da sociedade primitiva, para criar uma hipótese explicativa para a contradição de luto e festa presentes nos momentos da refeição totêmica.

Assim, segundo a teoria de Darwin sobre a constituição das primeiras hordas, haveria um pai “ciumento e violento” (p. 145), detentor de todas as fêmeas, o “irrefreado pai primevo da horda” (p. 152), absolutista e autocrático. Essa figura é admirada e invejada, ao mesmo tempo em que também é temido e odiado porque representava obstáculo ao poder e à satisfação sexual dos demais membros da horda. Essa situação de submissão à plenitude do poder do pai (p. 151), chega ao fim com seu assassinato, seguido de sua devoração. Para Freud, pelo ato de devorá-lo, os membros da horda se identificam com ele, cada um se apropriando de uma parte de sua força.

É esse ato de rebeldia filial (p. 148) que se apresentará nas manifestações religiosas: “A refeição totêmica, talvez a primeira festa da humanidade, seria a repetição e a

comemoração desse ato memorável e criminoso, com o qual muita coisa tomou seu início, as organizações sociais, as restrições éticas e a religião”

No entanto, esse ato fundador, que para Freud estabelece a passagem da horda paterna à organização social do clã dos irmãos, não termina em festa. Os sentimentos ambivalentes e a afeição pelo pai, que estava antes recalcada, retornam sob a forma de remorso e de sentimento de culpa. Após um tempo de sua morte, formar-se-ia um ideal que restituiria a função do pai internamente, junto com a disposição a submeter-se a suas interdições. Essa situação gera o pacto social de organização e um conjunto de restrições que permitem a convivência entre os membros do grupo.

Portanto, esse ato de fundação é o que se repete nas cerimônias com o animal totêmico, representante do pai originário, que é morto e pranteado.

Mas, e a festa? A festa seria a recordação do triunfo sobre o pai (p. 148):

“A satisfação em torno disso faz começar a festa rememorativa da refeição totêmica, na qual as restrições da obediência posterior são invalidadas. Constitui-se o dever de repetir reiteradamente o crime do parricídio no sacrifício do animal totêmico sempre que o resultado retido daquele ato, a apropriação dos atributos do pai, ameaça desaparecer em consequência das influências mutáveis da vida”

A festa seria o momento de comemoração do triunfo sobre a dominação do pai e na qual as restrições, que foram impostas após sua morte, são temporariamente suspensas. Teríamos aqui novamente um elemento convergente com as explicações sobre a mania, qual seja, o elemento de triunfo e a superação de um estado doloroso, seguidos de desinibição e alegria.

4.3 A mania como defesa (*erwehren*)

As últimas menções à mania como resposta à distensão entre as duas instâncias do Eu são apresentadas no texto *O Eu e o Isso* (1923) e em *Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise* (1933). Embora as instâncias do aparelho psíquico que agem na mania ganhem complexidade e mais sofisticação com a formulação da nova tópica, como por exemplo os conceitos do Eu e de Ideal de Eu ou Supereu, isso não reverte em ganhos para a elucidação do problema. Pelo contrário, ele será evitado ainda mais.

Em *O Eu e o Isso* (1923), a mania é ação empreendida pelo Eu para *afastar* a vertente destrutiva do Supereu e sua tendência sádica, que operam na melancolia. O verbo utilizado por Freud para designar o que ocorre é *erwehren*, que significa resistir, afastar, defender.

“Se nos voltarmos primeiramente para a melancolia, descobrimos que o Supereu excessivamente forte, que arrastou a consciência para si, se enfurece contra o Eu com veemência impiedosa, como se tivesse se apossado de todo o sadismo disponível na pessoa. Segundo nossa concepção sobre o sadismo, diríamos que o componente destrutivo se depositou no Supereu e voltou-se contra o eu. O que está predominando agora no Supereu é como uma cultura pura da pulsão de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o Eu à morte, se o Eu não se defende anteriormente de seu tirano a tempo, através da sua virada para a mania” (1923, p. 66)

Na passagem acima, a única em que a mania é mencionada, não há descrições fenomênicas correspondentes. Certamente, ela é a menção mais pobre ao problema da mania entre as que vimos até aqui nos escritos de Freud, reduzida a uma operação de afastamento. Principalmente quando comparada às imagens anteriores, nas quais representava momentos de triunfo e de rebelião do Eu liberto, essa é sem dúvida a versão mais sóbria da mania como defesa.

Curiosamente, em *Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise* (1933), portanto na última menção à mania, na qual ela aparece no interior da dinâmica entre o Eu e o Supereu, o problema da defesa desaparece. A passagem em questão se insere nos comentários sobre o curso periódico da melancolia, com e sem a presença da mania. Na melancolia periódica simples, a distensão entre as partes do Eu desapareceria por ação do Supereu: “a crítica do Supereu silencia” (p. 67). Em seus intervalos de paz, diz Freud, o Eu voltaria a “desfrutar de todos os direitos humanos” (p. 67), até que a ação do Supereu retorne e o ciclo recomece.

Já no segundo tipo, em que há presença de mania, o mecanismo é explicado da seguinte forma:

“Em determinadas formas da doença, na verdade, passa-se algo de tipo contrário, nos intervalos; o Eu se encontra em um estado beatífico de exaltação, celebra um triunfo, como se o Supereu tivesse perdido toda a sua força ou estivesse fundido no Eu; e esse Eu liberado, maníaco, permite-se uma satisfação verdadeiramente desinibida de todos os seus apetites” (p. 67).

Quando comparada às menções anteriores, a passagem acima apresenta uma configuração nova para os termos. Primeiramente, a mania não é mais um desfecho possível da melancolia, mas um fenômeno que pode ocorrer nos intervalos (*in den Zwischenzeiten*). Se retomarmos as descrições a respeito do curso dos estados cíclicos e periódicos apresentadas no primeiro capítulo, veremos que em nenhum dos autores a mania corresponde ao intervalo entre as crises. Esse seria mais um indício de que as concepções de Freud a esse respeito, apesar de parecerem extraídas da psiquiatria do século XIX, não correspondem na verdade a nenhum dos quadros cíclicos de transtorno de humor descritos anteriormente.

Além disso, a novidade mais importante manifesta na citação acima, é que não há qualquer elemento que condicione a mania com as ações de defesa do Eu. Pelo contrário, a mania parece ser um subproduto de ações que ocorrem do lado do Supereu. Ou seja, na primeira forma de melancolia, o término do período crítico é explicado pelo silenciamento do Supereu. Na segunda forma, naquela em que há manifestação maníaca, a passagem entre os quadros não é devidamente esclarecida, mas é indicado que possivelmente o Supereu teria perdido todo o poder (*alle Kraft verloren*) ou como se ele tivesse se fundido com o eu (*mit dem Ich zusammengeflossen*). Diferentemente do que era afirmado nos textos anteriores, as modificações no Supereu não são atribuídas ao Eu. Isto é, não há indícios de que o Eu teria sido agente dessas transformações no Supereu, ainda que aproveite dos seus efeitos.

Nas menções à mania dos anos 30, também encontramos uma pequena variação no tocante as características principais do estado maníaco. Desde *Luto e Melancolia*, a desinibição e o humor exaltado eram as principais alterações que a mania produzia no aparelho psíquico. A única variação a essa descrição se afigura em *O Mal-estar na civilização* (1930), quando a mania é citada pela primeira vez sem relação com a melancolia e partindo de descrições diferentes das anteriores. Nesse texto, ela aparece como uma das formas de evitar o sofrimento, no grupo dos métodos que alteram a sensação corporal:

“Contudo, os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. (...). O mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação. Não creio que alguém compreenda inteiramente o seu mecanismo; é fato, porém, que existem substâncias estranhas, as quais, quando presentes no sangue ou nos tecidos, provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando, também, tanto as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis. No entanto, é possível que haja substância na química de nossos próprios corpos que apresentem efeitos semelhantes pois conhecemos pelo menos um estado patológico, a mania, no qual uma condição semelhante à intoxicação surge sem administração de qualquer droga intoxicante” (p. 86)

Dessa passagem, conclui-se que a mania também envolveria alteração das condições da sensibilidade, a fim de provocar sensações prazerosas e influenciar na recepção dos estímulos desagradáveis. Essa é a primeira menção literal relacionando a mania a uma alteração da sensação corporal, algo que até então apenas era inferido a partir das outras características, como um efeito secundário. Além disso, ela encontra lugar nos debates a respeito das formas secundárias da mania e das comorbidades maníacas, como visto no capítulo anterior.

Outro aspecto importante dessa última passagem textual é novamente a inclusão da mania entre os modos de defesa do aparelho contra os processos dolorosos.

4.4 Desdobramentos

No final da década e início dos anos trinta, a discussão a respeito do assunto ganhará mais atenção. Em 1927, no 10º Congresso Internacional de Psicanálise, em Innsbruck, Austria, há uma série de apresentações que ao menos tangenciam o tema da mania. Freud apresenta o texto *O Humor*; Helene Deutsch expõe *Sobre o contentamento, alegria e o êxtase*, e Sándor Radó, o trabalho *O problema da melancolia*, no qual dedica alguns parágrafos à mania. Em seguida, e pela primeira vez, dá-se uma tentativa de falar exclusivamente da mania com a apresentação de Karl Landauer, intitulada “Sobre a psicologia da mania”. No *Boletim*, infelizmente, o resumo da conferência de Landauer aparece de modo bastante esquemático e, ao contrário das outras comunicações, sua conferência não foi publicada como artigo posteriormente.

Mas de fato, como mencionamos no capítulo anterior, é a partir dos anos 30 que a mania progressivamente conquista um espaço maior nas publicações psicanalíticas, com um condicionante. Os artigos versam em sua maioria sobre aquilo que os analistas entendem ser expressões mais leves da mania, a elação e a hipomania. Os casos graves ainda são estudados exclusivamente na esfera de textos referentes à psicose maníaco-depressiva.

Embora certamente tenham relevância, esses autores não introduziram transformações substanciais nas concepções de Freud e Abraham a respeito da mania. Há comentários clínicos, apresentações de casos, pequenas modificações, mas o cerne dos modelos explicativos que apresentamos anteriormente não se altera. Não estamos aqui considerando, como já dissemos anteriormente, as modificações que o tema recebeu nas diferentes escolas

de psicanálise, sobretudo com Melanie Klein, que certamente merece um estudo exclusivo para si. O que afirmamos é que, entre os continuadores da obra freudiana, nos anos subsequentes, não houve verdadeiras viradas explicativas nos modelos construídos em sua parceria com Abraham. Mesmo quando há importantes avanços em relação à questão da melancolia, por exemplo, como no texto de Sándor Radó (1927), elas não trazem modificações substanciais a respeito da questão da mania.

Essa circunstância se comprova por alguns exames sobre o estado da questão, como o que aparece em Fromm-Reichmann *et al* (1953). Em seu estudo de revisão sobre a psicose maníaco-depressiva na psicanálise, após um exame demorado a respeito da depressão, os autores comentam:

“O aspecto maníaco da psicose maníaco-depressiva em geral suscitou menos atenção por parte dos psicanalistas, provavelmente porque o paciente maníaco não procure ajuda terapêutica com tanta frequência, a não ser que tenha de ser hospitalizado” (p. 22).

Além de também levantar hipóteses similares a esta, Lewin (1941) considerava que talvez houvesse outro fator determinante para esse estado de aridez nos estudos sobre a mania. De acordo com suas observações, os pacientes em hipomania seriam “inacessíveis ao método” (p. 86) psicanalítico e isso poderia contribuir para a situação de desconhecimento da dinâmica desses estados quando comparados aos avanços já realizado em relação à depressão.

Antes de explicitar as principais linhas de interpretação da mania que figuraram entre os psicanalistas pós-freudianos, cabe ainda sublinhar mais uma característica importante desses textos. Ela se refere ao fato de que as considerações da psicanálise a respeito da mania a tratam como um único fenômeno. Isto é, não existem diferentes tipos de mania. Seja como hipomania, quadros circulares, estados de elação, a mania é a mesma. A ressalva feita por Freud a respeito da existência das muitas formas de melancolia, que poderiam diferir quanto a sua natureza, formas e quanto ao seu curso, não se estende à mania. Nem em Freud nem nos outros autores.

É verdade que houve um pequeno avanço nesse ponto quando comparado à obra freudiana, pois os continuadores da pesquisa da mania em psicanálise propõem uma gradação que iria da elação, passaria pela hipomania e chegaria à mania. No entanto, nos autores consultados, essa diferenciação tem o significado de progressão da força e impacto da reposta maníaca ao sofrimento, mas não é discrepante quando comparadas entre si no que diz respeito a sua dinâmica. Quem melhor ilustra essa concepção é Lewin (1950), para quem a elação

seria um “ataque maníaco-depressivo em miniatura” (1941, p. 86). Em um texto anterior, Lewin já havia sustentado também algo parecido em relação à hipomania e a mania:

“Meu uso de ‘hipomania’ não me compromete a nenhuma nosologia. Eu concordo inteiramente com Zilboorg em considerar ‘hipomania’, ‘maníaco-depressivo’, etc., como tipos de reação de pureza maior ou menos típica, de acordo com as visões bem conhecidas de Adolf Meyer” (Lewin, 1932, p. 58)

Essa equivalência também se apresenta no artigo de Pao (1971), quem considera que o fator desencadeante e o tipo de reação que a hipomania e a mania representam seriam o mesmo, apenas diferindo em termos de sua complexidade e sua repercussão:

“Tanto a mania quanto a hipomania ocorrem no caso de uma perda de objeto ou uma decepção. O quadro clínico é frequentemente descrito como hipomania ou mania em relação à extensão do comprometimento de várias funções do Eu. Alguns pacientes sofrem apenas de hipomania e nunca de mania; outros sofrem o contrário. Na hipomania, a negação do significado de uma perda é o conflito central; na mania, o conflito é mais complexo por causa da adição de várias defesas contra impulsos agressivos intensificados” (Pao, 1971, p. 792).

Na qualidade de fundamento central para a relação, a hipomania e a mania irão se alternar em três tipos de explicação, próximos às hipóteses de Freud e Abraham a respeito do quadro maníaco e não excludentes entre si. A primeira explicação consiste na concepção segundo a qual a mania representa uma regressão à fase oral do desenvolvimento libidinal, levando a comportamentos similares ao psiquismo infantil. A segunda é a versão da mania como um tipo de reação de defesa contra o sofrimento, que pode variar da depressão a outras experiências de fracasso. O terceiro modo de explicar a mania seria a representação da fusão entre o Eu e o Supereu.

Além disso, como pano de fundo de todos os textos, afigura a concepção de que a mania representa uma experiência de prazer. Recordemos a carta de Ferenczi escrita a Freud, mencionada no capítulo anterior, na qual comentava o texto de Otto Gross e fazia referência a seu paciente, que lembrava o personagem Peer Gynt de Ibsen. Ferenczi escreve: “o otimismo colossal desse paciente me lembra a produção maníaca de prazer” descrita por Gross em seu estudo (carta 16 fevereiro de 1910).

Também pudemos acompanhar neste capítulo, a propósito do modelo freudiano de *Luto e Melancolia*, como em sua obra a mania não se diferencia dos sentimentos de exaltação e do sentimento de triunfo. Apenas em uma versão, ela ganha os tons da rebelião, mas sem deixar de ser comparável às festas. No primeiro modelo de 1917, a mania tem o carácter similar a uma catarse em sua descrição da grande disposição de energia libidinal para o seu

dispêndio. Nos modelos freudianos subsequentes, ela é o meio pelo qual se afasta o sofrimento, seja afastando o Supereu, seja através da hipótese da substância corporal feita em *Mal-estar na civilização*, que minora o mal-estar assim como o fazem as substâncias tóxicas.

Todos estes modos de conceber a mania a coloca no campo externo à série de mal-estar, inibição, sintoma, angústia. Isto é, ao inserir a mania entre os métodos para afastar o sofrimento do eu, ela foi retirada do campo do psicopatológico, uma vez que ela é a uma reação de defesa contra ele. Em nossa leitura, como já sugerimos nos primeiros capítulos dessa tese, tal concepção conduziu a uma espécie de achatamento do significado do sofrimento na mania e a um empobrecimento nas apresentações de sua sintomatologia concebidas pela psicanálise para o quadro. Por exemplo, em *Luto e Melancolia* (1917), Freud assinala que a insônia seria um sintoma frequente no quadro da melancolia, mas nada é dito sobre a insônia na mania. Como vimos no segundo capítulo, a sintomatologia da mania já estava bastante avançada quando Freud decide escrever a seu respeito e, obviamente, não se trata aqui de um desconhecimento sobre sua fenomenologia, mas de um modelo explicativo que não comporta as perturbações descritas para a mania pela psiquiatria do século XIX.

Também essa marca permanecerá nas interpretações subsequentes sobre a mania, como destaca Rosenfeld em sua revisão dos textos psicanalíticos correspondentes: “A maioria dos analistas insiste sobre a produção de prazer na mania. Atribuem-no seja a uma liberação dos instintos, liberdade das inibições ou ab-rogações do Supereu, a uma regressão ao narcisismo ou à fase oral, ou a uma regressão ao princípio do prazer” (Rosenfeld, p. 333).

É verdade que em Abraham já havia menção à presença de sentimentos de hostilidade na mania e, progressivamente, esse aspecto ganha mais atenção (Deutsch, 1933; Fromm-Reichmann *et al*, 1953), mas ainda assim, isso não foi suficiente para transformar a natureza das interpretações anteriores.

O mesmo ocorre em Katan (1953/1977), que apesar de estabelecer uma divisão entre sintomas primários e secundários na mania³, concebe-a como uma forma de restituição do eu: “na mania, a tentativa de restituição está no centro do processo e visa resolver o conflito existente com a realidade. Para atingir esse objetivo, a mente recorre ao princípio do prazer” (p. 154). Katan considera que não seria totalmente bem-sucedida porque essa “produção de prazer que leva à cura das feridas narcísicas, leva a um acréscimo das agressões do id” (p.

³ Segundo sua organização, os sintomas primários, o afeto de prazer, a fuga de ideais e a prontidão para a ação, seriam as tentativas de restituição do eu. Os sintomas secundários, as negações, a projeção, o exibicionismo, seriam tentativas de proteção da restituição (p. 173).

171), e “engajada no esforço de produzir prazer e não consegue resolver o conflito” que tentava solucionar (p. 156). Mas, no final, sua conclusão permanece similar a dos outros autores em relação a relação da mania com o prazer: “a tarefa mais importante na mania, a meu ver, é a produção de prazer” (p. 167). A produção do afeto de agressão é um efeito colateral de seu processo.

Outra constante nos autores analisados refere-se à concepção de acordo com a qual a mania poderia ser um tipo de reação a diversas formas de sofrimento, não apenas à melancolia. É certo que as últimas menções à mania no texto freudiano já indicavam essa possibilidade, mas nos autores referidos, essa concepção é declarada, principalmente quando se referem aos estados de elação e de hipomania. Por exemplo, para Dooley (1918), a mania como fase da psicose maníaco-depressiva poderia ser entendida como uma tentativa de defesa contra a percepção do fracasso. Para Fromm-Reichmann *et al.* (1953) a mania poderia significar a defesa contra os sintomas depressivos, mas também “pode ser pensada como uma função defensiva contra a desintegração da personalidade ainda maior, representada pelo estado esquizofrênico” (p. 74). Finalmente, Freeman (1971) estende essa possibilidade de defesa ao máximo ao compreender a mania como uma forma de reação que poderia ocorrer em um grande número de casos: “todas ou várias das suas manifestações clínicas podem ser encontradas em outras doenças mentais - na esquizofrenia e nos estados mentais orgânicos” (Freeman, p. 479).

Contudo, essa visão da mania como uma resposta contra o sofrimento que visa retornar a um estado de prazer ganhou novas imagens para além daquelas concebidas por Freud e Abraham. Por exemplo, Radó (1927) assevera que a mania “reproduz as manifestações desenfreadas do instinto do eufórico lactante saciado” (p. 268), reproduzindo a felicidade oral narcísica, o “sentimento do orgasmo alimentício” (p. 259), a situação de prazer de mamar no seio materno. Fromm-Reichmann *et al.* (1953) vai no mesmo sentido e concorda com a interpretação de Radó ao equiparar a experiência do maníaco com a experiência do bebê no seio materno:

“O clima feliz de euforia nega o conhecimento empírico e adquirido da realidade e o substitui por fantasias que contradizem as frustrações e as privações. Essas fantasias carregam consigo uma feliz certeza - a repetição da experiência subjetiva de haver sido amamentado” (Fromm-Reichmann *et al.*, 1953, p. 24).

Um segundo modelo de interpretação para a mania, bastante inventivo, pode ser encontrado em Lewin (1950), quem compara o estado maníaco ao estado narcísico do sono. Mas não é qualquer sono, é o sono do bebê após a mamada:

“A mania, então, poderia ser comparada ao sono se especificarmos o tipo de sono a que nos referimos, e se levarmos em conta que sonhos de diferentes graus de complexidade e com uma quantidade variável de censura também fazem parte do sono como o conhecemos. A mania poderia, portanto, ser uma espécie de sono, contudo distante do torpor. Assim considerada, uma típica elação ou mania se assemelham em sua realização lúdica de desejo ao sonho de uma criança pequena. Basicamente, elas seriam a vida dos sonhos do Eu narcísico do prazer, se for possível conceder uma vida dos sonhos a uma construção ideal desse tipo. Idealmente, elas também estariam livres de ansiedade e qualquer outro afeto que não fosse o bom humor” (p. 421).

Como vemos, boa parte dos psicanalistas que escreveram sobre a mania concordam com a hipótese da regressão a uma fase do desenvolvimento libidinal primitiva oral, ressaltando que se trata de uma fase anterior à fase esquizofrênica, e também concordam a respeito do lugar central que a satisfação das pulsões orais tem na mania (Fromm-Reichmann *et al.*, 1953, p. 36; Katan, 1953/1977). Além disso, os autores enfatizam que isso faria com que a mania apresente características do psiquismo infantil (Dooley, 1918; Fromm-Reichmann *et al.*, 1953). Quanto a esse ponto, Blalock (1936) é bastante claro: “A reação maníaca representa uma regressão às primeiras expressões do narcisismo. A sintomatologia indica o grau de regressão. A sintomatologia contém muitas referências a formas de pensar, agir e sentir da primeira infância” (p. 341).

Finalmente, a última explicação para a mania descrita por esses autores, e que está relacionada a outras duas anteriores, é que a mania equivaleria a um estado de fusão entre as instâncias do Eu e do Supereu, na qual o Eu estaria livre e satisfeito, voltando a um estado anterior de prazer, no qual não seria incomodado pelas exigências do Supereu. Esse modelo proposto por Freud em *Psicologia das Massas* (1921) recebe algumas interpretações e versões diferentes. Para Blalock,

“A reação maníaca representa uma solução ou ‘saída’, na tentativa do paciente de resolver seus problemas particulares. O objetivo parece ser um estado de satisfação ou felicidade narcísica em que ideias dolorosas são negadas, as inferioridades são compensadas e o Eu é onipotente” (p. 341)

Esse estado de onipotência poderia advir como uma consequência daqueles modelos de reação maníaca descritos acima. Por exemplo, Lewin, ao fazer a comparação do estado do Eu na mania com o sono infantil, assevera que “na mania, o Supereu desaparece, unindo-se ao Eu” (Lewin, 1950, p. 419). Portanto, segundo essa leitura, a fusão implica no desaparecimento do Supereu. Já para Katan, o eu recobriria na mania o poder que havia perdido durante a depressão (p. 168), porque ela é uma reação na qual “o Eu e o Isso trabalham em estreita cooperação” (p.171).

No entanto, além das figuras do desaparecimento e da cooperação, uma das mais conhecidas versões a respeito da fusão do Eu e do Supereu na literatura foi a proposta por Lewin (1932), em um texto anterior, no qual concebe o ataque hipomaniaco como a repetição da cena de coito vista pela criança, na qual ela está identificada com o pai e com a mãe (1932, p. 56).

As interpretações de Lewin estão referidas ao caso de uma paciente que apresentava sintomas histéricos e que, durante uma semana, também apresentou sintomas de hipomania. O início destes sintomas ocorre após a paciente ver o analista conversando com outra paciente em sua sala de espera, e as associações durante a sessão seguinte se dão no sentido de surpreender pessoas durante o coito (p. 45). Em seguida, a paciente passa a relatar imagens de fusão relacionadas com o conteúdo sexual e com o conteúdo místico religioso. Assim, no primeiro sonho relatado, após a cena no consultório, ela assumia a posição passiva e ativa em situações sexuais. Paralelamente a este tipo de associação, começam a surgir conteúdos relacionados a união mística e à sensação de extase religioso. Por exemplo, uma das falas da paciente referem que ela “havia sentido um desejo extático de se unir com Deus, ou de uma unidade mística com alguma entidade superior, seja divina ou mundana, como a Igreja” (1932, p. 46). Em outra cena, agora referida às suas fantasias masturbatórias, ela dizia:

“No orgasmo eu me dissolvo na outra pessoa. É difícil descrever, mas há uma certa unicidade, uma perda do meu corpo na outra pessoa, como se eu fosse parte dele sem a minha identidade individual, e, uma vez nele, também sou parte de um todo maior. Em outras vezes, eu sou o indivíduo dominante e ele o perdido, para que eu me torne o todo perfeito. É algo como se alinhar a uma grande causa como o Cristianismo ou o sufrágio feminino, uma entrega completa do eu (*self*) dentro deles” (p. 48).

Lewin conta que a paciente havia dormido no quarto dos pais por alguns períodos e supõe uma série entre a visão do coito, os conteúdos de fusão, a hipomania e o extase místico. De modo que o conteúdo de fusão representado nessas cenas e o ataque de hipomania poderiam estar estruturalmente relacionados com a visão da cena do coito (p. 50).

Apesar dessas três tentativas de recuperar a ideia fundamental de fusão de Eu e Ideal de Eu, convém retomar uma observação de Rosenfeld sobre as dificuldades imanentes à concepção freudiana. Pois Rosenfeld (1964) considera ser difícil “conciliar a descrição da rebelião periódica do Eu contra o Ideal com a teoria da fusão do Eu com o mesmo Ideal de Eu, em uma união completamente satisfatória” (p. 297) porque a ideia da fusão remete à restauração de um narcisismo sem limites, a figura do sentimento oceânico do mundo e não combina com a imagem da rebelião do eu. Rosenfeld propõe que “o conceito de mania em Freud poderia se tornar mais compreensível se considerar-se a existência dos dois aspectos do Supereu, isto é, a consciência persecutória e crítica, e uma ideal, o Ideal do Eu” (p. 298) de modo que a rebelião ocorreria em relação à primeira vertente, e a fusão à segunda.

No entanto, para além da contradição teórica apontada por Rosenfeld, veremos no próximo capítulo como a concepção de fusão do Eu e seu Ideal também coloca impasses para a clínica com os pacientes em crise maníaca.

V – “Eu não era mais eu”

No capítulo anterior, vimos como alguns psicanalistas, seguindo as teses freudianas de *Psicologia das Massas*, procuraram aprofundar as teses a respeito da situação do Eu na mania. Como observamos, a conclusão rezaria, de modo geral, que a mania resulta em um Eu liberto do Supereu, dando ênfase às descrições freudianas da festa e do carnaval como estados análogos à manifestação da mania. Essa ideia de fusão teve certamente o mérito de trazer à perspectiva conceitual uma abordagem mais robusta acerca da condição do Eu na mania.

No entanto, o comentário de Rosenfeld sobre a dificuldade teórica envolvida no conceito de fusão com o Supereu não é de modo algum uma exceção, principalmente quando se têm em vista diversos casos clínicos que contrariam este conceito. Pois, desde o primeiro caso apresentado em nossa tese, aquele de Francisco, até os casos subsequentes, seja nos depoimentos dos pacientes seja na hipótese de alguns autores, a ideia de que o Eu se transforma em outro na mania não se resume apenas a uma versão de si desinibida, dotada de humor exaltado.

Certamente, seria possível entender a forma desinibida de si mesmo como um outro, como uma forma de falar de si durante essas condições. Mas, nos relatos dos pacientes, observa-se frequentemente uma descontinuidade entre o Eu e esse Outro. Retomemos aqui a frase de um dos pacientes: “Você já viu aquele filme ‘*O médico e o monstro*’? O médico inventa uma poção que faz ele se transformar em monstro. Mas quando ele volta, ele está desmilinguido. A mania é assim”.

Contudo, essa autopercepção do maníaco não tem, como temos buscado insistir desde o início, nada de inédito. Todas as versões presentes em Pinel ou Griesinger a respeito da transformação em outro iam nesse sentido. Bem antes deles, Burton já havia considerado a licantropia como um fenômeno da mania em que ocorre uma total transformação na percepção de si mesmo, e justamente como um ser animal poderoso e feroz.

Além desse transformar-se em outro, observa-se em muitos casos clínicos, embora não em todos, um outro traço característico da mania que não transpareceu na literatura sobre suas formas de apresentação: a tendência a colocar em questão o *Nós*.

Essas rápidas considerações iniciais têm o propósito de chamar a atenção para o descompasso entre os relatos de alguns casos clínicos e as noções mais arraigadas da mania no campo psicanalítico. Ao chamar a atenção para esse descompasso, no entanto,

consideramos a possibilidade de reinterpretar, no interior da perspectiva psicanalítica, o fenômeno da mania, de tal modo que seja possível dar conta desses dois traços destacados: a transformação radical do Eu e a assunção de um ser coletivo, cujas afinidades com os sintomas da mania estudados no capítulo dois são notáveis.

Além disso, convém ressaltar que a posição deste capítulo não pode ser subordinada. Na ordem da investigação, na realidade, seu conteúdo deve ser visto como aquilo que deu início à preocupação de estudar o fenômeno da mania. Só então a história do conceito, sua sintomatologia, e principalmente sua articulação teórica em Freud e em outros autores fundamentais da psicanálise foram abordadas. Dessa maneira, é preciso chamar a atenção para a diferença entre a ordem da investigação e a ordem da exposição.

Passemos então aos relatos.

5.1 Rosa e a revolução

Já é começo da noite e eu estou no fim do expediente de trabalho em uma clínica psiquiátrica na cidade de São Paulo. Deixo a porta da sala de atendimento aberta enquanto faço anotações e preencho os prontuários acumulados entre um atendimento e outro. Os pacientes estão jantando no refeitório e os que retornam à unidade de internação passam por mim e apenas acenam. De repente, uma moça entra na sala e sai de forma apressada. Pelo que posso observar de seu estado, a saída apressada não se deve à percepção de um engano, como alguém que nota subitamente que entrou na sala errada. Ela entra e sai da sala diversas vezes, caminha em ritmo rápido, a expressão do seu rosto é de aflição.

Noto que se trata de uma moça bastante jovem, que não tinha visto ali até então. De fato, Rosa é nova no lugar, chegara há pouco. Novamente, ela entra e sai da sala e ainda mais uma vez, e de onde estou vejo que ela caminha no corredor. Rosa volta à sala e me diz que precisa de “ajuda”. Pergunto o que posso fazer por ela. E sua resposta é que está há três dias sem conseguir dormir e desde então, está “sendo levada de hospital a hospital para conviver com loucos” por seus pais.

Eu a convido a sentar-se e peço para que me explique melhor o que está acontecendo a fim de que eu possa tentar ajudá-la. Por poucos minutos, Rosa consegue permanecer sentada e falar a respeito dos eventos que precederam sua internação. Ela me conta que estava na

faculdade, com muitas pessoas. A partir desse ponto, Rosa fala rápido, intercalando diálogos, fragmentos de cenas, impressões sobre objetos da sala de atendimento, e eu não consigo acompanhá-la. Ela sai novamente e volta à sala. Consegue então dizer que não sabe em que ano se encontra neste momento, pois “vive no passado, no presente e no futuro”.

Ela volta a sentar-se e começa a falar. Rosa modifica os temas constantemente sem desenvolver o que havia iniciado, mas consegue articular as frases seguintes, enquanto chora e pede ajuda. Conta que “o mundo está acabando” e que, no final, todas as pessoas serão iguais: “Depois da revolução as pessoas vão rir e falar igual”. Chora e diz estar com medo porque então sua namorada poderá “gostar de todas as outras pessoas”, uma vez que ela já não será mais diferente dos demais.

Ela levanta e sai da sala. Ela caminha pela unidade de internação, fala com outros pacientes, vai e volta constantemente pelos corredores.

5.2 João: um super-herói a serviço da justiça

João tem 30 anos e acaba de chegar à internação psiquiátrica. Embora esta já fosse a sua terceira internação nesta instituição, aquela era a primeira vez que eu o atendia.

Assim que foi admitido ali, João foi logo trazido à sala de atendimento pela enfermeira chefe, algo inabitual para o protocolo de atendimentos naquele serviço. Ela já o conhecia das internações anteriores e diz “Conversa um pouco aqui com a Renata”, como se ao deixá-lo na sala, ela pudesse se livrar um pouco de sua agitação que atrapalha a rotina da equipe de enfermagem. Há um tom de humor na situação, ele ri e parece estar à vontade ali.

Bastante desenvolto, ele se apresenta, me cumprimenta, como se estivesse em casa. Esse aspecto poderia estar relacionado ao fato de João já conhecer o serviço e as pessoas que trabalham ali, mas havia outros pacientes na mesma situação, e no geral o retorno à internação não costumava ser motivo para tantos sorrisos. Há algo estranho na situação, João é diferente dos pacientes que já atendi ali por algum motivo que não consigo identificar.

Eu pergunto a ele o que o trazia ali e ele responde: “Eu estou aqui apenas para dar um tempo porque estou sem casa. Vou esperar aqui enquanto minha família procura uma casa para mim. Já que tenho convênio médico, vou esperar aqui”. Pergunto o que aconteceu com a sua casa e ele me conta que o seu casamento acabou após ele fumar uma “pedra de crack”:

“Eu usei crack e nosso relacionamento crack”. Ele ri, brincando com o significado da palavra para língua inglesa e sorrindo. Nesse primeiro momento, não demonstra se sentir incomodado por essa situação ou por qualquer evento, nem mesmo pelo fato de estar internado. Ele parece realmente estar em casa.

Essa é a única pergunta que consigo fazer, tamanha é a rapidez da fala de João. Ele emenda uma frase na outra, um assunto no outro, mas eu não consigo acompanhar a ligação entre os temas. A certa altura, ele conta que está compondo canções para a sua banda e começa a cantar suas músicas. Canta uma música após a outra, reproduções das melodias, os efeitos dos instrumentos, sem pausa. Ele intercala frases em português, passa para o espanhol e depois para o inglês, tanto nas canções quanto no que comenta depois. Não consigo acompanhar os encadeamentos, mas noto que João não narra eventos, mas emite opiniões sobre o mundo, a situação do capitalismo, a necessidade da liberação das drogas, a justiça e a distribuição de renda.

Neste momento, ele, que está sentado a minha frente, decide me mostrar as suas mãos. Vejo que elas estão muito inchadas e com muitas escoriações. Eu pergunto o que aconteceu e ele diz que, na noite anterior, fez “justiça”, dando murros em dois homens que ameaçavam uma “pessoa indefesa”. João me conta que também já fez “justiça” contra pessoas corruptas em seu local de trabalho.

João então fala, no tom de quem faz uma revelação, que desde de que lhe foi prescrito lítio¹, algo aconteceu em seu corpo: “Eu tomo lítio há muitos anos, ele é um metal. Já tem muito metal no meu corpo. Eu sou o Wolverine²”. Nesse momento, eu noto que tanto a roupa e quanto o seu corte de cabelo são como as do personagem da história em quadrinho.

Ele diz ter “poderes telepáticos” e que “psicografa mensagens” das três entidades que o acompanham. Nesse momento, pergunto o que são as entidades. Ele responde que as entidades são uma “ficção que tem efeito, elas não são reais. Elas são reais, mas não posso falar sobre isso aqui no hospício”. Ele ri. Diz que, além delas, também é acompanhado por dez panteras negras que são controladas por sua mente, e que elas o protegem.

¹ O carbonato de lítio é uma das principais drogas psiquiátricas utilizadas no tratamento farmacológico da mania (Healy, 2008).

² Personagem das histórias em quadrinho, cujo esqueleto é revestido de metal resistente que lhe confere força, liberando garras afiadas nas mãos, e cujo corpo é dotado de incrível poder de regeneração.

Ele conta que escreverá um livro com as mensagens psicografadas e que demorará sete anos para ficar pronto e terá 700 páginas. Mas, para conseguir escrever, ele precisa fazer uso de substâncias psicoativas, como álcool e a maconha, pois elas o ajudam com essa tarefa. Mesmo que isso deixe a sua família irritada.

João diz não ter medo porque “todo o homem tem um contrato espiritual” no qual se determina quanto tempo viverá e qual a “sua missão na Terra”, e que ele é uma das poucas pessoas que têm conhecimento sobre o respectivo contrato. Em seu contrato, está escrito que ele viverá por muitos anos e, por isso, diz não preocupar-se com as consequências do uso de substâncias e de seu envolvimento constante em brigas: “Eu tenho uma missão importante de doar dinheiro aos pobres e defender as pessoas que estão sendo agredidas. A entidade que me controla nessas horas é uma que me protege da injustiça”. João conta que, como é feito de metal e, não apenas de carne e osso como as outras pessoas, isso lhe ajuda no momento de “fazer justiça”.

Além de ser Wolverine, João me diz que é uma das reencarnações de Jesus: “Jesus reencarnou no ano de 1978 em dez mil homens e eu sou uma dessas pessoas. A minha missão é ajudar e educar”.

5.3 Carlos e a pequenez do mundo

Nas reuniões de equipe, o caso de Carlos, 57 anos, já havia sido mencionado pela enfermeira chefe do setor. Segundo ela, na entrevista de admissão, os familiares disseram que Carlos havia sido diagnosticado como tendo transtorno bipolar há muito anos. Desde então, as crises se repetem anualmente, com necessidade de tratamento em internação em dez delas. Usualmente, suas crises se iniciam com diminuição da necessidade de sono. Em seguida, ele começa a fazer gastos excessivos, “com viagens para outras cidades, hospedando-se em hotéis caros”. Depois das crises, ele “entra em depressão”, com culpa e vergonha pelo que fez, além de isolamento social durante aproximadamente dois meses. Desta vez, a família notou suas horas de sono estavam diminuindo e contaram que Carlos havia pedido ajuda. Mas, antes que pudessem fazer qualquer coisa, ele fugiu de casa. Ele foi encontrado no dia seguinte, nu, correndo em uma estrada.

Nas primeiras semanas de internação, Carlos não quer ser atendido. Ele fica sozinho durante boa parte do tempo, perto da porta da unidade de internação, e conversa apenas um pouco com as técnicas de enfermagem que ficam no posto próximo à porta.

Quase prestes a receber sua alta médica, ele entra na sala em que me encontro preenchendo prontuários, com a porta aberta. Bastante simpático e sorridente, ele se apresenta, pergunta o meu nome e diz que já está “velho”. Ele conta que sabe que está ficando velho porque “quando a gente vai ficando velho, começa a contar causos”. Eu o convido a sentar-se e peço então para ele “contar seus causos”.

Carlos começa a contar a história da sua vida desde a juventude, sobretudo sobre a sua escolha profissional. Ele conta que gostaria de ter sido piloto de avião, mas que foi desencorajado pelo pai, que era militar do exército. Escolheu outra profissão, na qual se sentia realizado.

Estava trabalhando, já casado, quando teve a primeira crise, aos 26 anos: “Meu cérebro nunca mais funcionou do mesmo jeito, a minha memória ficou ruim. Acho que colocaram alguma coisa na minha bebida, eu não era assim”. Na época, durante o período da ditadura militar, percebeu que um grande amigo estava envolvido com “alguma coisa”. Seu pai havia lhe avisado para “não se envolver com nada”. Quando pergunto sobre o amigo e a situação, Carlos é bastante evasivo, como também o é ao se referir aos acontecimentos que precederam sua recente internação. Ele conta apenas que estava a caminho de ir “pagar uma promessa para um amigo”. Diferente de outros casos, percebo que Carlos evita falar sobre os assuntos que se referem às suas crises, sobretudo sobre um determinado momento da crise.

Ele passa a falar sobre sua paixão pelo futebol: “Eu gosto mesmo é de futebol. Eu jogava por duas, três horas seguidas. O médico disse que eu tinha que aprender a respeitar os limites porque os outros meninos tinham vinte, trinta anos e eu estava forçando. Mas era uma regra assim: quem não fez gol, joga mais quinze minutos”. Chama a minha atenção o fato de Carlos precisar que o médico precise lhe dizer sobre os limites de seu corpo, sobretudo quanto à sensação do cansaço.

Depois disso, Carlos conta como conheceu a sua esposa, com muitos detalhes. Diz que em um dos aniversários dela, ele decidiu que queria fazer uma “festa com música”. Na ocasião, ele foi até uma loja de instrumentos musicais e comprou “todos os instrumentos da loja”. Segundo ele, assim que a esposa soube, “mandou devolver tudo. Às vezes, a crise é assim”.

Eu pergunto: Assim como? E ele responde sorrindo: “Ah! Aí o mundo fica pequeno! Quero comprar tudo. Fico tolerância zero. As emoções afloram, é um conjunto de coisas. Mas não é que as coisas levam à crise, é que eu já estou mais sensível e aquilo me faz mal”. Eu pergunto a ele se sabia o que havia lhe feito mal dessa vez e ele diz que estava triste com um acidente aéreo com um time de futebol. Conta que ficou muito triste porque que não gosta de ver “pessoas jovens morrerem”. Carlos faz comentários sobre a “imperícia do piloto” e explica sobre o que era necessário fazer com a aeronave para que o acidente não ocorresse. Para ele, o acidente ocorreu por causa da “ganância”. Carlos afirma que não se conforma em ver jovens morrerem.

Essa foi a única conversa que tive com ele, que logo recebeu alta da internação.

5.4 Jorge e a lei da doação

Jorge tem 29 anos e foi trazido à internação por sua esposa e por seu pai. Alguns dias separam a data entre sua chegada e o seu atendimento e, embora as técnicas de enfermagem me digam que ele estava muito agitado no dia de sua admissão, quando o chamo para vir à sala, ele parece bastante calmo. Ele me conta que sua alta já está programada para dali a poucos dias, que já sabe seu diagnóstico e que faz tratamento para “transtorno bipolar” há muito tempo. “Eu já vivi isso antes”, ele diz. Conta que seu primeiro surto ocorreu há 10 anos. Pergunto como foi, e ele conta com detalhes. Sua fala é espontânea.

“Quando eu consegui tudo o que eu queria na carreira, eu comecei a ter desejo de conhecimento. Comecei a ler sobre o que não tinha resposta: quem somos, aonde vamos, a origem da vida. Comecei a ler Nietzsche, a Bíblia, a Cabala. Todos os estudos sobre religião que eu havia ignorado por causa do meu pai, que é ateu comunista. Quando o meu coração foi tocado, comecei a recordar-me de conhecimentos de física, matemática, da 5ª série. Coisas que não lembrava mais. Comecei a ligar todos os conhecimentos, todos os pontos. Comecei a falar para todo mundo, só falava disso. Eu me sentia o mar inteiro, não apenas uma gota no oceano”. Jorge diz que, neste momento, “aprendi a lei da doação e que dar tudo para todo mundo, fazer o bem sem olhar a quem”.

Quando isso ocorreu, ele continua, ele trabalhava na mesma empresa em que seu pai trabalhava: “Meu pai é meu ídolo. É tudo para mim”. Jorge me conta que ele tem a mesma profissão exercida pelo pai e que, na época desse primeiro surto, havia conseguido a mesma

posição que o pai ocupava na mesma rede de bancos. Conta que, depois do surto, ele mudou de cidade, mudou de empresa e de cargo e que pouco tempo depois se casou.

Segundo ele, mais recentemente, encontra-se “muito bem financeiramente”, possuía os “bens que queria”: carro, apartamento, viagens. Conta que se sentia bem e que seguia o tratamento psiquiátrico. O filho nasceu há pouco tempo e então passou a pensar: “Eu não posso errar. Tenho que ser bom para ele como meu pai foi para mim”. Chora e afirma que se sente “culpado de ter transtorno bipolar. Para mim tomar remédio significa impotência. Sou um traidor, me sinto o coco do cavalo do bandido. Minha vida estava perfeita. Tenho tudo que quero, tudo com o que sempre sonhei. Deus fez a gente perfeito. O homem que estragou”.

5.5 Marcelo, subir na hierarquia

Marcelo tem 28 anos e foi trazido à emergência psiquiátrica por seus familiares, onde fica internado durante quatro semanas. Essa é a sua primeira internação, a primeira crise maníaca.

No dia do primeiro atendimento, ele caminha sem parar pela enfermaria, conversa com todos os pacientes, atribui significação a todas as cores e objetos a sua volta. O atendimento é feito no jardim, em caminhada acelerada, pois ele não consegue permanecer sentado. Eu digo a ele que vou acompanhá-lo em sua caminhada no jardim e ele aceita, embora inicialmente um pouco desconfiado. Damos voltas seguidas no jardim. Percebo que, diferentemente de outros pacientes que costumam fazer exercício físico caminhando no jardim, a caminhada de Marcelo tem outra função, é quase uma caminhada automática.

Eu pergunto a ele o que aconteceu para que tivesse sido trazido à clínica e ele conta que trabalha em uma empresa e me diz um nome. Eu digo que não conheço essa empresa e pergunto do que é: “uma empresa de desenvolvimento e comercialização de hardware e softwares”. Nesse primeiro contato, eu percebo que apesar de não conseguir parar de andar, Marcelo consegue manter uma conversa em forma de diálogo.

Conta que, nos três últimos meses, trabalhava 18 horas por dia, como estagiário. Ele explica que, nessa empresa, pode-se ir de “IC 0 a IC 5”. Ele diz: “eu era IC 0, na hierarquia da empresa eu estava abaixo da linha da miséria”. Marcelo conta que trabalhava mais que “o

chefe do seu chefe. Eu trabalhava mais que o IC 5, eu trabalhava mais do que ele, que ganhava 25 mil. Eu ganho dois mil”.

Segundo ele, nessa empresa os funcionários “não têm que bater cartão, tem que bater metas. São montados em times”. Marcelo conta que, nos últimos meses, ele estava dormindo apenas durante três horas por dia, com pequenos momentos de cochilos durante o dia. Essa era “uma estratégia” criada por ele, uma coisa de “exército”. Depois de alguns dias, ele diz, “eu não precisava mais dormir. Eu queria fazer algo grande. Isso ativou áreas do cérebro e me conectei com o universo e com o cosmos. Comecei a ter muitas ideias para melhorar a empresa. Comecei a pensar sobre o pensar e fui subindo, subindo, subindo até outras esferas. É ruim porque perdi o contato comigo, de repente eu não sabia mais onde eu estava. É como um astronauta que não guarda oxigênio para voltar para a Terra”.

Passado alguns dias após essa caminhada pelo jardim, Marcelo diz: “no dia em que eu surtei, tinha entregado meu documento de contratação para subir um posto na hierarquia. O documento estava com o chefe para ser assinado. Nesse dia, a Dilma caiu. Eu pensei que tinha conquistado tudo o que eu queria. Comecei a achar que eu estava vendo a glória de deus. Eu estava tão cansado. Foi só com o surto que eu consegui relaxar, me sentir bem”.

No terceiro dia, Marcelo fala sobre a morte do avô, que ajudou sua mãe em sua criação, e a culpa que sentia por não estar muito presente em sua vida por causa do excesso de trabalho. Afirma que se sentia mal em ter “abandonado o avô” pois fora criado por ele. Ele chora. Afirma que queria ter dado uma “caneta Montblanc” para o avô porque essa é “uma caneta cara”.

5.6 José, um tigre preso na jaula

José tem 41 anos. Essa é a sua segunda internação neste serviço. Na primeira vez, meses antes, José viera, pois tentara suicídio após o término de relacionamento amoroso. Dessa vez, segundo seus familiares, ele havia interrompido as medicações e estava agitado após ter ido à casa de sua ex-namorada para tentar reatar a relação.

Eu convido José para vir à sala de atendimento. Ele aceita. Está muito irritado. Pergunto por que está irritado. Ele diz: “Ah! Para com isso! Você sabe tudo sobre o meu caso! Mas eu preciso sair daqui, tenho que fazer minha prova”. Eu digo a ele que não sei nada sobre

o seu caso e que apenas só poderei ajudá-lo a sair dali se ele me contar o que acontecia. Ele continua irritado e responde em tom alto e hostil: “Eu sei que estamos sendo filmados!”. Eu peço novamente para que ele fale o que aconteceu para que possa tentar ajudá-lo. Ele aceita, como se fosse uma negociação.

José conta que se inscreveu para realizar uma prova de concurso público e que precisa sair dali imediatamente. Eu pergunto a razão para ter sido internado, e José diz que o irmão “quer brilhar sozinho” ou que foi “por causa do INSS”. Em pouco tempo, muda a resposta e diz que talvez sejam os outros concorrentes do concurso, porque sabiam que ele tinha “uma grande chance”: “Desde pequeno, todo mundo na escola sabia que eu era especial. Peguei um autógrafo do Chico Anísio quando eu tinha quatro anos. Na escola o professor falava de narrador onisciente. Eu não sabia o que era. Agora sei”.

José pede para que eu lhe dê alta porque precisa ir fazer a sua prova. Eu respondo que não posso lhe dar alta, mas que posso tentar ajudá-lo a consegui-la sozinho. José parece se acalmar, não procura mais pelas câmeras na sala de atendimento.

Então ele diz que estudava muito: “e eu fui falar para ela”. Pergunto o que ele foi falar e para quem: “Eu fui falar para a X. (sua ex-namorada) que eu ia ganhar dinheiro”. Volta a dizer que precisa sair dali para revisar a matéria do concurso. Ofereço-me a levá-lo até a biblioteca da clínica para que possa estudar enquanto está ali. Ele aceita. Pega vários livros de literatura brasileira e retorna a seu quarto.

No dia seguinte, José volta ao atendimento. Ele continua muito irritado e conta que conversou com o psiquiatra. José me diz que não quer tomar haldol porque isso atrapalha os seus estudos.

Nesse dia, a fala de José estava rápida, e eu não conseguia acompanhar o ritmo e o caminho de suas associações. De modo que o conteúdo que se segue está disposto em ordem aleatória.

“Quando eu comecei a estudar, eu parei o haldol. Eu via tudo na Wikipedia. Dei *print screen* para ler depois, mas lia tudo: Cabala etc. Nossa, comecei a ler tudo!”. “Tem que ter procedimentos, tem que ter etapas. Isso que eu aprendi depois”.

José conta que fazia cursinho preparatório para o concurso: “Os professores das cinco melhores universidades vinham todos no cursinho para me dar uma força”. Ele cita nomes de pessoas que parecem ser professores muito conhecidos em sua área de estudo e diz que todos estavam ali “para ajudá-lo”, como se a aula fosse dada especialmente para ele. “Eu dizia para

esses professores: ‘Mas eu não posso ser juiz porque eu sou esquizofrênico’ e eles diziam ‘Acredita em você’. Eu tenho esquizofrenia, vi aquele filme *Uma mente brilhante*. Agora eu sei que tenho psicose não orgânica. É como diz a Pitty, não é orgânico, é programado. Já falei com o Cortela, o Karnal, o Geringer. Fizemos muitas conferências e chegamos a esse diagnóstico”.

José conta que irá terminar a faculdade e fazer o curso de Economia e de Filosofia. Eu pergunto sobre a sua primeira faculdade e ele diz: “Na faculdade eu era um diamante a ser dilapidado. Como aquela música do Kid Abelha ‘vou transformar seu rascunho em arte final’. Eu me lembro da X (ex-namorada) quando penso em Kid Abelha. Eles já fizeram um show para mim. Quando eu me formar, eles vão cantar na formatura”. José cita o nome de outros cantores que viu no “youtube”. Ele ri e diz que “todo mundo no youtube” falava com ele, que achava isso muito engraçado e ria alto na sua casa: “O vizinho se incomodou e falou pro meu irmão”.

Nesse dia, José não está mais irritado. Ele fala muito, em velocidade rápida e ri.

“Quero entrar para o tribunal e dar aula para as crianças da quinta série. Também pensei em formar novos capitalistas. Pegar adolescentes e ensinar como ser um bom vendedor. Eu era vendedor de revista”. Pergunto se ele era um bom vendedor: “Eu era. Ou eles é que eram bons compradores”. Ri e fala sobre a sua ex-namorada: “Ela gosta de yoga. Yogatonga. Meditação é bom. Eu tenho vontade de rir no metrô, sem parar. Eu vejo um negro e penso: é Joaquim Nabuco, que libertou os escravos. É o Joaquim Barbosa, do STF. E começo a rir muito”.

Passa o dia do concurso e José não recebeu alta. Quando chego na unidade de internação pela manhã, ele vem até mim: “Está tudo perdido! Por causa daquele médico idiota!”. Peço que ele entre na sala para que possamos conversar. Depois de ouvi-lo falar sobre o médico e a alta, sugiro a ele que procuremos na página de anúncio de concursos se há outra opção para breve. Inicialmente, José diz que não há “mais nada”, que está “tudo acabado”, mas aceita a sugestão e encontra um concurso possível. Ele diz: “Eu queria o outro, mas agora vou fazer esse aí. Então agora está decidido. Vou fazer o outro concurso. Se eu tivesse lá, eu perguntaria para os meus superiores. No Brasil existe uma hierarquia. A hierarquia militar. No Brasil tem três tribunais especiais. O militar, o do trabalho e o eleitoral. O militar não pode ser, porque não sou filho de militar. O do trabalho não, porque não sou patrão. Mas eu poderia ser. Eu poderia abrir uma empresa. Eu já poderia ser juiz. O eleitoral, o eleitoral é poder e eu gosto de poder”.

José então diz: “Eu sou um tigre preso na jaula. Mas agora estou melhor. Eu estou sentado do lado direito do Parlamento”. Eu digo a ele que não entendi e peço para ele explicar para mim. “É. Eu estou com os Girondinos. Agora quero ganhar dinheiro, então vou sentar com a direita. Intelectual é coisa de esquerda. Mas é isso. Eu estou bem, eu tinha consulta com o psiquiatra porque tirei o remédio sozinho. O haldol. Ele disse que eu era corajoso por tirar sozinho. Mas ele disse que ia voltar tudo, só que eu vi que volta diferente”. Pergunto o que voltava diferente e José responde: “Sem o remédio eu sou super. Levanto às cinco horas da manhã, faço flexão, vou estudar, meu pensamento é rápido”.

Nesse momento, pergunto para José se ser rápido demais as vezes não é ruim. E ele responde: “Não. O que abunda não atrapalha. Não tem problema em ser rápido. Eu tenho uma mente inquieta. O Heródoto Barbeiro fala rápido e não é bipolar. Vou ler um texto, leio muito melhor, é muito mais claro. Às vezes a rapidez faz com que eu passe coisas importantes. Mas é melhor mesmo assim”. Eu peço que me dê um exemplo de quando a rapidez fazia com que ele passasse coisas importantes e José explica: “Na questão está escrito: assinale o que não aconteceu. Eu leio: o que aconteceu, e respondo errado. Mas sem o haldol eu vou alto, eu voo. Por isso comecei a cocaína. O haldol me deixa lento. Se eu estivesse falando com você agora sem remédio, era melhor. É por causa da bomba de sódio e potássio. Quando você vai dormir, que você faz PUF. É a bomba que explodiu e equilibrou e depois disso, você pode fazer tudo melhor. É o equilíbrio do cérebro. O remédio impede a bomba de funcionar”.

5.7 Marina, a universal

Marina tem 30 anos e foi trazida pelos familiares para a clínica psiquiátrica há aproximadamente dois dias. Eu a convido a vir à sala de atendimento e ela aceita de forma bastante solícita. Ela se senta e consegue permanecer sentada apenas por pouco tempo. Como de costume, pergunto o que aconteceu para que estivesse internada, e Marina relata que estava fazendo uma prova para concurso. Ao chegar ao local da prova, ela conta que notou algo diferente: “As pessoas me olhavam estranho. Eu era iluminada. Eles perceberam. Eu sou a escolhida”. Diz que começou a fazer a prova e que, nesse momento “pensava demais, eram muitas ideias, como José”³.

³ José provavelmente é a personagem bíblica, filho escravizado de Jacó, que ganha a graça do faraó em virtude das interpretações proféticas dos sonhos deste.

Pergunto sobre a situação do concurso e sobre como era sua vida antes disso. Ela passa a dizer que o “país está em crise. Tem que virar para a direita, não para a esquerda. A esquerda é o mal. A direita é a ordem e o progresso”. Neste momento, Marina se levanta e sai da sala de atendimento. Retorna pouco tempo depois vestindo outra blusa e diz: “Estou com outra regata. Se eu sair de cena, eu tenho que trocar de roupa. Eu sou uma *coach carter*”. Eu pergunto se ela poderia contar para mim o que é um *coach carter*⁴, e ela responde: “É uma pessoa que conquista almas através do esporte. O apocalipse já está acontecendo. Foi revelado. A revelação ocorreu quando eu lavava pano de chão. Deus estava lavando a minha alma, o meu coração. Eu sou universal”. Levanta-se novamente, sai da sala de atendimento.

5.8 Antônio: um ator famoso

Antônio é um paciente de 36 anos que se encontra em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial porque foi diagnosticado com transtorno bipolar. A pedido de seu médico, a quem acompanho nas atividades daquele dia, ele narra para mim as suas crises.

Antônio conta que era de uma cidade pequena do estado de Minas Gerais e havia mudado sua residência temporariamente para a cidade do Rio de Janeiro a fim de fazer um curso. Ele acrescenta que, ao chegar à cidade, se sentiu mal com o seu corpo quando comparado aos outros: “Na minha sala tinha várias pessoas do elenco de uma novela, todos eram magros”. Antônio decidiu então iniciar uma dieta de emagrecimento: “Eu comia só uma fruta por dia e comecei a malhar, fiquei com o corpo de atleta. Perdi muitos quilos. Pouco tempo depois disso, me convidaram para ser figurante na novela”. Ele lembra que nesse momento estava começando a ficar eufórico. Mas que, após realizar o pequeno trabalho na novela, passou a acreditar que era um ator famoso: “Agora eu sou foda mesmo, eu sou um ator da Globo”. Segundo sua narrativa, ele saiu da gravação da novela e foi comprar um carro: “Um carro que era muito mais caro do que o carro que eu tinha”. Pensava: “Sou lindo mesmo”.

⁴ *Coach Carter* é o título de um filme estadunidense sobre um técnico de basquete juvenil, Ken Carter, que impõe regras rígidas aos jogadores.

Pouco tempo depois, ligou para o pai para contar que tinha trocado de carro. O pai pergunta se havia acontecido algo com o carro antigo, e ele responde que não, mas que agora era um ator importante da novela. A família o leva para a consulta médica e, após “cinco dias de injeção de haldol”, percebeu que não era ator famoso e “caiu em depressão”.

Sobre a segunda crise, Antônio afirma não se lembrar de muita coisa, apenas que chamou a namorada para falar que ele iria se tornar o próximo presidente do Brasil.

Sobre a última crise, Antônio conta que trabalhava em uma empresa e que foi encarregado de organizar um evento comemorativo. Segundo ele, foi muito elogiado e que, com o sucesso profissional, começou a ficar eufórico novamente. Passou a usar os remédios de forma irregular porque ele “gostava da sensação da mania”: “é como se eu tivesse tomado um *ecstasy* sem o efeito rebote. Eu me sinto muito bem, falo muito, faço caridade. Vou na Fnac e gasto 15 mil reais”. Nesse período, dormia durante duas horas de sono por noite e não sentia necessidade de mais do que isso. Também relata que suas sensações e sentidos ficaram melhores: “por exemplo, eu não enxergo direito, mas, quando eu estou em mania, eu não preciso dos óculos”.

Antônio acrescenta que, “até aí eu era eu. Eu não sei em que momento eu comecei a achar que eu era deus. Eu não sei a hora que eu saí de mim”. Nesse instante, a família decidiu interná-lo. Ele diz que aceitou porque achou que “tinha que ir ajudar muitas pessoas na clínica psiquiátrica”. E ele faz a seguinte observação: “na mania, eu fico em um estado tão diferente, eu fico carismático e as pessoas acreditam em mim”. Ele relata que na clínica muitas pessoas achavam que de fato ele tinha poderes. “Eu também tinha a sensação de que o remédio fazia ou não fazia efeito de acordo com a minha vontade. Eu conseguia controlar até isso”. Ficou internado por 40 dias: “até o final, eu ainda estava fazendo caridade. Sai de lá dando dinheiro na rua”.

5.9 Agathe: a encarnação de Beckett

Como mencionamos no capítulo dois, Agathe Lenoël é uma escritora francesa que narra sua experiência com o transtorno bipolar em um livro intitulado “Quem sou eu quando eu não sou eu? Um testemunho bipolar” (2015). O relato de Lenoël sobre sua experiência se organiza em ordem cronológica, na qual descreve quase todas as crises maníacas que teve entre os 19 e os 31 anos. Vamos apresentar algumas delas.

Aos 19 anos, ela havia se mudado para Paris e começado a cursar a faculdade de Filosofia. Conta que este foi um momento em que sentiu uma solidão grande pela primeira vez na vida. Segundo ela, o prédio da faculdade era repleto de “corredores obscuros” no qual o “silêncio que reinava” (p. 25). Nessa época, começou a namorar um rapaz da faculdade, quem termina o relacionamento alguns meses depois: “Eu caí em uma depressão, errando na Tolbiac como uma alma penada. Eu ia ao curso a pé, achava o mundo pálido e frio” (p. 26). Lenoël relata que, poucos meses depois, ela passou a dormir pouco e a sentir-se em estado de excitação constante e crescente, que culminou em sua primeira internação psiquiátrica, quando recebe o diagnóstico de transtorno bipolar. Após a internação, ela desistiu do curso de Filosofia e voltou a morar com os pais na cidade de Paimpol, na região da Bretanha.

Aproximadamente dois anos depois, ela volta a morar em Paris para cursar a faculdade de Letras e volta a ter sintomas depressivos: “Não quero me levantar de manhã, pouco entusiasta. Na verdade, os dias me parecem desinteressantes, sem cor, sem alma” (p. 30). Ela decide então interromper o tratamento medicamentoso porque acredita que os remédios a estão fazendo engordar. Progressivamente, ela conta, o mundo, que até então era sem cor, começou a se tornar um lugar cujo “céu tem um azul elétrico”:

“(…) em estado de excitação permanente, vivendo no extremo o dia a dia, falando a torto e a direito, eu retorno a Paimpol para ver meus pais. Eu estou em hipomania, mas não me dou conta: eu durmo pouco, me acontece um monte de histórias que eu provooco, encontros mais ou menos interessantes, projetos malucos (...). Eu gasto dinheiro acreditando que eu sou rica. Eu tenho uma grande energia. Nada me para” (2015, p. 38).

Em pouco tempo, ela é internada novamente e mais uma vez volta à casa dos pais.

Um ano depois, ela retorna a Paris para começar a fazer um outro curso. Já em hipomania novamente, ela se matricula na faculdade de Letras Modernas, e também se inscreve nos exames de ingresso na faculdade de Ciência Política. Uma amiga a convida para uma festa, onde ela é apresentada a uma jovem que é assistente da família Klossowski de Rola, do pintor Balthus. A jovem lhe diz que o pintor estava em busca de uma nova secretária para organizar os seus negócios. Imediatamente, Lenoël aceita o novo emprego e, pouco tempo depois, vai à Suíça trabalhar na casa da família de Balthus, desistindo da faculdade e dos exames.

A família para qual vai trabalhar é extremamente rica, e ela passa a viver nessa casa onde divide seu tempo entre suas atividades de secretária, a equitação e seu novo projeto: “escrever um livro sobre a crítica teatral Colette”: “Eu trabalho um pouco mas de maneira

desordenada, não muito séria. Eu encomendo um monte de livros sobre Colette e me engajo em meu trabalho” (p. 53).

Nesse momento, ela é encarregada da organização do aniversário de Balthus. Segundo seu relato, durante todo esse tempo, sente que está em hipomania e também durante a festa. Então, ela “veste um vestido preto muito sexy” (p. 54) e conhece muitas celebridades na festa. Passado o evento, Lenoël decide deixar o posto de secretária, no qual ficou por três meses, e retorna a Paris para cursar a faculdade.

Alguns meses depois, ela vai à praia com os seus primos para comemorar a Páscoa. Lenoël conta que a hipomania transforma-se, e seus sintomas maníacos começam a se apresentar novamente. Ela passa a apresentar oscilações de humor, começa a caminhar por horas na cidade e a ter ideias delirantes nas quais se identifica com Jesus Cristo na via Sacra: “Eu creio que eu penso no caminho de Cristo, em algo assim. A Páscoa, eu a vivo na minha carne” (p. 57). Em uma das noites do feriado, ela fica na sala para folhear algumas revistas de celebridades, e começa a enxergar o seu rosto no rosto das celebridades da revista: “(...) eu tenho a impressão de ser famosa e eu acredito que eu estou nessas revistas. (...). Quando minha irmã acordou pela manhã, eu mostro a ela as fotos dizendo para ela que eu estou nas revistas” (p. 59). Afinal, ela escreve, ela tinha estado com celebridades e pessoas ricas na época em que foi secretária na Suíça, então deveria ser uma celebridade também.

Os primos decidem levá-la de volta a Paris para consultar um médico. Quando chega à estação de trem e entra no trem metropolitano, ele retoma o vínculo com Cristo: “(...) eu conto as estações que faltam percorrer antes da estação Montparnasse: quatorze. Para mim, é o caminho da cruz e suas diferentes estações. Eu continuo a delirar com o Cristo” (p. 59). O delírio com Jesus Cristo se mistura com o delírio de ser uma pessoa famosa da revista de celebridades e, ao chegar à estação de sua casa, nota que, na saída da estação de trem, há um tapete vermelho estendido: “Isso vem a confirmar meu delírio. Eu sou uma pessoa conhecida que é esperada em Paris” (p. 60). Separa-se dos primos na estação e decide sair caminhando pelas ruas de Paris sozinha:

“Eu erro agora pelas ruas do bairro Gaîté, e começo um périplo noturno (...). Eu decido passar na frente de cada imóvel em que reside um membro da minha família. Não aperto a campainha. Minha aventura dura algumas horas. Eu conheço perfeitamente o caminho porque conheço Paris como a palma da minha mão. Quando eu passo pela ponte Saint-Michel, eu sinto um verdadeiro pavor, eu vejo pessoas nuas, esqueléticas. Eu tinha a terrível impressão de viver um pesadelo. A realidade parecia ameaçadora. As sombras ganhavam terreno no meu pensamento” (p. 60).

Ela é achada e internada novamente.

O retorno de outra crise maníaca grave ocorre 8 anos depois, quando tem 30 anos. Durante o período desde sua última internação, fez visitas regulares ao médico e seguiu o tratamento prescrito. Retornou ao curso de Letras Modernas em Paris, e trabalhava em um bar para pagar seus estudos.

É durante o expediente de trabalho que reconhece o prelúdio de uma nova crise porque começa a fazer “interpretações erradas” (p. 66) ao ouvir duas pessoas conversando: “Elas falam sobre seus diários e eu digo a mim mesma que elas estão se dirigindo a mim, acho que elas querem me encorajar a escrever” (p. 66). Lenoël reputa à fadiga por causa do trabalho e à exigência dos estudos o possível retorno de mais uma crise voltar. Ela se desespera e pede para deixar o trabalho mais cedo. Começa então mais uma longa caminhada pelas ruas de Paris: “Eu perambulo nas ruas, eu tento apaziguar os pensamentos que me invadem (...)” (p. 67), mas afirma que não consegue mais ter controle: “eu pego fragmentos de conversa dos transeuntes e digo a mim mesma que eles estão endereçados a mim de forma velada” (p. 69). Progressivamente começa a sentir a crise voltando: “Eu tenho medo, mas esse medo começa a misturar-se com a excitação” (p. 68).

Poucas horas depois, ela é avisada a respeito da morte de um amigo em um acidente de carro e decide ir ao encontro de seu grupo de amizades, reunido para lamentar a morte do companheiro. Nesse momento, nasce a ideia delirante do jogo: “Trata-se de um jogo, nós estamos na emissão “Intervilles⁵” e eu faço parte da equipe Paris” (p. 69). A ideia muda um pouco alguns dias depois, quando está na cidade de Paimpol para o enterro do amigo: “O ‘grande jogo’ planetário se instala: nós somos da equipe Paimpol, nós jogamos contra Paris, eu mudei de time” (p. 70).

Ao retornar para Paris, as interpretações delirantes continuam. Ela ouve barulhos de uma manifestação e também faz interpretações sobre elas:

“Eu imagino que o grande jogo continua: uma multidão de pessoas vem de países estrangeiros, é a equipe da Dinamarca. Eles são numerosos, eles vão derrotar a França. Sim, o jogo se ampliou, não se trata mais de cidades francesas (Paris, Paimpol) mas de países” (p. 74).

⁵ Programa da televisão francesa, que consistia em uma gincana no qual as equipes de duas cidades francesas competiam entre si.

Neste mesmo dia, continua a narrativa, passou a reorganizar a casa, retirando todos os objetos dos armários, desde as roupas até as louças da cozinha, transferindo-os para a sala de estar.

O namorado a convida para uma viagem à Córsega junto com um casal de amigos, e ela aceita. Durante o voo, as interpretações continuam, agora com as luzes da cidade:

“Eu vejo as luzes e imagino que nós estamos em guerra. Nós vamos à Córsega para nos refugiar. Eu imagino que as luzes das casas, vistas do alto, são um sinal de resistência. Cada habitante francês iluminou sua casa para nos dizer que estava conosco. Eu sou muito agradecida a essas pessoas: existem milhares que aderiram à nossa causa. Os passageiros do avião têm uma missão especial: salvar o mundo. (...). Eu seguro minha cabeça entre as minhas mãos, pensando que a fuga de ideias cessará. Eu quero parar esses pensamentos que, no entanto, são deliciosos. Eu sei que há uma coisa que não está certa. Meus pensamentos estão em movimento incessante, eu salto de um roteiro a outro” (p. 80)

Ao desembarcar, Lenoël deixa os amigos e o namorado no saguão do aeroporto, dizendo a eles que precisa ir ao banheiro. No entanto, ela desce na pista de pouso:

“(...) parto para andar em torno dos aviões. Ninguém me viu. Na época, eu assistia a uma série na televisão: Heróis. Cada um dos protagonistas era dotado de uma qualidade fora do normal: um tinha a capacidade de viajar no tempo, o outro de reconstituir seus membros quebrados, um outro lia pensamentos (...) e eu, eu sou a pequena pessoa que detém a bomba nuclear. Eu sou a embaixadora da paz, eu tenho 9 anos. Eu ando sobre a linha branca desenhada no solo para que os aviões aterrissem. É perigoso mas eu não me dou conta” (p. 81).

Ela retorna para a companhia do seu namorado e dos amigos. Na manhã seguinte, ele a encontra pendurada na janela, com sua mochila nas costas. Ela havia passado a madrugada inteira vagando na residência. Ele decide levá-la a um hospital, onde lhe aplicam uma “dose cavalari de Valium” (p. 86), que supostamente deveria acalmá-la. Mas ela conta que, na saída do hospital, volta a fugir:

“Eu vou para o banheiro, pulo a janela e fujo pela estrada. Dali, eu me dirijo à grande rodovia que leva à Ajácio e desço a rodovia ‘fazendo estrelas’. Eu faço estrelas por dois quilômetros! Eu tenho uma energia do diabo. O Valium não produziu o efeito esperado. Eu chego ao entroncamento: eu subo na estrada pela canaleta, me agachando, assombrada pela consciência que nós estamos em plena guerra. Eu chego à grande rodovia, rastejando” (p. 87)

Lenoël é encontrada na estrada por seu amigo. Ela é novamente internada em um hospital psiquiátrico, onde continua a ter pensamentos delirantes:

“ (...) eu me tomo por uma heroína perseguida: nós filmamos uma série e eu sou a personagem principal. Eu procuro em todo o hospital como fugir. Eu sei que é arriscado, mas é meu novo jogo porque esse é meu personagem: eu devo fugir sem chamar atenção dos enfermeiros” (p. 88).

Após alguns dias na internação, afirma que o pensamento sobre a existência do jogo planetário continua (p. 91). Esta ideia permanecerá mesmo após sua alta, já de volta a Paris:

“Eu passo um tempo indefinido nos jardins das Tulherias e imagino novamente que tudo isso faz parte de um grande jogo. Estou convencida de que o mundo inteiro de agora em diante começou a jogar em equipe. Cada país deve produzir obras. O objetivo desse jogo: como um gigantesco Teleton⁶, ganhar a maior quantia de dinheiro possível para ajudar os doentes mentais (p. 99).

Quando começa a progressivamente sair do estado maníaco, ela acha que a realidade se tornou “sem interesse, cinza, fria, sem cor” (p. 102).

Passado um ano desde sua viagem à Córsega, ela escreve sua tese de Letras Modernas. Há muito tempo deixara o projeto de pesquisar sobre Colette e agora o tema de sua tese são os ensaios de Samuel Beckett. Ela mora então com seu namorado. Após uma crise no relacionamento, volta a apresentar sintomas maníacos, que começam com seus grandes projetos de trabalho e de livros. Para isso, grudou folhas brancas em todas as paredes de sua casa. Em seguida, vai a uma loja de luxo onde acredita que pode comprar tudo e, ao voltar para casa, começa a ouvir vozes: “eu acredito que é a voz do diabo. Eu gastei dinheiro, é o diabo que me levou a isso e não um presente de meu pai” (p. 120).

Novamente, como nas crises anteriores, sai para andar por Paris e caminha durante oito horas seguidas durante a madrugada. É levada novamente para a internação psiquiátrica.

Durante a entrevista com a enfermeira, ela se lembra de Beckett, de uma foto dele em que estava vestindo uma blusa com gola de pele falsa. Segundo ela, nesse dia ela também veste uma blusa com as mesmas características:

⁶ Programa televisivo, também em formato de gincana.

“Eu tenho a clara impressão de ser a encarnação de Beckett ou ainda que sua alma se apossou do meu corpo. (...). Esse autor tomava lítio, como eu, ele teve uma depressão profunda, como eu antes que eu tivesse apenas as crises maníacas (...). E então, de repente, o rosto da enfermeira escureceu – eu não disse nada a ela sobre o Beckett – e uma viga negra em forma de Y foi colocada em seu olho direito. Eu faço imediatamente a analogia com essa injunção: ‘Por que reparas no cisco que está no olho do teu irmão e não percebes a viga que está no teu próprio olho?’⁷. Essa alucinação visual me aterroriza” (p. 124)

5.10 Considerações

Partindo das descrições dos estados maníacos presentes no segundo capítulo, não é difícil, como se pode perceber ao primeiro golpe de vista, reconhecer muitos dos sintomas clássicos da mania nos casos que acabamos de relatar. Apenas para mencionar alguns deles, vimos que no caso de Rosa e João se apresentam a fuga de ideias e a logorreia. Já os sintomas de ativação são bastante impressionantes no relato de Lenoël, com suas caminhadas durante horas pelas ruas de Paris e, em seu momento de agitação maior, ao descer uma estrada em Ajácio fazendo piruetas e estrelas.

No entanto, nosso objetivo principal consiste antes em tentar aproximar estes casos de mania daquilo que, como vimos nos capítulos anteriores, constituem as formulações basilares da psicanálise a seu respeito, e, neste contexto, sobretudo das considerações freudianas a respeito da mania – o que constitui o problema central dessa pesquisa –, fundamentalmente no que se refere à situação do eu maníaco.

Desde o início, chama a atenção de alguns aspectos dos relatos que dificilmente se encaixam nessas formulações e considerações.

O primeiro aspecto se refere às descrições que os pacientes fazem de si mesmos. Apesar de haver versões do Eu que se aproximam daquela ideia de fusão entre o Eu e o Supereu, uma outra linha de autoapresentação aparece com mais frequência. A saber, mais do que um Eu liberto do julgo do Supereu, o que ganha a cena são as narrativas do Eu como um ser excepcional e importante. A versão mais próxima do que entendemos ser a fusão entre o Eu e o seu Ideal se encontra na exposição de Jorge a respeito das suas sensações durante a sua primeira crise maníaca: “Eu me sentia o mar inteiro, não apenas uma gota no oceano”. Também na fala de Carlos é perceptível algo análogo, quando diz que se sentia maior em relação ao mundo.

⁷ Passagem bíblica, Lucas 6:37-42.

No entanto, em nosso material, essas não foram as apresentações mais frequentes. Das alterações no eu, chama a atenção a frequência da assunção de personagens ou de grandes figuras que possuem uma grande missão a cumprir. Poder-se-ia dizer que João parece apresentar uma versão do Eu liberado. Ele parece estar em festa. Ele canta, fala muito, parece estar bem em sua situação, apesar do fim do casamento. No entanto, João não é João: João diz ser Wolverine. Ele está vestido como Wolverine e age como Wolverine nas ruas. Além disso, João é uma reencarnação de Jesus. Jorge, por seu turno, é um tigre, é super, é alguém especial. Sua transformação ocorreu após ganhar um autógrafo do ator famoso quando pequeno. O seu Eu não é apenas um eu em festa temporária ou em rebelião. Ele *mudou*.

O mesmo é possível observar no caso de Francisco, apresentado na introdução a este trabalho. Ele diz ser “um deus, um salvador” do povo brasileiro. Também vai nesse sentido o caso de Marina, a “Universal”, a “Iluminada”, a “Escolhida”, escolhida por Deus. Também nas crises de Lenoël, as alterações do eu se apresentam em formas variadas. Ela se sente como Jesus Cristo, uma celebridade, uma heroína infantil. No último relato, ela era a reencarnação de Samuel Beckett. Mas não só isso, a versão nova do Eu não está apenas em uma festa de liberação, não está apenas mais desinibido, a versão nova do Eu tem poderes, capacidade que o faz especial.

Gostaríamos de sublinhar que em alguns dos relatos foi possível constatar que o próprio paciente percebia a alteração. Nesses exemplos, a alteração do eu tinha ultrapassado o ponto em que a pessoa se reconhecia como sendo ela mesma. Por exemplo, quando Marcelo diz: “Eu perdi o contato comigo mesmo” e principalmente quando Antônio afirma que “até ai eu era eu. Eu não sei em que momento eu comecei a achar que eu era deus. Eu não sei a hora que eu saí de mim”. O título do livro de Leonël também serve de testemunho dessa transformação radical: *Quem sou eu quando eu não sou eu*.

Em um dos momentos do rico relato de Jamison sobre suas crises, também encontramos essa característica. No início de suas crises hipomaníacas, ela as considera como “(...) simplesmente uma extensão de mim mesma” (p. 14). Esse aspecto muda após a crise com sintomas psicóticos. A expressão mais clara a respeito disso é sua sensação de estranhamento ao verificar a lista de objetos que comprara durante a crise e que não se relacionavam de forma alguma com os seus gostos, suas escolhas e valores usuais.

Talvez se pudesse pensar que todos estes casos mencionados sejam versões contemporâneas da mania. Ou seja, levando em conta que as formas de sofrimento e mal-estar variam bastante em sua expressão conforme a época, poder-se-ia supor que o também o

quadro maníaco mudou sua expressão enquanto reação ao sofrimento, mais exatamente, que a configuração histórica apresentada no século XIX foi substituída por outra forma de manifestação.

Sem dúvida, não se pode minorar a importância e a influência das transformações históricas, sobretudo quando se trata de Ideal do Eu. Porém, encontramos também no caso relatado por MacCurdy, em 1914, uma apresentação similar, como foi abordado no capítulo anterior. O paciente em questão, então com 57 anos, teve a sua primeira crise por volta dos 22 anos. Ele permanece internado durante três meses e apresenta duas ideias sobre si. Na primeira apresentação, há uma versão religiosa do Eu: em série, ele é Deus, Filho de Deus, Rei dos Judeus, Rei Salomão, vindos à Terra novamente (p. 369). Assim como nos casos apresentados acima, e esse é um ponto ao qual voltaremos adiante, nessa versão do Eu, ele tem uma missão para com os demais: “Vim à Terra pela segunda vez para viver com o meu povo para todo o sempre, e para tornar todo o meu povo jovem novamente” (p. 369).

A segunda versão do Eu se relaciona com sua história mais recente. Ele havia perdido todos seus rendimentos na crise econômica em 1893 e nas apostas em cavalos. Descobriu que estava falido e começou a viver de pequenos empregos, passando necessidade com sua família. Durante a sua crise maníaca, conforme o relato de MacCurdy, o paciente “costumava dizer que ele era Rip Van Winkle⁸, que havia voltado à vida e que iria trabalhar para si” (p. 364).

Nas duas versões, verifica-se que o núcleo do sentido da transformação do Eu se assemelha aos casos narrados neste e em outros capítulos. Contudo, tais relatos de transformação parecem se dividir em dois tipos principais. Em um delas, houve uma mutação no corpo, ou um objeto poderoso foi dado, transformando o Eu em Outro. No segundo tipo, trata-se de versões da reencarnação. Esse segundo tipo permite colocar a questão de saber como se poderia explicar a presença de personagens tão ilustres ou poderosos, quando se parte da hipótese da Revogação do Ideal (Freud, 1921, p. 141). Seria de esperar que essa presença não fosse tão forte na medida em que justamente são incorporadas como Ideal.

⁸ É um personagem criado pelo escritor Washington Irving. Na história, o personagem dorme à sombra de uma árvore por vinte anos, enquanto transcorrem os eventos da Revolução Americana. Quando ele acorda, ele encontra sua cidade e sua família transformadas.

Além disso, um outro elemento, *presente em todos os relatos*, dificilmente parece ser contemplado pela explicação da rebelião e ou da festa do Eu. Trata-se da relação que esses pacientes pretendem estabelecer com os outros, no sentido de ideias morais, éticas, políticas, princípios de justiça, de direito, de caridade, bondade etc. Ou seja, todos esses casos revelam muito do que já tratamos no segundo capítulo, a propósito daquilo que Akiskal *et al.* (2003) propõem que seja incluído como um dos sintomas principais da mania, isto é, seu sentido gregário e sua sociabilidade patológica. Afinal, por que a preocupação moral com os outros se justamente a descrição de Freud diz respeito a um estado no qual se poderia desfrutar “da abolição de suas inibições e considerações pelos outros” (1921, p. 142)?

Mesmo no caso de Jorge, que em termos fenomenológicos mais se aproxima do Eu maníaco de Freud, há uma referência à “lei da doação e a dar tudo para todo mundo, a fazer o bem sem olhar a quem”. Também é chamativo que, no caso de João, uma figura que por sua alegria desmedida parece tão próximo da imagem do Eu liberto, do Eu em puro prazer, se preocupe em fazer “justiça” às pessoas que são indefesas, ou em ter como missão “ajudar e educar”. Marina igualmente, após ser tocada por Deus, transforma-se em uma *coach carter*, “pessoa que conquista almas através do esporte”, e se preocupa com a crise no país. No caso de Lenoël, os seus interesses coletivos ganham a forma do jogo, de um time, depois até mesmo da luta de uma nação contra outra.

Seria possível atribuir essa preocupação moral em sentido amplo com algum elemento ou situação presente no início da crise? Como vimos, em alguns casos, a crise começa em momentos de sofrimento, confirmando a princípio as teses psicanalíticas de que a mania poderia ser uma reação. Observa-se que no caso de Carlos ocorre uma situação de sofrimento anterior à crise maníaca, que ele próprio localiza com a morte dos jovens jogadores de futebol. Também no caso de Lenoël, a sua primeira crise maníaca acontece após um período de depressão em virtude do rompimento do namoro. Jorge e João igualmente tiveram relacionamentos desfeitos antes da crise. Por outro lado, uma parte dos pacientes tem a primeira crise justamente no momento em que acabam de alcançar algo almejado ou estão na iminência de consegui-lo. Os exemplos são Jorge, Antônio, Jamison, Duke e Marcelo. Vamos retomá-los.

No caso de Jamison, sua pior crise começa depois de ser nomeada professora assistente, cargo que desejara e que significava começar “a subir na cadeia alimentar acadêmica”.

“Os ritos de passagem no universo acadêmico são misteriosos e, a seu próprio modo, extremamente românticos. As tensões e os aborrecimentos das teses e dos exames orais finais são rapidamente esquecidos nos maravilhosos momentos dos brindes que se seguem, na entrada para um clube muito antigo, festas de comemoração, becas de doutor, rituais acadêmicos e ouvir pela primeira vez ‘Dra.’ em vez de ‘Srta.’ Jamison. Fui contratada como professora-assistente pelo departamento de psiquiatria da UCLA, tive uma boa vaga de estacionamento pela primeira vez na vida, entrei imediatamente para o clube dos professores e comecei a subir na cadeia alimentar acadêmica. Foi um verão esplêndido – como se revelou, esplêndido demais – e três meses depois de me tornar professora, eu estava descontroladamente psicótica” (Jamison, p. 61)

No caso de Patty Duke, embora tivesse o que chamou de crises de “pânico” desde os oito anos de idade, a sua primeira crise maníaca se deu aos 16, justamente no mesmo ano em que é indicada ao Oscar de melhor atriz e ao Globo de Ouro. A segunda crise grave, aos 23 anos, coincide com indicação ao prêmio Emmy, o qual ela recebe.

Esses relatos convergem com alguns do que vimos acima. Por exemplo, Jorge conta que sua crise começa “Quando eu consegui tudo o que eu queria na carreira”. Marcelo, por sua vez, apesar do falecimento do avô, refere-se a outro elemento mais importante: “no dia em que eu surtei, tinha entregado meu documento de contratação para subir um posto na hierarquia”. Sem esquecer que nesse dia também “a Dilma caiu”, e ele julga: havia “conquistado tudo o que eu queria”. No caso de Antônio, pelo menos duas de suas três crises têm início da mesma forma. Em sua primeira crise, os sintomas de humor principiam com a conquista do “corpo atlético”. A terceira crise se instala quando ele tem sucesso na empresa e é reconhecido por isso.

Em um primeiro momento de análise do material apresentado, pensamos que esses poderiam ser exemplos do que Freud havia descrito como “arruinados pelo êxito”. Embora esses exemplos não se refiram estritamente a casos de mania, talvez pudéssemos pensar aqui que o êxito poderia levar a sentimentos de culpa e de angústia, que seriam sucedidos de crise. Tomando essa linha de raciocínio, Edith Jacobson (1953/1977) considera:

“De fato, os maníaco-depressivos podem reagir ao sucesso no amor ou no trabalho do mesmo modo como no fracasso: tanto com um estado hipomaníaco ou maníaco como um estado depressivo. (...). Sua inabilidade para aceitar o sucesso não é ou não é unicamente uma expressão de seu masoquismo moral e seu conflito de culpa. Um de meus pacientes depressivos responde às conquistas (ao sucesso) com uma luta entre sentimento de intenso orgulho e uma ansiedade nascente e vazia” (p. 251)

Em correspondência com isso, Jacobson conclui que “o sucesso é aflitivo para o maníaco-depressivo tanto quanto o fracasso” (p. 251). Mas se pode levantar a hipótese de que essa situação exitosa é capaz de levar a alguma modificação no Eu, e esta sim provocaria a mania. Essa foi a observação clínica de Helene Deutsch a respeito do desencadeamento da hipomania em uma de suas pacientes: “Eu observei igualmente um caso em que o processo maníaco foi inaugurado por uma identificação bem-sucedida e positiva” (1933, 370).

Deutsch relata o caso de uma paciente que sofria de depressões periódicas e cuja análise precisou ser interrompida temporariamente por causa de uma viagem da analista. Depois de uma breve fase depressiva, durante a qual a paciente sentia muita raiva da analista, surgiu pela primeira vez um estado maníaco. Após o retorno da analista e a retomadas das sessões, a paciente conta que, durante aquele período, também fez muitas viagens, durante as quais inventou um nome para si: “French”. Relata que “gozou das alegrias da vida em um estado de inquietação chamativo”. Acrescenta enfim que todas as histórias que narrava para terceiros durante a viagem se referiam a coisas inventadas sobre a vida da analista, revelando que o nome que inventou era substituto de “Deutsch”. Talvez o caso dessa paciente de Deutsch e a suposição de uma transformação do Eu no caso de sucesso nos deem uma pista que procuramos, ainda que neste caso em nenhum momento seu Eu Tenha se perdido. Ela relata que apenas inventou um novo nome, mas não que era a reencarnação dessa personagem.

Na fala de nossos pacientes, eles não apenas indicavam que o seu Eu havia desaparecido em determinado momento da crise como pouco diziam a respeito de si e de seu passado. Era como se houvesse uma quebra da narrativa de suas vidas. Restava pouco de sua história pregressa, que era substituída pelos relatos da missão que esse novo ser poderoso, em quem haviam se transformado, deveria cumprir. Esses ingredientes nos conduzem a uma outra hipótese diferente daquela oferecida por Deutsch a respeito da identificação, embora se aproveite dela.

A nossa hipótese consiste então em que, seja no estado da separação entre o Eu e seu Ideal, seja no estado de aproximação entre o Eu e o Ideal nos casos de sucesso, a parte revogada na mania não é o Ideal. Muito pelo contrário, quem vem à frente da cena é o Ideal de Eu, e não o próprio Eu. Segundo nossa hipótese, a mania é uma invasão do Ideal de Eu, um triunfo do Ideal.

VI – O IDEAL DE EU NO PROCÊNIO

No último capítulo desta tese tentaremos fornecer os elementos que sustentam a nossa suposição fundamental segundo a qual ocorreria na mania uma invasão do Eu pelo seu Ideal, apoiando-nos nos casos apresentados anteriormente. Como temos insistido de um modo ou de outro, nossa tese consiste em que a mania não é uma *magnífica festa do Eu*, mas uma infestação do Ideal de eu, que passa a roubar a cena. Seja porque se alcançou um êxito, seja como pelo abismo que se abriu entre as duas partes do Eu, sustentamos que a parte revogada na mania, para utilizar a expressão freudiana, não é o Ideal.

Vimos no capítulo anterior por que a ideia de fusão entre o Ideal e o Eu e, junto com ela, suas consequências econômicas em termos de satisfação, não vem bem a calhar para a explicação dos casos apresentados ao longo desta tese, em que pese sua fecundidade virtual, sobretudo para elucidar os estados de euforia e êxtase. É verdade que, em alguns dos casos, observa-se um humor exaltado e desinibição. Também em pelo menos um deles, não era difícil aproximar a descrição feita daquela de um sentimento oceânico do mundo, o que poderia ser entendido nos termos da fusão do Eu com seu Ideal, enfim, como uma versão de eu de puro prazer. No entanto, essa versão está longe de abarcar os eventos descritos nos casos selecionados em todo seu arco. Como dito, ela não explica a razão para o surgimento de um outro e as perturbações da propriocepção descritas na forma do “eu sai de mim”.

De algum modo, o elenco de sinais da presença da mania que Freud faz em *Psicologia das Massas* – como um estado de ânimo de triunfo, de autossatisfação, de ausência de autocrítica, de desinibição, de abolição da consideração por terceiros e de autocensuras – não se aplicava aos casos, pelo menos não no modo como esses traços são concebidos. Por exemplo, é certo que Freud lista entre os sinais da mania a presença da autossatisfação. Mas em nenhum dos textos consultados ele supõe que essa experiência de satisfação se dê mediante uma outra versão do Eu. Outro aspecto relevante, como já assinalamos, é a constante manifestação de preocupação com o semelhante que apareceu nos relatos, o que tampouco combina com a explicação que Freud oferece para a mania.

Entretanto, apesar dessa divergência com a perspectiva freudiana, não buscaremos outro autor para fundamentar a nossa proposta. Pois em Freud se encontra também os elementos que podem recompor a concepção psicanalítica da mania. Assim, pretendemos sustentar primeiramente que, em termos fenomênicos e metapsicológicos, as considerações

freudianas que melhor se aplicam à mania se encontram também em *Psicologia das massas*, mas especialmente no momento em que Freud descreve as características da mente grupal e sua relação com o líder. Assim, a explicação proposta aqui tentará articular esses dois eixos, o do protagonismo do Ideal de Eu e o da identificação secundária com os membros do grupo, como constituindo o aspecto central da formação da mania, em torno da qual se estruturam as perturbações que apresentamos no segundo capítulo.

Nesse capítulo, pediremos alguma complacência do nosso leitor, pois para tentar expressar nossa ideia lançaremos mão de algumas imagens aproximativas, certamente ainda pouco exatas. Como afirma Octave Mannoni (1994), o único recurso para se falar sobre as identificações é a metáfora. Foi assim igualmente com noções tão importantes como *incorporação e introjeção, projeção*. Desse modo, iremos nos aventurar a criar aqui algumas metáforas para tentar explicar o fenômeno que nos interessa.

Nos casos do capítulo anterior, os pacientes usavam frequentemente os termos da *encarnação e reencarnação*. Ao mesmo tempo em que seu Eu se perdia, saía de si. Se seguirmos a sugestão desses pacientes, tendo como referência o termo criado por Abraham, diríamos que, na mania, ocorreria uma *excorporação* do Eu. Quanto ao que ocorre com o Ideal, manteremos por enquanto as metáforas de invasão e de protagonismo, cujo efeito mais geral é o que chamamos de triunfo do Ideal.

6.1 A vertente do Ideal na mania

A explicação proposta aqui, segundo a qual ocorre na mania a formação de uma mente grupal individual, de modo que as concepções sobre as formações da mente grupal poderiam servir para explicá-la, não viola nenhum princípio de método da psicanálise. Freud já havia usado esse recurso algumas vezes. O mais conhecido talvez seja aquele que tentava estabelecer ponto a ponto as relações entre a neurose obsessiva e a estrutura religiosa:

“De acordo com essas concordâncias e analogias, poder-se-ia atrever-se a considerar a neurose obsessiva como o correlato patológico da formação de uma religião, descrevendo a neurose como uma religiosidade individual e a religião como uma neurose obsessiva universal” (1907/1996, p. 116).

O mesmo princípio foi adotado no início de *Luto e Melancolia* para a comparação entre a melancolia e o afeto do luto. Assim, propomos começar por uma comparação entre aqueles sinais da mania apresentados em nosso segundo capítulo e as características da mente grupal.

Começemos pelas descrições de Gustave Le Bon (1895/1980) e William McDougall (1927) sobre a formação de um grupo e as reações dos indivíduos nesse coletivo, indicadas por Freud no início de seu texto, pois elas nos darão os tópicos iniciais de nossa comparação. Elas deixam claro como a constituição da mente grupal não implica necessariamente a existência de uma reunião de pessoas para acontecer.

Para McDougall, por exemplo, várias pessoas podem estar em um mesmo local físico sem que formem um grupo. No entanto, se elas estão reunidas em torno de algo, como por exemplo, um “um brilhante cantor” (p. 27) de quem gostem muito, um grupo pode se constituir: “as condições essenciais da ação mental coletiva são, então, um objeto comum de atividade mental, um modo comum de sentimento em relação a ele e algum grau de influência recíproca entre os membros do grupo” (p. 23). O mesmo vale para Le Bon:

Em certos momentos da história, uma meia dúzia de homens pode constituir uma multidão psicológica, ao passo que centenas de indivíduos reunidos acidentalmente podem não a constituir. Por outro lado, um povo inteiro, sem que haja aglomeração visível, pode por vezes, em consequência de determinada influência, tornar-se uma multidão (p. 11)

Essa forma de estado de espírito compartilhado, a multidão psicológica, tem diferentes características para os dois autores, sobretudo porque, como o próprio Freud assinala, eles se baseiam em diferentes eventos. De modo geral, Le Bon tem como parâmetro os eventos da Revolução Francesa, enquanto os exemplos de McDougall referem-se às formações de grupos organizadas. Ainda assim, há aspectos comuns.

Para os dois autores, as características da mente grupal seriam as seguintes: ser irritável ou ter seus afetos exaltados ou intensificados; apresentar sentimento de onipotência (*Gefühl der Allmacht*); todos os seus sentimentos e atos são contagiosos; o sentimento de responsabilidade (*Verantwortlichkeitsgefühl*) individual estaria diminuído. Mais especificamente quantos aos atos, o grupo é impulsivo, imperioso, não consegue premeditar suas ações; é incapaz de perseverança. Também quando em grupo, o indivíduo perde em certo grau sua autoconsciência, sua consciência de si mesmo como uma personalidade distinta. Freud traduz isso como a “perda do sentimento dos limites de sua individualidade” (*das*

Gefühl ihrer individuellen Abgrenzung zu verlieren) (p. 95). O grupo também pensaria por imagens, que se chamam umas as outras por associação. Mas, ao mesmo tempo em que certas faculdades são destruídas, outras podem ser conduzidas a um alto grau de exaltação.

Iremos analisar com mais vagar algumas dessas transformações ao longo deste capítulo, mas, desde já, gostaríamos de chamar a atenção a respeito de sua similaridade com as perturbações do humor, da esfera motora, dos atos, da propriocepção, da associação das ideias, tal como apresentadas no segundo capítulo desta tese, assim como nos relatos dos pacientes, em todas as vinhetas elencadas até aqui.

Para Freud, a explicação sobre a formação do grupo implica a colocação de um objeto do lugar de Ideal de Eu, representando o líder, e como consequência a identificação secundária entre os membros do grupo que são todos aqueles que possuem o mesmo líder. A obediência aos comandos do deste irá explicar a diferença entre o funcionamento do indivíduo e do grupo:

“Sabemos hoje que, por diversos processos, um indivíduo pode ser colocado em uma condição em que, havendo perdido inteiramente a sua personalidade consciente, obedece a todas as sugestões do operador que o privou dela e comete atos em completa contradição com seu caráter e hábitos” (p. 86)

Iremos nos ater agora a essa relação com o Ideal; a razão disso se deve à suposição de que é justamente o Ideal que, por assim dizer, vem à frente do palco na mania. Pois, nos casos apresentados, alguns diziam ter se desligado de si, saído de si, durante a mania. Em muitas ocorrências, a sensação de descontinuidade entre o Eu e as ações realizadas durante a crise também se fazia presente. Observamos isso em falas do tipo “até ali eu era eu” ou nas reações ao que se tinha realizado durante a crise, contrastando inteiramente com representações usuais que a pessoa fazia sobre si. No segundo capítulo há dois exemplos disso. Por exemplo, o caso de Jamison, que comprara uma raposa empalhada, mesmo sendo uma pessoa que “amava os bichos”. Também no caso de Patty Duke, que compra um buggy que nem poderia dirigir, porque “não sabe usar marcha”. Também no segundo capítulo citamos a narrativa de Jamison de acordo com a qual ela começava a manifestar interesses por causas sociais ou políticas com as quais não se preocupava quando fora da crise.

Talvez seja possível considerar tudo isso possa ser o efeito do Eu desinibido, como, quando em um estado de embriaguez, alguém faz coisas de que não se recorda no dia seguinte e com as quais se surpreende ao ouvir os relatos sobre elas, com a expressão de espanto: “Eu fiz isso?”. De modo geral, esses fenômenos talvez possam ser atribuídos à perda momentânea do senso de responsabilidade e a um estado impulsivo daí decorrente.

No entanto, na maioria dos casos, como pudemos ver, junto com essa situação do Eu, emerge a construção de frases do tipo “eu sou X”. Para aqueles que não construíam essa versão, constatava-se a “perda do sentimento dos limites de sua individualidade”, tal como relatam os autores acima a respeito do integrante das massas. Assim, notamos que essas alterações na propriocepção, tanto aquelas apresentadas no segundo capítulo, quanto aquelas descritas no capítulo anterior, não pareciam ser atribuíveis apenas à desinibição e à alegria.

Mas não se trata disso, ou pelo menos, não inteiramente. A alteração que ocorre nos pacientes, segundo os seus relatos, leva a conquistas de novas capacidades e dons que eles não tinham antes, como no caso de Jorge, que consegue acessar conhecimentos muito antigos em sua memória e tornou-se mais sábio. Joshua Logan conta igualmente que se tornou mais rápido, capaz de dançar como um bailarino e dominar três línguas da noite para o dia. Já Marcelo consegue se conectar com o cosmos. Pouco a pouco, tinham capacidades excepcionais, que nenhum ser humano possuía.

Nesses casos, o que poderia ser algo apenas da ordem da quantidade, “estou mais rápido”, transformava-se em uma qualidade que transcendia a experiência. Passou-se então para a dimensão das capacidades extramundanas: o dom da telepatia, o dom de controlar raios e trovões. Finalmente, podíamos notar o tipo de transformação em um ser excepcional: alguém escolhido por deus para salvar as pessoas da invasão das cobras, um ser especial, o salvador da pátria, um ator famoso, um presidente da república, alguém que conquista almas através do esporte, um super-herói, a encarnação de Jesus, o próprio deus e até Samuel Beckett.

É verdade que a embriaguez pode deixar alguém na crença de possuir dons diferentes, mas, não é frequente que o sujeito se torne Samuel Beckett. Precisamente, a *encarnação* desse autor. Quando Agathe Lenoël pensa que é a alma de Beckett encarnada, não é mais seu Eu que fala, não há mais a representação sobre si a que referia Agathe Lenoël. Enfim, o estado de embriaguez não nos informa muito do que está no centro da crise maníaca, dessa transformação em que o Eu parece ceder lugar a um outro.

Sustentamos assim que estas modificações não são explicáveis pela hipótese da ocorrência da suspensão do recalque e da fusão entre o Eu e o seu Ideal. Voltamos a afirmar que essa hipótese freudiana para a mania até pode explicar as alterações dos impulsos motores, da dimensão da propriocepção, da sensibilidade corporal e da linguagem presentes na mania. Mas ela não alcança a formação do tipo de representação de si que os pacientes fazem na mania. Supomos que elas estejam relacionadas a uma transformação mais profunda na instância do Eu. Como vimos, a nova versão de si que era formada era a versão de um ser extraordinário, algumas estavam muito próximas à caracterização dos grandes homens retratados por Freud em *Moises e o Monoteísmo* (1939). E aqui vamos encontrando as pistas para o quebra-cabeças da mania. A primeira delas consiste na ideia de que, a instância do Eu que ganha a fala durante a crise da mania, é o Ideal de Eu.

Converge com a nossa suspeita um comentário lateral de Englebert e Stanghellini (2015) a respeito da mania, quando remetem a um estudo de aproximação entre psicopatologia e etologia. Segundo esse estudo, o comportamento do maníaco se pareceria com aquele do animal territorial:

“Ao observar seus pacientes maníaco-depressivos, por um lado, e os animais na natureza, por outro, Demaret observa que ‘nada é tão semelhante à agitação de um maníaco que aquela de um animal territorial’. No reino animal, o comportamento territorial corresponde à defesa de um espaço por um sujeito ou grupo contra a intrusão de estrangeiros. Quando está em seu território, o animal parece apresentar uma autoridade ‘natural’ sobre os outros, como se suas forças tivessem aumentado dez vezes” (p. 696).

Dentro das referências conceituais freudianas, essa imagem nos remete certamente ao pai da horda, mas sustentamos que, na mania, o que está em jogo é a sua versão idealizada. Se essa linha de teorização é correta, cabe então retomar algumas das teses freudianas sobre a formação do Ideal de Eu, a fim de resgatar a concepção de como como o Ideal se encarna, o que nos remete já à *Introdução ao narcisismo* (1914).

Como apresentamos no capítulo 4, o Ideal de Eu seria uma *instância psíquica especial* (1914, p. 41) que observa continuamente o Eu e o compara com sua forma ideal (p. 1914, p. 40). Já em *Introdução ao narcisismo*, sabemos que ele tem origem em vozes:

“(…) a incitação a formar o ideal de Eu, cuja tutela foi confiada à consciência moral, partiu da influência crítica dos pais intermediada pela voz (*die Stimme*), aos quais se juntaram no curso do tempo os educadores, instrutores e, como uma hoste inumerável e indefinível, todas as demais pessoas do meio (o próximo, a opinião pública)” (Freud, 1914/2010, p. 42).

Essa instância crítica (*kritische Instanz*) se tornou independente do Eu e cumpre a tarefa de observá-lo continuamente, além de medi-lo de acordo com o referido ideal. Em *Psicologia das Massas*, Freud lista suas funções de auto-observação, consciência moral, censura onírica e a principal influência no recalque, acrescentando a essa instância também a função de “verificar a realidade das coisas” (p. 124).

Freud considera que, assim como uma pessoa tem, ao longo da vida, muitos vínculos de identificações, também seu Ideal de Eu será formado por muitos modelos, uma composição de traços de vários grupos a que se pertence. A partir desses múltiplos traços e combinações, cada pessoa iria construir seu Ideal de Eu, das mais variadas formas. Neste contexto, é levantada uma observação importante. De acordo com ela, o ideal é apenas o resultado da assimilação desses traços, já que, a partir desses diversos grupos, o indivíduo pode se elevar e construir um elemento de originalidade e independência em seu Ideal de Eu.

Em 1923, os desenvolvimentos em torno do ideal de Eu passam a ser tratados nos tópicos sobre o Supereu. O título da parte em que o conceito se apresenta é *O Eu e o Supereu (Ideal de eu)*, do que é possível inferir se tratar de uma equivalência. Freud expõe as origens do Supereu na identificação com o pai, a primeira e mais importante identificação de um indivíduo (*die erste und bedeutsamste Identifizierung des Individuums*) que, em determinado momento da história libidinal, toma uma tonalidade hostil (*eine feindselige Tönung*) (1923, p. 44). Ele é um precipitado no Eu (*einen Niederschlag im Ich*) das identificações com as figuras paternas, confrontando-se com o Eu, mas não apenas isso. Freud acresce que o Supereu é esse resíduo das escolhas objetais do Isso, mas também uma enérgica formação reativa (*einer energischen Reaktionsbildung*) contra esse precipitado (1923, p. 47). Desse modo, cabe a ele os dois mandatos: “assim (como o pai) você deve ser” (“*So (wie der Vater) sollst du sein*”), mas também uma vertente proibitiva “Assim (como o pai) você não pode ser” (“*So (wie der Vater) darfst du nicht sein*”). Essa característica conferirá ao Supereu, então, um duplo aspecto. Em 1933, em *Novas Conferências sobre Psicanálise*, Freud adiciona à sua concepção de Supereu quais seriam as suas funções. Assim, ele é a instância que observa, julga e pune. Mas, além disso, é o veículo, o portador do Ideal do Eu (*der Träger des Ichideals*), pelo qual

o Eu se mede (*an dem das Ich sich mißt*) (p. 70). Diferentemente do texto de 1923, nessa versão o Supereu e o Ideal de Eu parecem ser instâncias separadas.

6.2 O Ideal Encarnado

A importância desse vínculo sublinhado por Freud entre a formação do Ideal e a absorção de uma *multiplicidade de vozes* é evidente pelo que vimos até aqui. Justamente nessa determinação podemos reconhecer um traço característico da mania, que, no entanto, a concepção psicanalítica consagrada não pareceu dar a devida atenção. Porém, um outro aspecto, intrinsecamente ligado a esse primeiro, é igualmente fundamental: o aspecto corporal dessa formação.

O Ideal, além de ter sua origem nas múltiplas vozes, desde sua primeira menção em 1914, é descrito da seguinte forma: “A instituição da consciência moral foi, no fundo, uma corporificação (*eine Verkörperung*) inicialmente da crítica dos pais, depois da crítica da sociedade (...)” (Freud, 1914/2010, p. 43). É curiosa essa menção ao corpo, presente tanto tempo antes de *Eu e o Isso*, na qual a instância do Eu é definida como sendo um “eu corporal” (p. 39). Trata-se, portanto, de um fragmento de fora que se instala, que é introduzido no corpo e passa a fazer parte de seu funcionamento, uma corporificação.

Nos casos vistos no capítulo anterior, há dados suficientes para a suposição de que se encontra aí uma das formas mais relevantes para o Ideal começar a vir à cena. O caso de João é o mais emblemático. Um elemento, o lítio, leva à equivalência com Wolverine. Como uma invasão viral na célula hospedeira, esse elemento estranho determina seu metabolismo, utilizando o que já existe no interior da célula. Para Antônio, por sua vez, em sua primeira crise, foi a transformação de seu físico em um “corpo atlético” que o levou a ser “um ator famoso”, como se essa nova forma de seu corpo permitisse a manifestação de seu Ideal.

Entre os casos apresentados, há relato da alteração da propriocepção em todos eles. João dizia sentir que possuía poderes telepáticos e a capacidade de controlar as panteras com sua mente. Marcelo relata que, ao final de sua primeira crise maníaca, começou a sentir que estava em “conexão com o cosmos”. Já Antônio conta que em suas crises maníacas conseguia enxergar melhor, falar melhor e que tinha a sensação de que poderia controlar os efeitos das medicações em seu corpo. Já Marina diz em seu pequeno relato que havia se sentido diferente durante a prova do concurso, principalmente no que se refere ao fluxo do pensamento, pois

“pensava demais”. A versão desse outro em que a pessoa se transforma é resultado desse algo que lhe foi dado. Por exemplo, Francisco exclama: “Eu sou o Salvador do Povo Brasileiro. Mas sei que tenho que aprender a controlar os dons que foram dados”. E José: “Desde pequeno, todo mundo na escola sabia que eu era especial. Peguei um autógrafo do Chico Anísio quando eu tinha quatro anos”.

A dimensão corporal pode ter um papel relevante em outros modos na crise. No início da dela, como vimos desde o capítulo dois, há alterações na percepção do próprio corpo e de suas capacidades. Para Carlos, a sensação de ter energia o permitia jogar futebol durante três horas seguidas, sem se cansar, precisando da fala de terceiros para saber sobre o seu limite. Além disso, Carlos também descreveu que, durante as crises, sentia que suas emoções afloravam. Para Marcelo, a crise “ativou diferentes áreas do cérebro”, e, para Jorge, o seu coração havia sido tocado. O mesmo vale para Francisco, quem sente em seu corpo uma “energia cinética, um campo de energia”. E algo similar no caso de José, quem tinha uma “mente brilhante” e se sentia “super”.

No entanto, apesar dessas alterações nas representações de si, o maníaco não perde sua *Gestalt* corporal. Ele não percebe seu corpo como algo impessoal ou mecânico. Não há sentimento de incômodo com o corpo ou sentimento de que está sendo invadido e que suas ações ou sentimentos são comandados desde fora.

Para efeito de comparação, tomemos o caso da paciente Glaucia, que a nosso ver não corresponde ao funcionamento maníaco que buscamos compreender. A paciente é internada após a morte repentina da mãe. Bastante agitada, anda sem parar, não consegue ficar sentada. Conta que quando a mãe morreu, andou com o documento de identidade de sua mãe “grudado ao seu corpo” durante uma semana. Então sonhou com sua mãe gritando: “Eu morri!” e, desde então, parou de andar com o RG. Em seguida, passou a ter “síndrome do pânico” (sic), mas o psiquiatra lhe deu remédios e ela se sentiu melhor por alguns dias. No entanto, há três dias, ela conseguiu “entender o mundo dos mortos”. Mas, ela diz, o problema é que os espíritos agora “mexem em seu corpo, trocaram a sua costela por de outra mulher, trocaram as suas partes íntimas”. Além disso, “colocaram gordura” em seu corpo: “Eles falaram, toma! Mais 3 kg!” Desde então, Glaucia chora sozinha. Ela abraça seus travesseiros “como se estivesse abraçando a parentela” e soluça bem fundo, mas diz que esse soluço não é seu: “É o soluço da minha mãe. É ela que está soluçando”. Apesar de bastante agitada e de caminhar sem parar, é possível perceber como a relação de Glaucia com o seu corpo e com o que os espíritos colocam nele é muito diferente daquele dos pacientes que estamos analisando.

Tampouco a experiência corporal dos pacientes maníacos se parece com as experiências, menos extremas mas não menos intensas, descritas por Moretto (2006) a respeito da relação que um paciente pode ter com um órgão transplantado. Quando o paciente sente que a introdução desse “enxerto no organismo”, não faz parte dele, mas é parte do outro (p. 193). Aqui, as transformações corporais que os pacientes relatam são sentidas de outro modo, mesmo quando algo é inserido em seu corpo, como no caso de João. O lítio, objeto estranho, é incorporado, e faz surgir a voz de um super-herói.

Outro aspecto a ser notado no caso de Glaucia diz respeito à representação de que esses pedaços de outras pessoas estariam sendo colocados pelos espíritos em seu Eu, ou seja, ela se manteria como Gláucia durante a crise. Ela tem a capacidade de entender o mundo dos espíritos, mas, desde então, estes mexem no seu corpo. Há algumas diferenças em relação aos pacientes maníacos. Apenas para mencionar algumas delas para efeito de comparação com o que estamos tratando. A primeira é a manutenção do Eu durante a crise, apesar de ser um Eu que está misturado com o Eu de sua mãe, mas ainda assim o Eu. O segundo ponto tem a ver com a observação de que a costela dada a Glaucia, uma costela de outra mulher, não faz dela uma mulher excepcional, como ocorre nos casos dos maníacos. Pelo contrário, ela se incomoda com a intrusão das partes de outras pessoas e da manipulação de seu corpo oriunda dos espíritos. São eles que estão, digamos, no controle da situação. As fronteiras do corpo de Glaucia são abertas ao outro, mas ainda assim ela não perde a referência a seu Eu.

Ainda para efeito de contraste, retomemos o caso de Agathe Leonël, em que o fragmento ou a modificação no corpo era capaz de gerar uma transformação brutal no Eu. Durante a entrevista com a enfermeira, Leonël se lembra de Beckett e os traços comuns que tem com o autor, a mesma blusa, o fato de que tomavam o mesmo remédio, e isso a fez pensar que ela era a “encarnação de Beckett ou ainda que sua alma se apossou do meu corpo”.

É importante assinalar, nesse contexto, que essa invasão do Ideal não é uma intrusão de tipo dissociativo. Chama a atenção que o maníaco não considera estar sob influência estrangeira, de uma força maior, que o domina. A energia que o toma pode ser sentida como excessiva, mas pertence a ele. Nos casos estudados, os pacientes não sentem, segundo suas expressões, que fazem algo contra a sua vontade. Por exemplo, quando começam a escrever, não sentem que sua escrita ou linguagem são mecânicas ou ditadas de fora; se ele psicografa, isto é um dom. Apesar da alusão à novela *O estranho caso de Dr. Jekyll e Mr. Hyde* que um dos pacientes faz à mania, na maioria das vezes, também não se trata de uma forma de duplo.

Não há ideia de perseguição ou de intrusão no corpo resultante de um eu cindido, tal como as histórias terríveis recolhidas por Otto Rank (1925/2013).

Apesar de Ceillier (1924) em seu clássico estudo sobre a síndrome de influência citar o artigo de Logre e Heuyer, no qual os autores afirmam que haveria delírio de influência na mania que coincidiria com o período de excitação, Ceillier discorda da concepção dos autores no que se refere ao traço paranoico (p. 370) dessa influência:

“Diante dos fenômenos estranhos que ele experimenta, o paciente procura uma explicação que satisfaça o princípio de causalidade, e como, precisamente, ele não tem consciência de estar doente, como não reconhece a origem endógena de seus transtornos, é necessário que ele evoque uma causa exterior, independente dele mesmo, tal como o hipnotismo, o magnetismo, a influência divina” (Ceillier, p. 371)

Por seu turno, Dumas (1946) discorda dessa opinião de Ceillier. Segundo ele, todos os pacientes que entrevistou depois da crise dizem que se sentiam livres e não influenciados por um outro (p. 59). De acordo com Dumas, o paciente às vezes sente que não pode controlar o acesso, mas isso não quer dizer que sintam que estejam sob uma influência externa que lhes é incomoda (p. 60).

É verdade que, em alguns momentos da crise, a alteração da propriocepção possa ganhar um tom desprazeroso, até mesmo angustiante, mas isso não é reputado à influência externa. Quanto a isso, há uma passagem bastante ilustrativa na biografia de Joshua Logan. Ao falar sobre o modo como transcorreu sua crise maníaca, ele fornece um bom exemplo da modificação na qualidade da experiência. No começo da crise, segundo suas palavras, ele vivia “vida extasiada fantástica” (p.127), e relata uma alteração na percepção de si bastante interessante: “era como se o mundo estivesse se movendo muito vagarosamente para mim e eu estivesse vinte milhas à sua frente” (p. 120). No entanto, no transcorrer da crise, a sensação de ser um super-homem, capaz de dançar, conversar, ter dons excepcionais, vai progressivamente dando lugar a uma sensação de cansaço e ansiedade. Estamos em 1930 e ele parte em viagem; começa então a incomodar-se com a velocidade do trem, que se movimentaria muito vagarosamente:

“Aquele viagem durava centenas de anos, e cada vez que o trem parava ou desacelerava eu pensava: esse vai ser meu fim. Eu vou morrer antes de esse trem chegar. Por favor, alguém o faça se mover mais rápido! Por favor! Por favor! Ele não o fazia. Ele rastejava tão lentamente que eu não conseguia senti-lo se movimentar” (p. 140).

Com muita dificuldade, ao chegar ao seu destino, Logan se dirige ao hotel. Ele descreve uma intensa agonia para chegar ao hotel pois já não se sentia em harmonia com o mundo. Ao deitar na cama, ele descreve suas sensações:

“primeiramente um tipo de calafrio que parecia disparar minúsculos tremores através de mim, depois aquele mesmo calafrio misturado com um diafragma apertado e a explosão de histeria jorrando. Meu corpo tremia tão violentamente que sacudiu a cama, eu não conseguia ficar parado” (p. 141).

Veremos mais adiante como o relato de Logan pode estar relacionado a uma fase determinada da crise maníaca. Mas como vimos, no conjunto, de acordo com os vários relatos acolhidos, o maníaco relata que se sente mais poderoso, mais rápido, dotado de várias habilidades e capacidades durante a crise. Além disso, a sensação de potência aumentada não é sentida como invasão, nem tampouco contém um tom desprazeroso em relação ao corpo; antes, teríamos algo como um corpo triunfal. A menção de incômodo corporal costuma aparecer, de modo geral, do meio para o final da crise.

6.3 O Ideal Vestido

Não raro, nos relatos dos maníacos, vemos as transformações com a vestimenta acompanhando a crise maníaca, seguida por sua destruição, sobretudo ao final da crise. Esse aspecto já estava presente em nosso primeiro capítulo, na descrição de Areteu, quando afirmava que o maníaco apresentava um impulso para rasgar a sua própria roupa. No segundo capítulo, essa mesma observação foi feita também por Linas e Kraepelin. Ao que parece, é como se, de fato, o maníaco tivesse vestido a pele de alguém que agora precisasse tirar.

No livro de Jamison, ela conta que, quando em hipomania: “As bainhas das minhas saias subiam, os decotes baixavam, e eu aproveitava a sensualidade da minha juventude. Quase tudo era exagerado” (p. 44). Algo semelhante sucede no caso de João, que, como Wolverine, passa a vestir-se de maneira correspondente e portar o mesmo corte de cabelo. A similaridade era tão grande que os outros pacientes da internação o apelidaram com o nome da personagem. E não podemos deixar de mencionar o caso de Marina, quem, quando “saía de cena, precisava mudar de blusa”. O elemento que leva Agathe Lenoël a pensar que é a encarnação de Beckett vem de uma foto dele em que veste uma blusa com gola de pele falsa. Segundo ela, nesse dia ela também veste uma blusa com as mesmas características.

Finalmente, o caso de Carlos, quem, no auge de sua crise, retirou toda a roupa, ao sair correndo pela rodovia.

Sustentamos, assim, que essas transformações na vestimenta sejam mais uma forma de expressarem a transformação por que passa seu corpo porque as roupas podem se prestar facilmente a isso. Como afirma Souza (1987)¹ “(...) o traje não existe independente do movimento, pois está sujeito ao gesto, e a cada volta do corpo ou ondular dos membros é a figura total que se recompõe, afetando novas formas e tentando novos equilíbrios” (p. 40). Também Lebrun (2005) insiste no mesmo ponto, “por sua semelhança com o corpo, a roupa pode representá-lo” (p. 615). Finalmente, também Octave Mannoni sugere que além das imagens da *introjeção*, as roupas também poderiam ser um elemento de expressão da identificação:

“Por enquanto, proponho uma imagem para substituir a dos canibais: a dos pele-vermelhas. Eles se identificavam com seus inimigos para poder combatê-los, mas conservavam seus escalpos, com os quais se cobriam. Todos os seres humanos estão cobertos por escalpos provenientes do jogo da identificação e da desidentificação” (1994, p. 177)

Esse vínculo metonímico entre as roupas, o corpo e a identificação também é referida por Oudin (2013) ao recorrer à função do figurino no teatro. Ela afirma: “Quanto ao figurino do ator, não implica tanto uma duplicidade como uma concordância temporária com o ser do papel: a apropriação da aparência é ao mesmo tempo signo e instrumento dessa mudança de ser” (Oudin, 2013, p. 123).

Não a toa muitos autores relacionam a mania a atuação e ao jogo, mas certamente foi Henri Ey (1954) quem mais ressaltou esse aspecto da mania. Nesse contexto, as expressões *jouer* e *play* são melhores para descrever o que ocorre, e Ey brinca com as possibilidades do verbo em francês para se referir ao que se passa na mania. Pois além de estar presente a dimensão da atuação, alguns maníacos também referem a impressão de se estar em um jogo. Esse aspecto também foi sublinhado por Leader (2015).

¹ Não enveredamos por esse aspecto aqui, mas vale a pena referir-se a autoras como Fanny Oudin (2013), Caroline Lebrun (2005) e Gilda de Melo e Souza (1987), as quais enfatizam a dimensão da vestimenta como linguagem, um código semiótico que separa as classes, os gêneros, os grupos, famílias: “(...) a vestimenta é uma linguagem simbólica, um estratagema de que o homem sempre se serviu para tornar inteligíveis uma série de ideias como o estado emocional, as ocasiões sociais, a ocupação ou o nível do portador” (Souza, p. 125).

De modo geral, trata-se aqui dos “elementos teatrais” da mania (Ey, 1954; Frieda von Eichmann *et al*, 1953). Algumas observações de Griesinger e Kraepelin abordam esses elementos:

“Esses indivíduos são quase como crianças que interpretam uma comédia, e que se deixando levar pelo espírito do papel que desempenham, se tomam realmente por instantes pelos heróis que representam, ainda que eles saibam perfeitamente em si mesmos que os espectadores não podem acreditar seriamente nisso” (Griesinger, p. 334).

“Todas as ideias delirantes são apresentadas ora com um acento teatral, ora de uma maneira jocosa” (Kraepelin, 1913, 2012, p. 86)

Nos casos reportados, são muitos os exemplos que reforçam esse vínculo com o teatro. Agathe Lenoël, em uma das suas crises, começou a achar que era Cristo em sua via Sacra. O termo escolhido por ela é: “*jouer Christ*” (p. 57). Em outra crise, ela começa a pensar que está em um jogo: “Trata-se de um jogo (*jeu*), nós estamos na emissão ‘Intervilles’ e eu faço parte da equipe Paris” (p. 69). Logan também diz em sua biografia: “Eu parecia visualizar toda a minha existência em termos teatrais ” (Logan, 1976, p. 01). No auge de sua crise maníaca, quando estava se sentindo mal e cansado, seus amigos proferem: “você está com uma cara péssima”. Tomando a frase ao pé da letra, ele resolve dar uma solução para isso e vai até uma farmácia: “Eu estava cheio das pessoas me dizerem quão mal eu parecia. Como um homem de teatro, eu sabia que eu precisava usar maquiagem. Eu comprei vários tons de base marrom, batom vermelho para os lábios, rosa para as bochechas, um lápis marrom e removedor” (Logan, 1976, p. 142). De algum modo, a maquiagem parece trazer a esperança de que, com ela, poderá pintar outro rosto, compor um outro personagem.

Em outra ocasião, Logan diz que, às vezes, nos momentos felizes, sua capacidade para expressar-se era tão maravilhosa que sentia que “estava dizendo as falas de outra pessoa” (p. 127). Além de essa observação não conter nenhum estranhamento em relação a essa voz, ela revela que, de fato, são as vozes do Ideal que entraram em cena na mania.

No artigo já citado de Englebert e Stanghellini (2015), os autores comentam um caso de um paciente maníaco que afirmava ser um robô. E observam como nesses casos, há uma perda da recuperação da própria história, da narrativa da vida. De fato, na maior parte dos casos, sobretudo quando atendidos durante a crise, os pacientes pouco referiam à sua história de vida. Principalmente no caso de Jorge, João, Marina. No serviço de internação psiquiátrica, era comum que os pacientes, após contarem sobre os fatos que os trouxeram à internação, falassem de outras dimensões de sua vida. Problemas familiares, questões profissionais,

preocupações. Nos casos desses pacientes, há um fio que, durante a crise, não desliza para seu passado. As vozes são de outros.

Sem conexão aparente com sua concepção de mania, Freud escreve, em relação aos quadros, que eles estavam relacionados à manifestação do Ideal de Eu: “as vozes e a multidão indefinida são trazidas à luz pela doença” (Freud, 1914/2010, p. 43). Veremos daqui a pouco como assumir a pele do Ideal e assumir a voz (*Stimme*) desse Ideal também levará a estar em harmonia com seu estado de humor (*Stimmung*).

6.4 A vertente do grupo

Antes, no entanto, de dar a um passo a mais nessa direção, devemos abordar o segundo ponto, que nos permite sustentar que a mania é similar à estrutura da mente grupal em funcionamento. Ela se relaciona à vertente da identificação secundária formada com o grupo.

Neste segundo eixo de análise se encontram as expressões daquelas manifestações que os pacientes apresentaram a respeito da preocupação com os outros. Já dissemos acima que esse fenômeno não se relacionava em nada com as descrições freudianas a respeito do estado do Eu na mania. Pode-se contra-argumentar, no entanto, lembrando que, afinal, além do triunfo, o grande paradigma freudiano da mania era a festa, o carnaval e, portanto, um evento coletivo. No entanto, apesar desse tipo de apresentação poder estar presente, o que nos chamava a atenção eram dois aspectos.

O primeiro consiste no que Akiskal *et al.* (2003), Ghaemi (2003) e Leader (2015) mencionam sobre a sociabilidade do maníaco e a seu sentimento de estar como que ligado aos outros, mesmo às pessoas que são completamente estranhas. O segundo ponto era o caráter missionário, quase prometeico, de falas como “vou libertar o povo brasileiro”, de intenções de doar dinheiro aos pobres, de defender os injustiçados, de “fazer o bem sem olhar a quem”. Essa vertente conecta-se com o traço, por assim dizer “político” e “moral” da mania, aquilo que Caillard (1982) chamou de “proselitismo sindical da mania” (p. 14), como vimos no segundo capítulo. O maníaco veste a camisa de uma causa que diz respeito não só a ele.

Os casos reforçam essa dimensão missionária, vinculada aos destinos do grupo: Jamison descreve que, em certo momento de sua crise, tinha a missão de alertar o mundo a

respeito da proliferação descontrolada de cobras assassinas. Agathe Lenoël inicia sua preocupação com o outro participando de um jogo em favor do time de Paris e, dentro do avião a caminho da Córsega, muda a versão: a missão agora é salvar o mundo. “Cada habitante francês iluminou sua casa para *nos* dizer que estava *conosco*. Eu sou muito agradecida a essas pessoas: existem milhares que aderiram à *nossa* causa. Os passageiros do avião têm uma missão especial: salvar o mundo” (grifos nossos, p. 80).

Por sua vez, Patty Duke relata que, em uma de suas crises, também recebeu um chamado para algo similar:

“Estava na estrada, no caminho para minha aula de tênis, quando eu comecei a alucinar. (...). Vozes falavam para mim através do rádio do carro. Manchetes bizarras falavam pessoalmente comigo na forma de noticiário. A voz dizia que alguém estava invadindo a Casa Branca, e que eu poderia ajudar com esse assunto. Eu tinha que ir a Washington! Eu tinha uma missão” (p. 18)

É verdade que essas versões estão próximas do sentimento de si exagerado e poderíamos reputá-la apenas à megalomania. Mas sustentamos que há algo além disso e que fica mais evidente no relato de Agathe Lenoël. Se recuperarmos outros depoimentos, perceberemos que se trata de algo além do exagero do Ideal; antes, eles se referem à manifestação de um sentimento comunal ou de grupo, a expressão de um *nós*, como Freud fala da formação da identificação entre os irmãos na *Psicologia das massas (ein Masse – oder Gemeinschaftsgefühl)* (p. 130). Trata-se aqui de uma segunda dimensão da colocação em cena do Ideal de Eu; em torno dos laços libidinais com o líder, forma-se uma identificação secundária com os irmãos. Em suas missões, por seu lado, o maníaco expressa a necessidade de ajudar os seus irmãos.

A nosso ver, isso pode explicar por que em grande em suas falas há tanta demanda por justiça, ou a expressão da luta por uma causa comum com seus irmãos. Nesse ponto, compreendemos um traço fundamental da mania a partir da concepção de Freud segundo a qual o aparecimento da exigência de tratamento igual para todos e a demanda por justiça advém como a primeira formação reativa (p. 130) desse tipo de organização, substituindo a rivalidade e o sentimento de hostilidade e a inveja. A justiça aqui tem um sentido estritamente igualitário: todos são iguais perante o pai.

Trata-se assim de uma segunda dimensão da mania, relacionada ao sentimento de grupo, à expressão de pertencer a um grupo. Por exemplo, sem mencionar ser portador de uma grande missão, José anuncia: “Eu estou com os Girondinos”. Já Rosa leva esse

sentimento ao paroxismo e teme agora, no mundo em que todos serão tão iguais, que nada mais restará de singular em si para que sua namorada a distinga dos outros.

Essas formas parecem tomar um sentido contrário às descrições de Le Bon sobre as massas, mas o próprio Freud faz a ressalva

“A fim de fazer um juízo correto dos princípios éticos do grupo, há que se levar em consideração o fato de que, quando indivíduos se reúnem num grupo, todas as suas inibições individuais caem e todos os instintos cruéis, brutais e destrutivos, que nele jaziam adormecidos, como relíquias de uma época primitiva, são despertados para encontrar gratificação livre. Mas, sob a influência da sugestão, os grupos também são capazes de elevadas realizações sob a forma de abnegação, desprendimento e devoção a um ideal” (Freud, p. 89)

Há uma passagem presente no texto de Georges Dumas (1946) que parece ilustrar bem o que estamos chamando aqui das duas vertentes em funcionamento na mania, ou seja, aquela que chamamos de protagonismo do Ideal e identificação secundária de grupo. Dumas atendeu um capitão do exército francês durante a sua internação e, algumas semanas após a crise ter terminado, ele resolve entrevistar o paciente para perguntar sobre alguns de seus comportamentos durante a crise. Dumas pergunta primeiramente sobre o significado de um grito específico que o paciente dava, “esse granito é meu!”, ao atirar-se no chão do quarto. O paciente respondeu: “Eu me lembro, havia em minha mente uma manifestação patriótica, um chamado para o velho solo francês, eu estava cheio de sentimentos patrióticos, ansioso para demonstrá-los”. Dumas então pergunta: “Um dia, quando entrei em seu quarto, você me saudou rugindo e virando os olhos terrivelmente”, o que isso significava? O capitão lhe responde que, naquele momento, ele era como um leão: “Sim, eu sei, foi em honra do meu pai, oficial antes de mim no exército da África. Um dia o acusaram, na cantina do exército, de não ser patriota, e ocorreu um duelo. Ao rugir como um leão da África, senti que eu encarnava o patriotismo de nossa família, o de meu pai como meu (1946, p. 59).

Essa situação talvez possa explicar por que, para o maníaco, mesmo as pessoas estranhas podem lhe parecer próximas, pois ela se sente ligadas a elas de alguma forma. As pessoas se tornam familiares para o maníaco. Essa segunda vertente da mania expressaria a criação dos laços fraternos, podendo se estender a um grupo mais restritos, como os “Girondinos”, ou, como no caso de Agathe Lenoël, ter como esfera a humanidade inteira.

Essa dimensão da criação de uma família revela-se também em um evento bastante comum relatado pelos pacientes, a saber: eles confundem a equipe médica com seus parentes ou com médicos já conhecidos. O paciente João, por exemplo, em sua segunda internação,

achava que eu era sua “tia Salete”. Os depoimentos de Patty Duke apresentados no segundo capítulo também estão repletos de situações desse tipo; ela fazia confissões em rede nacional, convidava estranhos para morar em sua casa, casou-se com seu inquilino. Mas há ainda mais um exemplo dela. Ela estava em crise quando o senador Robert Kennedy foi assassinado: “eu tive uma reação enorme e fora de proporção a seu assassinato. Eu sei que aqueles eram tempos malucos e que todos tiveram reações enormes a seu assassinato, mas para mim era como se ele fosse *meu* irmão ou *meu* pai (grifos da autora, p. 13).

Assim, nota-se que, para o maníaco, forma-se de algum modo um sentimento de familiaridade com estranhos. Pessoas que ele nunca avistou, se tornam íntimas. Ele não tem incerteza sobre o outro. É o inverso do que se passa nas descrições freudianas do *Unheimlich*. Para o maníaco, há um sentimento expandido de *heimlich*.

Mas, esse aspecto normativo vai mais longe. Nas falas de muitos maníacos, essa tendência ganha a expressão máxima de uma ligação com o mundo em sua totalidade, como um sentimento oceânico do mundo, como diz Freud se referindo no mais das vezes à religião. Disso se pode inferir, então, um sentimento de beatitude, comentado por muitos pacientes. A pessoa maníaca se sente “maravilhosamente ligada ao mundo, em vez de ser sua escrava ou sua serva” (Darian Leader, p. 27, grifo do autor).

Tudo se passa, por conseguinte, como se houvesse um acontecimento triunfal na crise maníaca. Porém, longe de ser um triunfo do Eu em reação ao sofrimento sentido na melancolia ou contra a violência do Supereu, o que podemos descrever nos casos analisados, *e a partir das considerações de Freud sobre a formação do Ideal de Eu*, é o triunfo do grupo, por assim dizer. Enquanto triunfo do Ideal, a mania é a cena do destino e do vínculo de um grupo e, no limite, da humanidade inteira.

6.5 *Stimmung* maníaca: a harmonia com o grupo

Em todas as menções de Freud à mania, ela está referida ao humor (*Stimmung*)². Como vimos no quinto capítulo, em *Psicologia das Massas*, a mania e a melancolia são as perturbações cíclicas do humor (*zyklischen Verstimmung*). Em *Luto e Melancolia*, a mania é o

² A importância do conceito de *Stimmung e Verstimmung* para o desenvolvimento do tema da mania nos foi alertada pelo Professor Mário Eduardo da Costa Pereira, durante o exame de qualificação desta tese. Embora a menção tenha se dado em referência, sobretudo, à fenomenologia, tentaremos pensar a possibilidade de uma incorporação dessa noção pela psicanálise, na explicação da mania.

estado de ânimo elevado (*die gehobene Stimmung*), a melancolia é uma perturbação do humor dolorosa (*schmerzliche Verstimmung*). Por isso, em todos os capítulos da tese até aqui, procuramos destacar todas as menções a afeto (*Affekt*), sentimento (*Gefühl*), sensação (*Empfindung*) e humor (*Stimmung*).

As traduções para *Stimmung* estão dispostas em quatro grupos de significações principais e são relativamente conhecidas. A primeira delas é como disposição, humor. Estar bem-disposto ou mal-disposto (*in guter/schlechter Stimmung sein*); estar de bom humor (*in Stimmung sein*); ser temperamental, ser de luas (*Stimmungen unterworfen sein*). O segundo grupo refere-se à atmosfera predominante em um ambiente. O terceiro refere-se à opinião pública, o agitar da opinião pública contra ou a favor alguma coisa (*Stimmung gegen/für jemanden/ etwas machen*). E o quarto sentido, a dimensão musical do termo, *das Stimmen*, afinação.

Porém, ao nos aproximarmos ainda mais da palavra alemã *Stimmung*, viemos a saber que ela guarda em si mais do que se supunha à primeira vista. A análise desses sentidos mais subterrâneos pode ser feita a partir das considerações do filólogo e crítico cultural Leo Spitzer e do filósofo Martin Heidegger. Com isso, teremos mais uma chave importante para a compreensão dessa alteração do humor, cuja importância é muita vezes minorada na literatura psicanalítica.

Spitzer (1963), em seu estudo a respeito das origens do termo alemão, informa ao leitor que existe uma perspectiva de *Stimmung* que não seria traduzível para as outras línguas europeias. Segundo ele, e seguindo os exemplos que ele mesmo fornece, as traduções de *Stimmung* como humor, atmosfera e clima seriam possíveis em outras línguas. Nelas, consegue-se dizer que se está de bom ou mau humor, ou que um quadro ou uma paisagem tem uma atmosfera, que a bolsa de valores tem um clima. Mas, segundo o filólogo, a dificuldade residiria em encontrar um termo que expressasse um núcleo de significação essencial à *Stimmung*: uma composição de sentimento entre a parte subjetiva e a objetiva:

“o que falta nas principais línguas europeias é um termo que pudesse expressar a unidade de sentimentos experimentada pelo homem frente a frente com seu ambiente (uma paisagem, a natureza, um companheiro), e que compreendesse e unisse o objetivo (factual) e o subjetivo (psicológico) em uma unidade harmônica. O ditado frequentemente citado do franco-suíço Amiel: ‘A paisagem é um estado da alma’, revela mais pela análise do que consegue superar o dualismo fundamental prescrito a ele por sua língua românica e que sua alma panteísta alemã desejava superar: para um alemão, a *Stimmung* está fundida com a paisagem, que por sua vez é animada pelo sentimento do homem - é uma unidade indissolúvel na qual o homem e a natureza são integrados” (p. 412)

Assim, no registro linguístico alemão, *Stimmung* expressa, por assim dizer, a fusão do homem com a paisagem, além de seus outros significados já elencados. Portanto, como afirma Charcosset (1982), é por seu excesso de sentidos que o termo é intraduzível, já que em sua origem se apresenta um nível de sentido que precede a divisão entre aspecto objetivo e subjetivo (p. 52).

De acordo com Spitzer, a segunda vertente da palavra alemã, que expressa essa “sintonia” estável entre a alma e o mundo, seria uma tradução para o alemão das palavras latinas *temperamentum* (temperatura) e *consonantia* (consonância), que designariam um “estado de espírito harmonioso” (p. 413). A ideia, segundo Spitzer, teria suas raízes na concepção de Harmonia do Mundo e de sua relação com a música. Esses últimos significados aproximariam a *Stimmung* de seus sentidos musicais, de instrumento bem afinado, do verbo *stimmem*, na acepção de afinar um instrumento³. Para Spitzer, a palavra *Stimmung* teria como uma de suas origens a ideia pitagórica da Harmonia Mundial, similar à harmonia musical, segundo a qual o universo produziria uma música que os humanos não seriam capazes de ouvir. Heidegger também ressaltou essa significação da palavra: “Uma *Stimmung* é um tom (*Weise*), não meramente uma forma ou um modo, mas um tom no sentido de uma melodia⁴” (p. 100). Se é assim, não parece ser excessivo inferir que esses aspectos musicais e de harmonia encontram seu sentido também na ideia do sentimento oceânico do mundo descrito por Freud⁵. Também a *Stimmung* freudiana contém algo dessa acepção de universo que envolve e põe em relação todos os componentes de uma situação.

No entanto, há um outro aspecto envolvido na semântica da *Stimmung* que interessa mais ao nosso problema. Heidegger enfatiza o significado fundamental de *Stimmung* como uma atmosfera capaz de determinar o que ele chama de ser-com-o-outro. Essa atmosfera não se refere a um ambiente externo, mas algo em que já estamos imersos, e que nos envolve. Nesse sentido, o conceito não se refere a um objeto, a um epifenômeno, um estado de humor interno, mas à maneira como nosso *Dasein* está com os outros. Com essa referência, podemos entender o significado do chamado “social” que é englobado pela *Stimmung*:

³ “As *Stimmungen* não são fenômenos colaterais, mas aquilo que determina diretamente de antemão o ser-com-o-outro. Parece como se, por assim dizer, cada *Stimmung* já estivesse aí sempre, como uma atmosfera, em que sempre estamos imersos primeiramente e depois somos harmonizados (*durchstimmt*) por ela” (p. 100).

⁴ Heidegger joga aqui com os significados fundamentais de *Weise*, geralmente traduzido por modo, maneira, mas também por melodia na linguagem musical.

⁵ Este segundo aspecto de *Stimmung* desempenha papel importante na constelação conceitual de noções como Sintonia de Bleuler.

“Um homem bem disposto – como dizemos – traz uma *Stimmung* para um grupo. Produz ele, em si mesmo, uma vivência anímica a fim de transpô-la depois aos demais, da mesma maneira que germes infecciosos migram de um organismo a outro para lá e para cá? Digamos verdadeiramente: a *Stimmung* contagia” (p. 100)

A dimensão social da *Stimmung*, a que se referem a seu modo Heidegger, pode ser o elemento de conexão entre a tese sobre o Ideal de Eu, as vozes, e os desenvolvimentos sobre contágio afetivo nos grupos, presente nos capítulos iniciais de *Psicologia das massas*. Lembramos aqui que a ideia de contágio do grupo já transparece também em Le Bon: “O contágio tem tal poder que consegue impor aos homens não só certas opiniões como certos modos de sentir” (p. 66). E ela também é enfatizada por McDougall, nessa bonita passagem na qual ele expressa de que forma a homogeneidade do grupo facilitaria a indução da emoção:

“Tal exaltação ou intensificação da emoção é o resultado mais impressionante da formação de uma multidão e é uma das principais fontes de atratividade da multidão. Através da participação na vida mental de uma multidão, as emoções de uma pessoa são levadas a um tom que raramente ou nunca atingem sob outras condições. Essa é para a maioria dos homens uma experiência intensamente prazerosa; eles são, como dizem, levados para fora de si por si mesmos, sentem-se levados por uma grande onda de emoção e deixam de ter consciência de sua individualidade e de todas as suas limitações; esse isolamento do indivíduo, que oprime cada um de nós, embora não possa ser explicitamente formulado em sua consciência, é abolido nesse momento” (1927, p 23).

É interessante notar como McDougall, ao apelar também para uma ideia de contágio, permite criar uma ponte para a apropriação dos sentidos de *Stimmung*, tais como revelados por Spitzer e Heidegger. A *Stimmung* integra os indivíduos uns aos outros por meio de uma “harmonia” que contagia ou que se constitui ela mesma por contágio, criando uma atmosfera, um humor, uma afinação de vozes.

Dessa maneira, também se podem incorporar as referências freudianas às perturbações de humor para qualificar a mania com base nessa apreensão mais profunda da *Stimmung* como uma organização que em princípio não conhece barreiras entre subjetividade e objetividade, entre Eu e o Mundo. Mais do que isso: essa camada mais funda da *Stimmung* pode ser recolhida em uma perspectiva psicanalítica justamente pela categoria de Ideal de Eu. Nesse aspecto, não se pode tratar de uma harmonia com o mundo, mas de uma harmonia com o grupo que se instaura no momento mesmo em que o Ideal de Eu vai tomando a cena, ou melhor dizendo, essa ida ao proscênio do Ideal se dá na forma do contágio, de uma afinação, de uma sintonia.

Porém, é preciso ter sempre em mente que essa harmonia com o grupo não pode ser entendida como uma sintonia do maníaco com o interlocutor concreto, pois também este é subsumido nas abstrações coletivas que caracterizam a invasão do Ideal no Eu. Possivelmente, é uma experiência dessa natureza que levou Binswanger (1960) a afirmar que “para o maníaco nós não somos um *alter ego*, um parceiro” (p. 86).

A perturbação do humor pode ser vista assim, não sem um tom paradoxal, no fato de que se instala um tipo de *Stimmung* que se dá à revelia da referência do Eu a si mesmo. É como se o poder de integração da *Stimmung* comentado por Spitzer e Heidegger se fizesse valer na *Verstimmung*, na perturbação do humor, porém, apenas no que se refere à harmonia com o grupo. O maníaco se contagia com o seu entorno, porque ele é, de certo modo, esse entorno. Nesse contexto, é significativo que *Stimme* signifique *voz* e *voto*. A voz do Ideal e a orientação normativa da preocupação com o grupo, relevado no *voto*, se correspondem.

6.6 Pânico, nostalgia e vergonha: o fim da sintonia do Ideal

Nos anos 1970, Carlson e Goodwin (1973) publicaram um artigo que se tornou referência entre os estudos sobre a mania, propondo que o episódio maníaco possa ser dividido em diferentes estágios sintomáticos dispostos em uma curva simétrica cujo ponto central coincide com os sinais mais agudos da crise. O primeiro estágio teria a euforia e a labilidade como características predominantes de alteração do humor. Ela seria acompanhada pelo aumento da atividade psicomotora, insônia, sentimento de confiança excessiva, pressão para fala. A entrada no segundo estágio seria caracterizada pela presença de fuga de ideias e da presença de delírios, como humores predominantes a raiva e a irritabilidade. O terceiro estágio teria como humor predominante o pânico severo. O paciente apresentaria atividade psicomotora bizarra, ideias de referência, sintomas de tipo esquizofrênico. A agitação atingiria o seu ponto mais agudo, algo similar ao que Kraepelin denominava furor maníaco. Após esta crescente gravidade dos sintomas, que atingem um pico na terceira fase, iniciaria o momento de desaceleração das fases quatro e cinco, nas quais se repetem os sintomas da fase dois e um até a remissão dos sintomas.

De fato, alguns pacientes relatam sentir um pico de ansiedade, que denominam como um ataque de pânico, em suas crises de mania. Vimos no relato de Joshua Logan como, em certo momento de sua crise maníaca, ele chegou a um ponto em que sentia não possuir mais

nenhum controle sobre seu corpo, com sensações de calafrios e opressão em seu diafragma. Outra forma de acesso de angústia também referida era aquela na qual o maníaco sente que há uma excitação em excesso no corpo que precisa ser gasta. É possível notar que, de fato, em alguns casos, há uma mudança de qualidade da alteração da propriocepção da energia. Ou seja, se no início esse excedente energético era sentido como fonte de prazer, pois se possui muito energia para realizar atividades e projetos, a partir de um certo ponto, ela se torna um incômodo: “Inseridos na exaustão, havia períodos de inquietação frenética e horrível. Por mais que eu corresse, não conseguia alívio” (Jamison, p. 41). Cabe insistir que, mesmo nessas situações, em todos os casos analisados, a energia não era percebida como uma influência externa, vinda de um ser maligno. Ela pertence a ele próprio e precisa ser gasta por suas vias motoras.

De acordo com a proposta aqui defendida, esse fenômeno se relaciona com a passagem em que o Eu ensaia seu retorno, como se uma nova estação musical começasse a ser sintonizada e na qual o Ideal de Eu não aparece mais como guia.

Retomando as passagens de *Psicologia das Massas* a esse respeito e relacionando o pânico à desagregação da multidão, esclarece Pereira (1999):

“Freud considera, portanto, que a situação de pânico na multidão é instaurada como efeito do relaxamento da arquitetura libidinal organizada em torno da figura paterna e onipotente do líder. O pânico constitui, segundo ele, a manifestação visível da ruptura dos laços libidinais, o que acarreta a angústia mais desenfreada” (1999, p. 91).

O surgimento do pânico indicaria assim o momento em que a estrutura em torno do Ideal do Eu na mania começa a se desfazer e, assim como uma multidão em pânico, o maníaco precisa correr. Patty Duke conta em seu livro que suas crises de ansiedade vieram muito tempo antes das crises maníacas e continuaram se manifestando junto com estas durante seu histórico de crises. Ela conta que, em uma das situações, ela estava em um táxi. Era noite, quando de repente começou a gritar: “Eu preciso sair. Eu preciso sair”. O motorista parou o carro e ela desceu: “Eu corri, corri através da ponte, eu corri, corri, corri e corri. Isso era a única coisa que poderia fazer aquilo ir embora – exaustão física (...)” (p. 03).

Desse modo, pode-se dizer que a energia que até então estava investida nesse tipo de manifestação do Ideal do Eu, quando essa estrutura se desmancha, essa enxurrada libidinal deságua novamente no Eu, que a sente como desprazerosa. A libido até então investida nas representações do tipo “eu sou deus”, agora está solta, sem sentido, represada no corpo, sem sua significação de superpoder. Ela precisa ser gasta.

“Eu queria desesperadamente desacelerar, mas não conseguia. Nada me ajudava, nem correr horas a fio no estacionamento, nem nadar quilômetros. Meu nível de energia não era atingido por nada do que eu fazia. O sexo passou a ser intenso demais para o prazer, e durante a relação eu sentia minha mente envolta por linhas negras de luz que me eram apavorantes” (Jamison, p. 76).

É nesse momento que a dimensão do mal-estar (*Unbehagen*) parece se abrir para o maníaco.

“O mal-estar (*Unbehagen*) remete à ausência desse pertencimento, dessa suspensão no espaço, dessa queda impossível fora do mundo. Ele é a impossibilidade dessa clareira na qual se poderia estar. Ora, o mal-estar está tanto em uma vida feita de cercamentos determinados (construções culturais, leis, formas sociais e condomínios) quanto na experiência do aberto indeterminado, como no deserto (nossa errância desencontrada, familiar-estrangeira, esquizoide)” (Dunker, 2015, p. 199).

Para alguns maníacos, a experiência de uma vez ter encontrado um lugar, uma clareira, um abrigo representado pelos momentos iniciais da crise, faz com que eles sintam uma espécie de nostalgia da mania, uma vontade de retornar a quem se foi durante o episódio. Esse sentimento foi relatado por um paciente em ambulatório que dizia querer sintetizar a mania em uma pílula porque queria compartilhar sua sensação com os outros. Também como vimos no capítulo dois, são os casos de muitos que fazem uso de substância para, de algum modo, tentar retornar ou reproduzir a sensação agradável que sentiram, sobretudo no início da experiência:

“Mas eu comparo meu eu atual com meu eu anterior, não com as outras pessoas. Além disso, costumo comparar meu eu atual com o melhor que já fui, que é quando estive ligeiramente maníaca. Quando sou meu eu atual ‘normal’, estou a enorme distância de quando estive mais alegre, mais produtiva, mais veemente, mais expansiva e efervescente. Em suma, para mim mesma, é difícil me manter à altura das minhas expectativas” (Jamison, p. 85)

E finalmente, entre os casos estudados ao longo da pesquisa que alicerça essa tese, observamos que havia mais um sentimento preponderante no final dos episódios maníacos: a vergonha. A vergonha, que Freud menciona em *Luto e Melancolia* como algo ausente no melancólico, apresenta-se em alguns momentos da mania, mas principalmente no final do processo.

Vimos como ela estava presente no caso de Carlos, um dos pacientes que mais evitava falar sobre o que ocorrera durante sua crise. Também segundo o relato de sua família, depois das crises, Carlos mantém o isolamento social durante aproximadamente dois meses, com sentimentos de culpa e vergonha por seus atos durante a crise maníaca. De forma alguma

negamos que a crise maníaca seja sucedida por verdadeiros períodos depressivos; no entanto, casos como o de Carlos ressaltam a importância da diferenciação entre o isolamento social como fruto da profunda vergonha e os quadros depressivos.

Notamos também que a vergonha se fazia valer nos relatos de Patty Duke e Jamison e também no caso de Jorge, que dizia sentir, ao final da crise, que o transtorno bipolar destruiu o estado de perfeição em que vivia anteriormente.

Um comentário de Starobinski (1974) sobre a peça de Sófocles *Ajax* vem ao nosso auxílio para elucidar esse último aspecto. Ele se pergunta a razão de por que Ajax quis se matar. Para Starobinski, Ajax já tinha intenção de matar o exército, Atena apenas contribui com a parte da cegueira. O herói se reconhece em sua ação, ela não foi causada por outro: “(...) Ajax não deveria se suicidar: ele se resignaria, como Herácles de Eurípedes, cuja loucura é inteiramente obra da malvadeza divina. Se Ajax se mata, é porque a vergonha é sua, e porque ele não se toma por irresponsável” (Starobinski, p. 30).

Mas uma vez, encontramos no próprio texto de Freud, especificamente no Pós-escrito de *Psicologia das Massas*, uma referência ao efeito que a identificação com o Ideal de Eu produziria naquele que se identificou: o efeito de ter sido ridículo (*lächerlich*).

“É obvio que um soldado toma o seu superior, que é, na realidade, o líder do exercito, como seu ideal, enquanto se identifica com os seus iguais e deriva dessa comunidade de seus egos as obrigações de prestar ajuda mútua e partilhar das posses que o companheirismo implica. Mas, se tenta identificar-se com o general, torna-se ridículo” (p. 145)

Freud faz distinções sobre a ocorrência deste efeito, de acordo com a organização, mas essa linha de explicação certamente elucidada o sentimento de vergonha dos pacientes após a crise maníaca. A invasão e o triunfo do Ideal são sucedidos por uma vergonha do Eu que agora volta ao palco. Após os excessos cometidos na mania, restaria o sentimento de vergonha de ter-se desnudado diante da plateia:

“Dentro de nós mesmos, indiferente ao sucesso transitório, permanece inexoravelmente desperta a ideia de nosso ser cotidiano ao qual opusemos a máscara da festa. É a lembrança constante do artifício que nos embaraça e nos perturba, e o nosso enleamento, contrastando com a desenvoltura dos outros, patenteia, aos olhos de todos, aqueles afastamentos que o disfarce das roupas não conseguiu apagar. Assim, a pausa passageira que se abriu em cada vida pode tanto arrebatá-lo na vertigem de um instante, como atirá-lo na consciência aguda de um borralho. Depois da mascarada, quando a ordem do mundo se refaz, brilha mais lúcida a verdade interior de cada um” (Souza, 1987, p. 169)

CONCLUSÃO

A presente pesquisa procurou encontrar subsídios para a compreensão, nos termos da psicanálise freudiana, do que é uma crise maníaca, ou seja, um estado em que se dá uma perturbação significativa do humor, acompanhada de sintomas de ativação, alterações na propriocepção, na linguagem, na sensibilidade e na sociabilidade. No caminho do desenvolvimento dessa procura, chegamos à tese de que a mania deve ser entendida, sem dúvida, como um triunfo, como queria Freud, mas não do Eu, e sim de seu Ideal. Chegamos a essa conclusão ao escutar na fala dos pacientes, repetidas vezes, que eles haviam se transformado em líderes, em deuses, em super-heróis, em salvadores, que eles deveriam liberar e proteger seus pares. Essas falas nos levaram então a supor que, de algum modo, a mania seria uma espécie de mente grupal individual e solitária. Tal como apresentado em *Psicologia das massas*, percebíamos que, junto com a instalação do Ideal do Eu, surgia necessariamente a dimensão da identificação com o grupo, o que levava a um segundo aspecto que, em conjunto com aquela transformação do Eu, permite distinguir o quadro maníaco: a assunção da vertente do “nós”.

Sobre o primeiro aspecto, enfatizamos ao longo da tese, mas em particular no último capítulo, que não se trata, na mania, de uma identificação com o Ideal. Pois, como aponta o próprio Freud, a identificação com o Ideal teria outros efeitos. O que sucede na crise maníaca é, antes, que o Ideal rouba a cena, ganha o proscênio, como insistimos diversas vezes; ele invade o Eu ao modo de um vírus, como uma estação de rádio sintonizando uma multiplicidade de vozes em uma mesma frequência.

Por sua vez, a vertente do “nós” explicaria a adesão do maníaco a causas sociais e políticas, como estivesse liderando e defendendo um povo. Essa vertente também explicaria a sociabilidade do maníaco, sua sensação de estar conectado ao mundo, seu pendor à comunicação, as transformações na sua sociabilidade, e o sentimento de familiaridade com o que até então era estranho. Para o maníaco, tudo se torna *heimlich*.

No interior dessa dimensão dos sentimentos, procuramos explorar a concepção segundo a qual a mania faz parte dos transtornos de humor, da *Verstimmung*, aproveitando

então o conceito de *Stimmung* para penetrar na sua estrutura afetiva. Tentamos aí resgatar rapidamente o sentido de *Stimmung* como harmonia com o mundo e contágio, como aparece em Heidegger e Spitzer, a fim de decifrar o que seria o contágio afetivo na *Psicologia das massas*. De onde concluímos que o maníaco se encontra em uma sintonia afetiva com essa mente grupal instalada nele, e não exatamente com sua realidade mais cotidiana. Porém, a *Stimmung*, a harmonia, não determina a qualidade do sentimento, que pode estar sob o signo da festa, mas também assumir outros tons, como o da irritação, da ira e assim por diante.

Coube registrar aí os efeitos na dimensão afetiva que são produzidos quando a estrutura da invasão e do triunfo do Ideal começa a desmontar, desencadeando as crises de angústia, o sentimento de vergonha ou de nostalgia. Com isso, acreditamos ter recolhido, em diversos âmbitos, um amplo leque de afetos que se manifestam na crise maníaca, desde os sentimentos triunfais até aqueles indicando o desmoronamento.

Evidentemente, essa tese também se deparou com alguns limites importantes. O principal entre eles diz respeito ao esclarecimento mais aprofundado do aspecto dinâmico envolvido nessa primazia do Ideal durante a crise maníaca. O recurso às metáforas empregadas no último capítulo possui claramente um valor heurístico e, por isso, requerem uma investigação maior, principalmente aprimorando os fatores econômicos e dinâmicos.

No entanto, outras limitações se impuseram de um modo ou de outro. Não estamos em condição de generalizar a tese do triunfo do Ideal, e todas as demais consequências que sublinhamos, para todos os tipos de mania, como os casos de hipomania e mania secundária. Além disso, outro dado relevante nesse contexto consiste na observação de que, embora boa parte dos casos tivesse sido diagnosticada como bipolaridade de tipo I, não foi possível, em virtude da natureza dos atendimentos, acompanhá-los para verificar se eram casos de mania unipolar e outras especificidades de seu curso. Como visto no primeiro capítulo, essas especificidades foram sempre elementos fundamentais para a diferenciação dos quadros maníacos. Soma-se a isso finalmente a circunstância de que os casos estudados não continham apresentações de estados mistos, ou seja, aqueles que apresentam ao mesmo tempo sintomas maníacos e depressivos. Esse aspecto merece investigações mais específicas.

Essa tese se entende antes de tudo como uma tentativa de contribuir para certos desdobramentos no estudo psicanalítico da mania. Mais importante que o resultado dela, interessou-nos desde o início as aberturas para determinadas contribuições que poderiam talvez modificar a abordagem psicanalítica da mania. Um primeiro e principal ganho, a nosso ver, tem a ver com a explicitação de critérios mais sólidos para discriminar a mania, para além daqueles relativos à desinibição, agitação e exaltação de humor, que desde o início se revelaram por demais inespecíficos e problemáticos. Assim, podemos incluir como novos parâmetros aqueles ligados à transformação na instância do Eu que não diz respeito à revogação do Ideal, mas, pelo contrário à sua instalação, em conjunto com a vertente do “nós”.

Em segundo lugar, supomos que o conceito de triunfo do Ideal é uma via para retirar a mania de seu lugar duplamente secundário em relação à melancolia, uma vez que ele desvincula as explicações metapsicológicas entre os dois quadros, sem estabelecer hierarquias, dando a dignidade devida à crise maníaca.

Em terceiro lugar, esperamos ter contribuído também para mostrar que os afetos da mania vão além daqueles da magnífica festa mencionados por Freud. Estes podem, é claro, estar presentes. Porém, são muito frequentes, pelo que vimos, também a irritabilidade, a ansiedade, a vergonha, a nostalgia, o sentimento de grupo, o sentimento de justiça, sensação de onipotência, a tristeza e assim por diante.

Por fim, acreditamos ter contribuído igualmente para destacar a gravidade desse quadro, que pode ser confundido erroneamente, vez ou outra, com estados temporários de elevação de humor, mais brandos e sem tanta repercussão. Pelo contrário, quisemos ressaltar aqui a magnitude que essas crises podem ter na vida desses pacientes, a quebra que elas provocam em sua biografia, como atestamos em vários casos.

Juntamente com a consciência dos passos avançados e dos limites da tese, podemos levantar duas tarefas que se delineiam no horizonte: primeiramente, impõe-se a necessidade de continuar a investigação da mania nos quadros de referências kleinianos e lacanianos. Trata-se de avaliar como a tese aqui defendida repercutiria na noção já tão bem estruturada de defesa maníaca em Melanie Klein. À primeira vista, parece que há discrepâncias e descontinuidades conceituais significativas. É possível testar, porém, como a hipótese do triunfo do Ideal se comportaria no modelo kleiniano de defesa maníaca fora da crise, na vida cotidiana, obtendo assim parâmetros para uma comparação teórica. No

que concerne a Lacan, embora as referências à mania em sua obra sejam bastante esparsos, tem havido tentativas, na última década, de avanços nesse âmbito igualmente. Aqui, o objetivo seria verificar se os desdobramentos lacanianos sobre a tópica do narcisismo e seu modelo do estágio do espelho poderiam auxiliar a esclarecer melhor a nossa hipótese sobre o Eu maníaco. Além disso, um aproveitamento fecundo nessa empreitada seria a utilização do referencial laciano para uma consideração mais densa da psicanálise a respeito do fenômeno da fuga de ideias.

A segunda tarefa concerne à necessidade de explicar os fatores decisivos na chamada virada maníaca. Vimos que, em alguns casos, a virada maníaca era precedida de condições muito diversificadas, as quais essa tese tocou apenas tangencialmente no quinto capítulo.

Por fim, algumas palavras finais a respeito da motivação que está na origem dessa tese, que explica também um pouco a ênfase nas narrativas que pontuaram toda a sua exposição. Eu queria dar voz a esses pacientes, que têm tanto a dizer e que muitas vezes não são escutados, pois se considera frequentemente que estão em festa e que suas ideias fugiram.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatry Association. (2014). *Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Abraham, H. (1974). *Karl Abraham: Biographie inachevée*. Paris, França: PUF.
- Abraham, K. (1911/1960). Notes on Psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In K. Abraham, *Selected papers on Psychoanalysis*. Nova Iorque, NY: Basic Books, 137-156.
- Abraham, K. (1924/ 1960). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In K. Abraham, *Selected papers on Psychoanalysis*. Nova Iorque, NY: Basic Books, 418-502.
- Akiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *The American Journal of Psychiatry*; 140(1), 11-20.
- Akiskal, H.S.; Mallya, G. (1987). Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bulletin*.; 23(1), 68-73.
- Akiskal, H.S.; Djenderedjian, A. H., Rosenthal, R. H., & Khani, M. K. (1977). Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *The American Journal of Psychiatry*, 134(11), 1227-1233.
- Akiskal, H.S.; Pinto, O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America*, 22 (3), 517-534.
- Akiskal, H.S.; Hantouche, E.; Bourgeois, M.; Azorin, J.; Sechter, D.; Allilaire, J.F.; L. Chatenêt-Duchêne; Lancrenon, S. (2001). Toward a Refined Phenomenology of Mania: Combining Clinician-Assessment and Self-report in the French EPIMAN Study. *Journal of Affective Disorders*, 67, 89-96.
- Akiskal, H.S.; Azorin, J.M.; Hantouche, E.G. (2003). Proposed multidimensional structure of mania: beyond the euphoric-dysphoric dichotomy. *Journal of Affective Disorders*, 73, 7–18.
- Angst, J.; Felder, W; Frey, R.; Stassen, H. (1978). The Course of Affective Disorders. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 226, 57-64.

- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143–151.
- Angst, J.; Gerber-Werder, R.; Zuberbühler, H.; Gamma, A. (2004). Is bipolar I disorder heterogeneous? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, p. 82–91.
- Angst, J. *et al.* (2006). Is the association of alcohol use disorders with major depressive disorder a consequence of undiagnosed bipolar-II disorder? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(7), 452-457.
- Angst, J.; Cassano, G. (2005). The mood spectrum: improving the diagnosis. *Bipolar Disorder*, 7 (Suppl. 4), 4–12.
- Angst, J. (2013). Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1:12.
- Angst, J. (2015). Will mania survive DSM-5 and ICD-11? *International Journal of Bipolar Disorders*, 3, 24.
- Angst, J.; Grobler, C. (2015). Unipolar mania: a necessary diagnostic concept. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265, 273–280.
- Antúnez, A. E. A. (2014) A afetividade enquanto fundação fenomenológica da humanoterapia. *Humanística e Teologia*, vol. 35, 135-143.
- Assoun, P.-L. (2010). *L'énigme de la manie - La passion du facteur Cheval*. Paris, França: Edições Arkhê.
- Azorin, J.M.; Hantouche, E.G.; Akiskal, H.S.; Bourgeois, M.L.; Allilaire, J.P.; Sechter, D.; Lancrenon, S.; Chatenêt-Duchêne, L. (2000). Structure factorielle du syndrome maniaque: revue de la littérature et résultats de l'étude française 'EPIMAN'. *Annales Médico-psychologiques*, 158, 279–289.
- Baethge, C.; Salvatore, S.; Baldessarini, R. (2003). “On Cyclic Insanity” by Karl Ludwig Kahlbaum, MD: A Translation and Commentary. *Harvard Review of Psychiatry*, 11 (2), 78-90.
- Baillarger, J. (1853/1854). Notes sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation. *Bulletin de*

l'Académie Imperiale de Médecine, 19. Paris, França: Baillière, 340-352. Recuperado em <http://gallica.bnf.fr>.

- Baillarger, J. (1880). De la folie à double forme. In *Annales médico-psychologiques*, 6a serie, T IV.
- Bailly, A. (1963). *Dictionnaire grec-français*. Ed. Louis Séchan e Pierre Chantraine Paris, França: Hachette.
- Behrman, A. (2001). *Electroboy. A memoir of mania*. Nova Iorque, NY: Random House.
- Benazzi, F.; Akiskal, H.S. (2006). The duration of hypomania in bipolar-II disorder in private practice: methodology and validation. *Journal of Affective Disorders*, 96, 189–196.
- Berlink, M. T. (2003). Mania de festas. *Pulsional*, 16 (169), 3-8.
- Berner, P. (1993). La recherche du primaire dans la psychiatrie germanophone. In H. Grivois (dir.), *Affectiv et cognitif dans la psychose*. Paris, França: Masson, 39-48.
- Binswanger, L. (1931/2000). *Sur la fuite des idées*. Grenoble, França: Jérôme Millon.
- Binswanger, L. (1960). *Mélancolie et manie: Etudes phénoménologiques*. Paris, França: PUF.
- Bizzari, J. et al. (2007). The spectrum of substance abuse in bipolar disorder: reasons for use, sensation seeking and substance sensitivity. *Bipolar Disorders*, 9, 213-220.
- Blalock, J. (1936). Psychology of the manic phase of the manic-depressive psychoses. *Psychiatric Quarterly*, 10 (2), 262–344.
- Boggero, I.; Cole, J. (2016). Mania reduces perceived pain intensity in patients with chronic pain: preliminary evidence from retrospective archival data. *Journal of Pain Research*, 9, 147–152.
- Brieger, P. (2002). Comorbidity in bipolar affective disorders. In Marneros e Angst (eds), *Bipolar Disorders: 100 years after manic-depressive insanity*. Nova Iorque, NY: Kluwer Academic Publishers, 215–229.
- Burton, R. (1621/2000). Délire, frénésie, manie, hydrophobie; danse de Saint- Guy, extase. In R. Burton, *Anatomie de la melancolie*. Paris, França: José Corti, 221-226.

- Caillard, V. (1982). *La malade maniaque*. Paris, França: PUF.
- Carlson, G.A.; Goodwin, F. K. (1973). The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode. *Archives of general psychiatry*, 28, 221-228.
- Cassano, G. *et al.* (2011). Bipolar spectrum: just broadening or an integration between categories and dimensions? *World Psychiatry*; 10 (3), 192-193.
- Cassano, G.B., Rucci, P., Benvenuti, A., Miniati, M., Calugi, S., Maggi, L., Pini, S., Kupfer, D.J., Maj, M., Fagiolini, A., & Frank, E. (2012). The role of psychomotor activation in discriminating unipolar from bipolar disorders: a classification-tree analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 73 (1), 22-28.
- Cassidy, F. *et al.* (1998). A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Archives of General Psychiatry*; 55(1), 27-32.
- Ceillier, A. (1924). Les influencés. Syndromes et psychoses d'influence. *L'Encéphale*, 19, 152-162.
- Chambaud, M. de. (1765/2017). Mania. In D. Diderot e J. D'Alembert, *Enciclopédia ou Dicionário razoado das ciências, das artes e dos ofícios*, vol. 6. São Paulo, SP: Editora Unesp, 412-419.
- Charcosset, J.-P. (1982). "Y" Notes sur la Stimmung. *Exercices de la patience – Cahiers de Philosophie, Heidegger*, vols. 3-4, 49-63.
- Cheney, T. (2008). *Bipolar: Memória de extremos*. São Paulo, SP: Editora Larousse.
- Couchoud, P. L. (1913) Histoire de la manie jusqu'a Kraepelin. *Revue des Sciences Psychologiques*, 1, 149–173.
- Custance, J. (1952). *Wisdom, Madness, and Folly: The Philosophy of a Lunatic*. Nova Iorque, NY: Pellegrini & Cudahy.
- Dell'Osso, L.; Pini, S.; Tundo, A.; Sarno, N.; Musetti, L.; Cassano, G. (2000). Clinical Characteristics of Mania, Mixed Mania, and Bipolar Depression with Psychotic Features. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (4), 242-247.

- Deutsch, H. (1933). Zur Psychologie der manisch-depressiven Zustände, insbesondere der chronischen Hypomanie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 19, 1933, 358-371.
- Deutsch, H. (1964). Quelques considérations cliniques sur l'idéal du moi. In H. Deutsch, *Les 'comme si' et autres textes (1933-1970)*. Paris, França: Seuil.
- Dicionário de Alemão-Português*. (2009). 2^a ed. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Disalver, S. *et al.* (1999). Phenomenology of mania: evidence for distinct depressed, dysphoric, and euphoric presentations. *American Journal of Psychiatry*; 156 (3), 426-30.
- Dooley, L. (1918). Analysis of a Case of Manic-Depressive Psychosis Showing Well-Marked Regressive Stages. *The Psychoanalytic Review*, 5, 01-46.
- Duke, P.; Hochman, G. (1993). *A Brilliant Madness: Living with manic-depressive illness*. Nova Iorque, NY: Bantam Book.
- Dumas, G. (1846/1946). *Le surnaturel et les dieux d'après les maladies mentales (Essai de théogénie pathologique)*. Paris, França: PUF. Collection Bibliothèque de philosophie contemporaine.
- Dunker, C.I.L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Dunker, C.I.L. (2017). *Reinvenção da intimidade – políticas do sofrimento cotidiano*. São Paulo, SP: Ubu Editora.
- Dunker, C.I.L. (2019). Animismo e Indeterminação em “Das Unheimliche”. Em S. Freud, *O infamiliar e outros escritos*. Belo Horizonte, MG: Autênciã.
- Dunner D.L.; Fleiss, J.L.; Fieve, R.R. (1976). The course of development of mania in patients with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*; 133(8), 905-908.
- Ey, H. (1954). Étude no. 21. Manie. In H. Ey, *Études Psychiatriques, vol. III: Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris, França: Ed. Desclée de Brouwer.
- Englebert, J.; Stanghellini, G. (2015). La manie et la mélancolie comme crises de l'identité narrative et de l'intentionnalité. *L'évolution psychiatrique*, 80, 689–700.

- Esquirol, J.-E.-D. (1838/1989). *Des maladies mentales*. Paris, França: Frénésie Éditions.
- Falret, J.P. (1854/2017). De la non-existence de la monomanie. In J. P. Falret, *Des Maladies Mentales et des Asiles d'Aliénés*. Londres, Inglaterra: Forgotten Books.
- Falret, J.-P. (1853/1854). Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. *Bulletin de l'Académie Impériale de Médecine*, 19. Paris, França: Baillière, 382-400. Recuperado em <http://gallica.bnf.fr>.
- Fakra, E.; Kaladjian, A.; Da Fonseca, D.; Maurel, M.; Adida, M.; Besnier, N.; Pringuey, D.; Azorin, J. (2010). Phase prodromale du trouble bipolaire. *L'Encéphale*, Sup. 1, 8-12.
- Figueiredo, L. C. (2002). A ética da pesquisa acadêmica e a ética da clínica em psicanálise: o encontro possível na pesquisa psicanalítica. In Queiroz e Silva (orgs), *Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.
- Freeman, T. (1971/1977). Observations on Mania. In E. Wolpert (Ed.), *Manic-Depressive Illness: History of a Syndrome*. Nova Iorque, NY: International Universities Press, 271-280.
- Freud, S. (1952). *Gesammelte Werke*. Londres, Inglaterra: Imago.
- Freud, S. (1985/1894). Rascunho G. In J. Masson (ed.) *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1904/1996). O método psicanalítico de Freud. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1907/1996). Atos obsessivos e práticas religiosas. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. IX. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1917/2011). *Luto e melancolia*. Tradução, introdução e notas Marilene Carone. São Paulo, SP: Cosac Naify.

- Freud, S. (1914/2010). Introdução ao Narcisismo. In S. Freud, *Introdução ao Narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914 –1916)*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1917/1989). Trauer und Melancholie. In S. Freud, *Essays*, vol. II. Berlim, Alemanha: Ed. Volk und Welt, 102-120.
- _____. (1913/1996). Totem e Tabu. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIII. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- _____. (1919/2019). O infamiliar. In S. Freud, *O infamiliar e outros escritos*. Trad. Ernani Chaves e Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte, MG: Autênciã.
- _____. (1921/2015). *Massenpsychologie und ich-analyse*. Frankfurt am Main, Alemanha: Fischer.
- _____. (1923/2007). O Eu e o Id. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do Inconsciente*, vol. III. Trad. Luiz Hanns. Rio de Janeiro, RJ: Imago, pp. 13-92.
- _____. (1924/2007). Neurose e Psicose. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do Inconsciente*, vol. III. Trad. Luiz Hanns. Rio de Janeiro, RJ: Imago, pp. 93-102.
- _____. (1930/1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Fromm-Reichmann, F. *et al.* (1953). *An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis*. Final Report on Office of Naval Research Contract. Washington School of Psychiatry.
- Gaide, F. (1998). Les Maladies aiguës et les Maladies chroniques de Caelius Aurelianus comme Histoire des mots. In A. Debru e G. Sabbah (eds.), *Nommer la maladie. Recherches sur le lexique gréco-latin de la pathologie*. Saint-Etienne, França: Publications de l'Université de Saint-Etienne, 133-142.
- Garrabé, J. (2014). Remarques historiques sur la nosographie des troubles thymiques: de la psychose maniaco-dépressive à la bipolarité. *Annales Médico-psychologiques*, 172 (8), 642-651.
- Garrabé, J. (2015). Karl Leonhard: De la nosologie des psychoses endogènes aux troubles bipolaires et unipolaires de l'humeur. *Journal français de psychiatrie*, 2 (42), 34-38.

- Ghaemi, N. (2003). Life's roller coaster: mania. In N. Ghaemi, *The concepts of Psychiatry*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Ghaemi, N. (2013). Understanding Mania and Depression. In K. W. M. Fulford *et al.* (ed), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 803- 819.
- Giefer, M. (Ed.). (2007). *Korrespondenzblatt der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung*, 1910 -1941. Versão eletrônica – CD- ROOM.
- Goldstein, B.I., Houck, P.R.; Karp, I. (2009). Factors associated with pain interference in an epidemiologic sample of adults with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 151-156.
- Goodwin, G. (2002). Hypomania: what's in a name? *British Journal of Psychiatry*, 181, 94-95.
- Griesinger, W. (1863/2017). *Traité des Maladies Mentales. Pathogenie et Thérapeutique*. 2^a ed. Londres, Inglaterra: Forgotten Books.
- Griesinger, W. (1871). *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*. 3^a ed. Braunschweig, Alemanha: Friedrich Wreden.
- Gross, O. (1907/2012). Freud's Ideogenic Factor and its meaning in Kraepelin's manic depression. In Otto Gross, *Selected Works (1901-1920)*. Ed e tradução Lois L. Madison. Nova Iorque, NY: Mindpiece.
- Guze, S.; Feighner, J.; Robins, E.; Woodruff, R.; Winokur, G.; Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57-63.
- Healy, D. (2008). *Mania: A short history of bipolar disorder*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Hecker, E. (1898/2003). Cyclothymia, a circular mood disorder. Trad. C. Baethge, P. Salvatore, R. Baldessarini. *History of Psychiatry*;14 (55 Pt 3), 377-399.
- Heidegger, M. (2003). *Conceitos fundamentais de metafísica: mundo, finitude, solidão*. Rio de Janeiro, RJ: Forense.
- Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Jacobson, E. (1953/1977). Contribution to the Metapsychology of Cyclothymic Depression. In E. Wolpert (Ed.), *Manic-Depressive Illness: History of a Syndrome*. Nova Iorque: International Universities Press, p. 237-256.
- Jamison, K. R. (2004). *Uma mente inquieta: Memórias de loucura e instabilidade de humor*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Jones, E; Freud, S. (1998). *Correspondance complete (1908-1939)*. Paris, França: PUF.
- Jones, E. (1910). Psycho-analytic Notes on a Case of Hypomania. *Bulletin of the Ontario Hospital for the Insane*, vol. 3, n. 5, 104-120.
- Jung, C.G. (1903/1994). Distímia maníaca. In C. Jung, *Estudos Psiquiátricos*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Klein, M. (1935/1948). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In M. Klein, *Contributions to Psychoanalysis 1921-1945*. Londres, Inglaterra: Hogarth Press.
- Klein, M. (1940/1948). Mourning and its relation to manic-depressive states. In M. Klein, *Contributions to Psychoanalysis 1921-1945*. Londres, Inglaterra: Hogarth Press.
- Klerman, G. (1981). The spectrum of mania. *Comprehensive Psychiatry*, volume 22 (1), 11-20.
- Koukopoulos, A.; Ghaemi, N. (2009). The primacy of mania: A reconsideration of mood disorders. *European Psychiatry*, 24, 125-134.
- Kraepelin, E. (1905/1984). *Introduction à la psychiatrie Clinique*. Paris, França: Ed. Navarin.
- Kraepelin, E. (1913/2012). A loucura maníaco-depressiva. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Krauthammer, C., Klerman, G. L. (1978). Secondary Mania. Manic Syndromes Associated With Antecedent Physical Illness or Drugs. *Archives of General Psychiatry*; 35(11), 1333-1339.
- Lanteri-Laura, G. (1993). Les Troubles de l'humeur dans la Psychiatrie Française moderne. In H. Grivois (dir.), *Affectiv et cognitif dans la psychose*. Paris, França: Masson, 49-58.

- Lanteri-Laura, G. (2009). Prefácio. In G. Ross, *Manie, mélancolie et facteurs blancs*. Paris, França: Beauchesne, 07-15.
- Le Bon, G. (1895/1980). *Psicologia das multidões*. Coleção Pensadores. Lisboa, Portugal: Edições Roger Delraux.
- Leader, D. (2015). *Simplesmente bipolar*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Lebrun, C. (2005). Fonctions métaphorique et métonymique du vêtement. *Adolescence*, 23, 3, 613-626.
- Lenoël, A. (2015). *Qui suis-je quand je ne suis pas moi? Une bipolaire témoigne*. Paris, França: Odile Jacob.
- Leonhard, K. (1999). *Classification of Endogenous Psychoses and their Differentiated Etiology*. Viena, Áustria: Springer-Verlag.
- Nunberg, H. ; Federn, E. (ed). (1983). *Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne: 1906-1908*. Trad. Nina Schwab-Bakman. Paris, França : Gallimard.
- Nunberg, H. ; Federn, E. (ed). (1983). *Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne: 1908-1910*. Trad. Nina Schwab-Bakman. Paris, França : Gallimard.
- Nunberg, H. ; Federn, E. (ed). (1983). *Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne: 1910-1911*. Trad. Nina Schwab-Bakman. Paris, França : Gallimard.
- Nunberg, H. ; Federn, E. (ed). (1983). *Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne: 1912-1918*. Trad. Nina Schwab-Bakman. Paris, França : Gallimard.
- Lewin, B.D. (1932). Analysis and Structure of a Transient Hypomania. *The Psychoanalytic Quarterly*, 1, 43-58.
- Lewin, B. D. (1941). Comments on Hypomanic and Related States. *Psychoanalytic Review*, 28(1), 86-91

- Lewin, B. D. (1985). L'élation. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, L'humeur et son changement, n. 32, 217-226.
- Liddell, H. G.; Scott, R. (1996). *A Greek-English Lexicon*. (9ª ed). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Linac, A. (1871). Manie. In Dechambre T. (ed), *Dictionnaire encyclopédique de sciences médicales*, vol. 4. Paris, França: Asselin e Masson, 507-558. Recuperado em <http://gallica.bnf.fr>.
- Logan, J. (1976). *My up and down, in and out life*. Nova Iorque, NY: Delacorte Press.
- Loureiro, I. (2002). Sobre algumas disposições metodológicas de inspiração freudiana. In Queiroz e Silva (orgs), *Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.
- MacCurdy, J. (1914). The productions in a manic-like state illustrating freudian mechanisms. *The Journal of Abnormal Psychology*, fev-mar, p. 361-375.
- Mannoni, O. (1994). A desidentificação. In M. Mannoni et al (org), *As identificações na clínica e na teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará, 173-196.
- Marneros, A.; Angst, J. (2002). Bipolar disorders: roots and evolution. In A. Marneros e J. Angst (eds), *Bipolar Disorders: 100 years after manic-depressive insanity*. Nova Iorque, NY: Kluwer Academic Publishers, 02-35.
- Marneros, A. (2007). The paradigma of overlapping affective and schizophrenic spectra: schizoaffective conditions. In A. Marneros, e H. Akiskal (ed.), *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*. Nova Iorque, NY: Cambridge University Press, 01-24.
- McDougall, W. (1927). *The group mind*. 2ª. ed. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Mezan, R. (1998). *Escrever a clínica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Mezan, R. (1999). O inconsciente segundo Karl Abraham. *Psicologia USP*, vol.10, n.1, 55-95.
- Mezan, R. (2001). *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo, SP: Perspectiva.

- Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Morris, R.K. (2003). *Managing Acute Mania*. Londres, Inglaterra: Science Press.
- Nakimuli-Mpungu, E.; Musisi; Kiwuwa Mpungu, S.; Elly Katabira, E. (2006). Primary Mania Versus HIV-Related Secondary Mania in Uganda. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (8), 1349-1354.
- Olié, J-P.; Hardy, P.; Akiskal, H.; Féline, A.; Gorog-Massaux, F.; Henri, L.; Poirier, M-F. (1992). *Psychoses maniac-dépressives*. Paris, França: Doin Éditeurs.
- Oudin, F. (2013). L’habit fait-il le moine? Quelques réflexions autour des proverbes vestimentaires du Moyen Âge. *Questes*, 25, 121-124.
- Pereira, M. E.C. (1999). *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Pereira, M. E.C. (2007). Griesinger e as bases da “Primeira psiquiatria biológica”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, n. 4, 685-691.
- Perris, C. (1966). A Study of Bipolar (Manic-depressive) and Unipolar Recurrent Depressive Psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 41.
- Perugi, G. *et al.* (1998). Chronic mania: Family history, prior course, clinical picture and social consequences. *The British Journal of Psychiatry*, 173 (6), 514-518.
- Philip, M.; Travis, M. (2003). Follow-up of patients recovering from the acute phase. In R.K. Morris (ed.), *Managing Acute Mania*. Londres, Inglaterra: Science Press.
- Pigeaud, J. (1994). La réflexion de Celse sur la folie. In G. Sabbah e P. Mudry (org.), *La médecine de Celse. Aspects historiques, scientifiques et littéraires*. Saint-Étienne, França: Université Saint-Étienne, 257-279.
- Pigeaud, J. (2010). *Folie et cures de la folie chez les médecins de l’antiquité gréco-romaine. La manie*. Paris, França: Les Belles Lettres.
- Pinel, P. (1801/2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental, ou a mania*. Trad. Joice Galli. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS.

- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. 2ª edição. Paris, França: Brosson. Recuperado em <http://gallica.bnf.fr>.
- Pinkster, H. (2015). *The Oxford Latin Syntax*. Vol. 1. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Platão. (2000). *Fedro ou Da Beleza*. Trad. Pinharanda Gomes. Lisboa, Portugal: Guimarães Editores.
- Pommier, G. (2011). Resenha de Paul-Laurent Assoun: L'énigme de la manie. La passion du facteur Cheval. *Figures de la psychanalyse*, 22, 197-200.
- Quétel, C. (2012). *Histoire de la folie: De l'Antiquité à nos jours*. Paris, França: Éditions Tallandier.
- Radó, S. (1927). The problem of melancholia. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 420-438.
- Rank, O. (1925/2013). *O duplo*. Porto Alegre, RS: Dublinense.
- Reik, T. (1949). *Listening with the third ear. The inner experience of a psychoanalyst*. Nova Iorque, NY: Farrar, Straus and Company.
- Reinach, S. (1905). Phénomènes généraux du totémisme animal. In *Cultes, mythes et religions, Tome I*. Paris, França: Éd. Ernest Leroux, 9-29. Recuperado em <http://psychanalyse-paris.com/817-Phenomenes-generaux-du.html>.
- Rosenfeld, H. (1964). Una investigación de la teoría psicoanalítica de la manía y de la hipomania. *Revista de Psicoanálisis*, 21(4), 293-357.
- Sahoo, M. K.; Chakrabarti, S.; Kulhara, P. (2012). Detection of prodromal symptoms of relapse in mania and unipolar depression by relatives and patients. *The Indian journal of medical research*, 135(2), 177-83.
- Sagman, D; Tohen, M. (2009). Comorbidity in Bipolar Disorder. *Psychiatric Times*, 24 (4).
- Sauvagnat, F. (1998). Fenomenos elementales y estabilizacion en la psicosis maniaco-depresiva. *Revista de la Asociacion Espanola de Neuropsiquiatria*, 18, 459-472.

- Sax, K.; Strakowski, S.; McElroy, S.; Keck, P.; West, S. (2015). Attention and formal thought disorder in mixed and pure mania. *Biological Psychiatry*, 37 (6), 420 – 423.
- Schilder, P. (1921). Vorstudien zu einer Psychologie der Manie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, n. 68, 90-135.
- Séglas, J. (1892/2010). *Les troubles du langage chez les aliénés*. Paris, França: L'Harmattan.
- Shulman, K.; Tohen, M. (1994). Unipolar mania reconsidered: evidence from an elderly cohort. *British Journal of Psychiatry*, 164, 547-554.
- Smith, W.R. (1927). *Lectures on the religion of the semites*. The fundamental institutions. 3^a. Ed. Nova Iorque, NY: The Macmillan Company, Londres: A&C Black.
- Souza, G. de M. (1987). *O espírito das roupas: a moda no século dezenove*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Spitzer, L. (1963). *Classical and Christian ideas of world harmony*. Prolegomena to an Interpretation of the Word “Stimmung”. Baltimore, MD: John Hopkins Press.
- Starobinski, J. (1974). *Trois fureurs*. Paris, França: Ed. Gallimard.
- Stubbs, B.; Eggermont, L.; Mitchell, A.; De Hert, M.; Correll, C.; Soundy, A.; Rosenbaum, S; Vancampfort, D. (2015). The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131 (2), 75-88.
- Schüle, H. (1888). *Traité clinique des maladies mentales*. Trad. J. Dagonet. Paris, França: A. Delahaye & E. Lecrosnier Ed. Recuperado em [http: www.gallica.fr](http://www.gallica.fr).
- Tamada, R.; Lafer, B. (2003). Indução de mania durante o tratamento com antidepressivos no transtorno bipolar. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25(3), 171-176.
- Trede, K.; Salvatore, P.; Baethge, C.; Gerhard, A.; Maggini, C.; Baldessarini, R. (2005). Manic-Depressive Illness: Evolution in Kraepelin's Textbook, 1883–1926. *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 13 (3), 155-178.

- Trichet, Y. (2014). Genèse et évolution de la manie sans délire chez Philippe Pinel. Contribution à l'étude des fondements psychopathologiques de la notion de passage à l'acte. *L'Évolution psychiatrique*, 79, 207–224.
- Vanier, A. (2014). Resenha de D. Leader, Bipolaire, vraiment? *Le Carnet Psy*, 183, 20-21.
- Vanier, A. (15 de novembro 2017). *PMD, bipolarité et mélancolie*. Trabalho apresentado na atividade Formation à la pratique clinique, Hôpital Henri Ey, UFR d'Etudes psychanalytique de l'Université Paris Diderot.
- Vieta; E.; Grunze, H.; Azorin, J-M.; Fagiolini, A. (2014). Phenomenology of manic episodes according to the presence or absence of depressive features as defined in DSM-5: Results from the IMPACT self-reported online survey. *Journal of Affective Disorders*, 156, 206–213.
- Wang, Y.; Demétrio, F. (2008). Evolução da dicotomia unipolar bipolar. In, R. Moreno e D. Moreno (orgs), *Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar*. São Paulo, SP: Segmento Farma.
- Zerssen, D. (1996). Melancholic and manic types of personality as premorbid structures in affective disorders. In Ch. Mundt *et al.* (ed.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. Londres, Inglaterra: Gaskell.