

Melancolia como presença real do objeto – uma abordagem lacaniana*¹

Fernando Tenório*²

Fernanda Costa-Moura*³

O estudo aborda a melancolia desde a psiquiatria até a psicanálise, chegando à formulação de Lacan de que, nesta afecção, trata-se da presença real — e não metafórica ou por identificação — do objeto no campo do sujeito. Percorre-se brevemente a definição desta entidade nosográfica desde Esquirol até Kraepelin, com destaque para o delírio hipocondríaco de negação descrito por Cotard. Retoma-se a tese de Freud de uma identificação do eu com objeto, para chegar a Lacan, que distingue o objeto idealizado da relação de amor e o objeto causa de desejo, que deve permanecer velado. Na melancolia, trata-se da relação direta do sujeito com este objeto. A vinda ao primeiro plano do objeto a dá a fórmula geral do estatuto do sujeito na psicose, na qual é o objeto que está no comando.

Palavras-chave: Psicanálise, melancolia, Cotard, objeto a

*¹ Trabalho realizado no grupo de pesquisa da Prof. Fernanda Theophilo da Costa-Moura no Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Trabalho baseado na Tese de Doutorado: *Automatismo mental, desespecificação pulsional e delírio das negações: a condição objetalizada do sujeito na psicose*, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 2012. Autor da Tese: Fernando Ribeiro Tenório (Bolsa de Doutorado Capes). Orientadora: Fernanda Theophilo da Costa-Moura (Bolsa de Produtividade em Pesquisa [PQ] CNPq).

*² Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br).

*³ Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).

No presente trabalho, abordaremos a melancolia como entidade clínica da psiquiatria e da psicanálise, a fim de iluminar uma contribuição essencial de Lacan e de seus colaboradores à clínica da psicose: a questão do estatuto do objeto nessa clínica e, por conseguinte, do próprio sujeito. Destacaremos uma forma extrema de delírio hipocondríaco que pode acompanhar a melancolia — o delírio de negação dos órgãos ou síndrome de Cotard —, a partir de uma retomada psicanalítica desta entidade psiquiátrica.

“Melancolia” é um dos termos mais antigos e inespecíficos da medicina mental. É, também, desde sempre, um significante da cultura, que deu ensejo a produções extraordinárias, não apenas na psiquiatria, mas no campo das artes plásticas, da literatura, do cinema. Sua desapareição na classificação psiquiátrica atual é bastante emblemática do tempo e do tipo de psiquiatria que vivemos, interessada em afirmar um vocabulário imune às imprecisões inerentes à interseção com a cultura e em excluir a subjetividade. Junto com a melancolia, outros termos também desapareceram ou perderam seu estatuto na classificação das doenças mentais: paranoia, neurose, histeria — todos eles termos que realizavam essa incidência recíproca dos significantes da cultura na psiquiatria e da psiquiatria na cultura. A própria categoria de psicose, como entidade nosográfica, foi abandonada, restando o adjetivo “psicótico” para designar a ocorrência de delírio, alucinações e alterações grosseiras de comportamento. A tentativa de fazer do diagnóstico psiquiátrico uma língua sem equívocos representou um empobrecimento discursivo da psiquiatria, implicando uma “superficialização da psicopatologia” (Banzato, 2011, p. 1) e uma tendência a se restringir o campo da intervenção psiquiátrica ao controle farmacológico dos sintomas (Aguiar, 2004, p. 81). Assim, retomar essa entidade é também valorizar uma prática discursiva em torno da psicopatologia, abandonada pela tendência psiquiátrica atual, com graves prejuízos para a clínica e não sem consequências para a própria cultura.

A melancolia na psiquiatria

Não faremos, da melancolia, uma revisão histórica (remetemos a Berlinck, 2011; Silva, 2008). Nos ateremos somente ao quadro clínico que chegou a Kraepelin, e daí a Freud e Lacan. A delimitação deste quadro clínico — caracterizado pela presença de angústia, dor moral e temática delirante de culpa, pecado, abandono, ruína e ideias hipocondríacas — foi forjada por diferentes autores ao longo do século XIX.

Foi Esquirol, em 1820, quem afastou a melancolia de qualquer referência à bile (é conhecida a tese, que remonta a Hipócrates, de que os humores estariam relacionados à bile excretada pelo fígado). Esquirol definiu a melancolia como “monomania”, vale dizer, como “delírio parcial”, no caso caracterizado por uma paixão triste e opressiva. Propôs o nome “lipemania” (do grego *lupeo*, “triste”, “atormentado”) para diferenciá-la da mania, considerada por ele como outra monomania, esta do delírio alegre ou da paixão excitante (Esquirol, 1994, p. 59). Baillarger, em 1854, afirmou que a mania e a melancolia eram dois períodos de um gênero especial de alienação mental, a “loucura em dupla forma” (apud Bercherie, 1989, p. 97-8). Jean-Pierre Falret, na mesma época, reclamou prioridade para sua “loucura circular”, entidade mórbida composta pela “reunião de três estados (mania, melancolia e intervalo lúcido) que se sucedem numa ordem determinada” e cujo prognóstico é inevitavelmente desanimador (apud Bercherie, 1989, p. 97-8). Embora contemporâneos, Baillarger e Falret representavam, segundo Bercherie (1989, p. 93-106), movimentos opostos: enquanto Baillarger seria o último representante do método classificatório de Esquirol, Falret trouxe à psiquiatria a consideração da evolução na definição de uma entidade mórbida, estabelecendo o método clínico-evolutivo que preparou o caminho para o que veio depois. Ao levar em conta os intervalos lúcidos na evolução, Falret contribuiu ainda para a demarcação posterior em relação aos estados maniformes e depressivos que podem ser observados numa esquizofrenia.

Griesinger, em 1865, formulou a melancolia como “dor moral” e fez uma descrição completa do quadro clínico, incluindo a tristeza, a motricidade penosa, o delírio, os sintomas físicos, o dano à saúde e a hipocondria. Deve-se destacar o fato de que aquele que é considerado o primeiro dos organicistas tenha enfatizado o aspecto “moral” da melancolia. Na teologia luterana, solo de cultura no qual Griesinger viveu e desenvolveu seu trabalho, a *Schmerz* (dor moral) “é um signifi-
471
cante permanente para expressar a posição da criatura diante de seu criador, a humilhação de ser criatura, a mancha que ela representa, os males que a atingem e a justificativa para sua existência, pelo fato de ter sido afastada de seu criador por sua posição culpada, de saída e definitivamente” (Cacho, 2006, p. 111). O fato de a

melancolia ser dor moral mostra, segundo Cacho, como é inexato conceber, classificar e abordar a melancolia como transtorno do humor.¹

Jules Cotard, em 1880 e 1882, e Jules Séglas, em 1894, isolaram o delírio hipocondríaco presente na melancolia, no qual nos deteremos antes de chegar à formulação definitiva de Kraepelin.

O delírio das negações ou síndrome de Cotard

O delírio da negação dos órgãos foi apresentado em 1880 por Jules Cotard numa comunicação chamada “Sobre um delírio hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa” (Cotard, 2006, p. 205-11).

472

Cotard relata que identificou, em sua própria casuística e citando casos relatados por Esquirol, Leuret, Krafft-Ebing e outros, um tipo específico de delírio hipocondríaco, que se produz na melancolia, agravando-a: a convicção delirante de não ter mais cérebro, nervos, peito, coração, estômago, sangue; às vezes o paciente diz não ter nem mesmo mais corpo. Uma paciente de Esquirol “não defeca há vinte anos, seu corpo é um saco feito com a pele do diabo e cheio de sapos, de serpentes etc.” (Cotard, 2006, p. 207). Alguns imaginam que estão apodrecidos e que seu cérebro amoleceu. Dessas ideias hipocondríacas decorre lógica e paradoxalmente a ideia de imortalidade: “dizem que não morrerão porque seu corpo não tem as condições ordinárias de organização (...); estão num estado que não é nem a vida, nem a morte; são mortos-vivos” (Ibid., p. 209). Assim, a ideia de imortalidade é, paradoxalmente, não um delírio de grandeza, mas uma ideia hipocondríaca — um suplício do qual o paciente tenta se livrar pelo suicídio. Tampouco é o mesmo delírio hipocondríaco dos perseguidos, cujos órgãos são eventualmente atacados por influências externas mas parecem renascer a cada ataque. É um delírio hipocondríaco melancólico, acompanhado de todo o cortejo de angústia e sofrimento melancólicos, inclusive as ideias religiosas de danação (estar possuído pelo demônio ou ser o diabo, ter sido abandonado por Deus) e culpa (ser infame, ignóbil, culpado de todos os crimes). Em função da analgesia e como reação à ideia de não ter mais sangue nem fisiologia, os pacientes não raro cometem automutilações.

Na segunda comunicação, Cotard chama esse delírio de “delírio das negações” (Cotard, 1997), nome pelo qual, junto com o do próprio Cotard, ficou conhecido.

¹ A caracterização de Griesinger como o “primeiro dos organicistas” é uma simplificação consagrada. Pereira mostra que as relações de Griesinger com a psiquiatria biológica são mais complexas e nuançadas (cf. Pereira, 2007).

Além de reiterar os elementos da primeira comunicação (estendendo-se no contraste com a hipocondria dos perseguidos), Cotard (1997) se detém na disposição negativa (ou negadora) desses doentes:

Perguntamos a eles seus nomes? Eles não têm nome. A sua idade? Eles não têm idade. Onde nasceram? Eles não nasceram. Quem eram seu pai e sua mãe? Eles não têm pai nem mãe, nem mulher, nem filhos. Se têm dor de cabeça, dor de estômago, dor em algum ponto de seu corpo? Eles não têm cabeça, estômago, alguns nem mesmo têm corpo. Mostramos a eles um objeto qualquer, uma flor, uma rosa, e eles respondem: “Isto não é uma flor, isto não é uma rosa”. Em alguns a negação é universal, nada existe mais, eles mesmos não são mais nada. (p. 78)

Sem deixar de mencionar os sintomas de oposição que hoje conhecemos como negativismo (mutismo, recusa dos alimentos, oposição às solicitações da equipe), Cotard especifica que a negação aqui diz respeito ao “lado moral”, vale dizer, ligado à pessoa. Diz que a observação mais característica é de Leuret, em 1834, que ele resume e que reproduzimos aqui a partir do original:

Como vai a senhora? *A pessoa de mim mesma não é uma senhora, chame-me de senhorita, por favor.* Eu não sei o seu nome, queira dizê-lo. *A pessoa de mim mesma não tem nome; ela deseja que o senhor não escreva.* No entanto, eu queria muito saber como lhe chamam, ou melhor, como lhe chamavam antigamente. *Eu compreendo o que o senhor quer dizer. Era Catherine X, não se deve mais falar de como era antes. A pessoa de mim mesma perdeu seu nome, ela o deu ao entrar na Salpêtrière.* Qual é a sua idade? *A pessoa de mim mesma não tem idade.* Seus pais ainda vivem? *A pessoa de mim mesma é só e bem só, ela não tem pais, jamais os teve. [...] A pessoa de mim mesma não é a filha de ninguém; a origem da pessoa de mim mesma é desconhecida; ela não tem nenhuma lembrança do passado. A senhora da qual você fala é talvez aquela para quem se fez este robe (mostra o robe que está vestindo), ela foi casada, ela teve muitos filhos [...].* (Leuret, 2001, p. 224-5)

473

Por último, Cotard cita a feliz expressão de Leuret para designar o estado mental desses pacientes: trata-se de uma hipocondria moral (Cotard, 1997, p. 79).

O ponto culminante do estabelecimento dessa síndrome na psiquiatria é o trabalho de Jules Séglas, um texto extraordinário pela clareza do método e pela apresentação discursiva (Séglas, 2006). Recortaremos alguns pontos.

Primeiro, a especificação do termo delírio das negações, que ora designava o sintoma do delírio, ora o conjunto do quadro, e a própria definição da “síndrome”. Observando que é na melancolia que esse delírio assume sua forma típica e completa, Séglas propõe chamá-lo delírio das negações melancólico e, principalmente, situa-o num quadro mais completo, que merece assim o nome de síndrome de Cotard. A síndrome de Cotard é o seguinte conjunto de sintomas: ansiedade ou angústia melancólica; ideias de danação e possessão; propensão ao suicídio e às

automutilações; analgesia; ideias hipocondríacas de não existência ou de destruição dos órgãos, do corpo todo, das coisas do mundo, da alma etc.; ideias de nunca poder morrer (imortalidade como ideia hipocondríaca).

O segundo elemento é que as ideias de negação podem incidir sobre a personalidade moral do sujeito (não tem mais intelecto ou virtude, não raciocina mais etc.); sobre a “personalidade física” (não tem mais sangue, cérebro, genitais etc.); sobre os objetos do mundo exterior (não há nada ao redor dele, ele está no nada); e finalmente sobre as abstrações (não há mais virtude, alma, Deus).

O terceiro é a descrição do que é, para os doentes, essa imortalidade: “Eles se creem fora do mundo, numa existência indefinível, que não é mais a vida real, mas sem o repouso da morte física, numa espécie de sobrevivência dolorosa, que para eles não é senão um tipo de morte” (Ibid., p. 224). Ser imortal é suportar eternamente seus males.

O quarto elemento é o delírio de enormidade: “Os doentes que se dizem imortais não são apenas infinitos no tempo, são também infinitos no espaço. Eles são imensos, gigantescos. Sua cabeça atinge o céu. Seu corpo é colossal. Eles só contam aos milhões ou bilhões” (Ibid., p. 224-5). As ideias de enormidade têm sempre um caráter de horror e de sofrimento.

474

O quinto elemento a destacar é que Ségla especifica que os distúrbios da sensibilidade do Cotard não dizem respeito à senso-percepção no sentido estrito: “não interessam à sensação elementar, mas dependem da percepção pessoal” (Ibid., p. 228). Isso é bem exemplificado pela perda da visão mental, que é o fato de o doente ver, mas não conseguir reconhecer o que, no entanto, ele sabe que lhe é familiar: “não podem mais representar mentalmente, pela visão, os objetos ou as pessoas que outrora lhe eram familiares” (Ibid., p. 229). Não é uma amnésia das imagens visuais; o que está atingido é “o poder de assimilá-las a esse conjunto de fenômenos psicológicos que constitui a consciência pessoal”. Esse fenômeno, afirma Ségla, “prova exatamente que as desordens que interessam às diversas sensações ou às imagens mentais dependem, sobretudo, de uma falha de síntese psicológica, de um distúrbio da percepção pessoal” (Ibid., loc. cit.).

Finalmente, Ségla estabelece que o quadro não precisa estar completo ou aparecer como um quadro puro para ter legitimidade e existência clínica. Ele pode aparecer pontualmente, de maneira transitória, ou sem que todos os elementos estejam presentes.

Kraepelin – A melancolia como delírio

Atribui-se a Kraepelin, na virada do século XIX para o XX, o estabelecimento definitivo da “loucura maníaco-depressiva” como entidade nosológica unitária. No

entanto, junto com essa definição, Kraepelin preservou, a nosso ver, uma especificidade do que chamou de “melancolia verdadeira” (Kraepelin, 2009a, p. 197). Enquanto a melancolia como polo depressivo da loucura maniaco-depressiva é um rebaixamento do humor caracterizado principalmente pela inibição psíquica geral e pela paralisia da vontade, a melancolia propriamente dita é um delírio:

[A melancolia] É caracterizada pelo desenvolvimento insidioso de uma depressão ansiosa à qual se juntam, em proporções muito variáveis, concepções delirantes. As mais frequentes são ideias de culpa de matiz religioso. Os doentes são abandonados por Deus, possuídos pelo diabo. Outras vezes, são ideias hipocondríacas que dominam a cena: impossibilidade de recuperar a saúde, de defecar etc. Enfim, pode ser ainda o temor de ficar pobre, de morrer de fome, de ir para a prisão, de ser julgado, executado etc. (Kraepelin, 2009b, p. 183)

Já quanto ao quadro depressivo da “loucura maniaco-depressiva”, a ênfase, segundo Kraepelin, está na depressão do humor, na paralisia da vontade e inibição dos movimentos e na virtual ausência de angústia e de delírio: “uma inibição tão forte da ação e da ideação quase não se encontra senão na loucura maniaco-depressiva; não aparece na melancolia verdadeira” (Kraepelin, 2009a, p. 197).

Em suas famosas *Lições clínicas*, Kraepelin apresenta diversos casos cujo traço clínico distintivo é o delírio de autoacusação: um agricultor de 59 anos de idade, casado, pai de quatro filhos, se recrimina por ter roubado maçãs na infância e brincado (sexualmente) com uma vaca na juventude. Por isso, há sete meses passou a sofrer de dores de cabeça, no estômago e no coração, vertigens, angústia, insônia; acredita que viu o maligno; desenvolve o “delírio de culpa”. Outra paciente, de 46 anos, perdeu o marido e passou a se recriminar por ter cuidado mal dele. Rapidamente, desenvolveu um delírio de culpa: nunca fez nada de bom, era dirigida pelo demônio, seu marido casou com o diabo, por isso ele e seus filhos estão condenados ao inferno. É ela quem atrai a maldição para eles e torna todo mundo infeliz, por isso está no inferno, causou a ruína do mundo. Em carta ao tribunal, pede seu encarceramento. Outra paciente ainda, de 54 anos, depois da morte do marido, imaginava ter caído na miséria, mesmo reconhecendo racionalmente não haver razão para isso. Ficou insone e com outros sintomas somáticos até ser tomada bruscamente pela ideia de que deveria se eliminar para que os filhos ficassem tranquilos (Kraepelin, 2009b, p. 183-6).

A nuance introduzida por Kraepelin entre uma melancolia “verdadeira”, cujo sintoma principal é o delírio, e o polo depressivo da psicose maniaco-depressiva, cujos sintomas principais são o rebaixamento do humor e a paralisia da vontade, não chega a fazê-lo separar cabalmente as duas condições, de modo que a melancolia não deixará de ser abordada como o oposto da mania, no bojo da psicose maniaco-depressiva.

A melancolia de Freud a Lacan

A abordagem psicanalítica da melancolia tem como ponto inaugural o artigo de Freud “Luto e melancolia”, publicado em 1917, e os trabalhos de seu colaborador Karl Abraham. O quadro clínico no qual Freud se baseia corresponde ao descrito por Kraepelin. “O paciente descreve seu eu como indigno, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível”; trata-se de um “delírio de insignificância predominantemente moral” ao qual se soma “a extinção da pulsão que leva todos os seres humanos a se apegarem à vida” (Freud, 1995, p. 244). Freud aborda a melancolia por sua vizinhança com o luto: frequentemente ela se desencadeia após a perda de um objeto de amor e ambos os estados se assemelham no sentimento penoso, desânimo, apatia, desligamento do mundo, inibição e perda da capacidade de amar. O caráter distintivo da melancolia, porém, está na autorrecriação, ausente no luto e que chega ao nível do delírio. Neste ponto, Freud formula que no desprezo que o melancólico manifesta por si mesmo, ele está se tratando como a um objeto (Ibid., p. 245). Vale dizer, Freud identifica aí uma presença objetual no campo do sujeito.

476

Apesar da referência ao delírio e, na sequência do artigo, à psicose maníaco-depressiva, o mecanismo com que Freud explica essa presença do objeto no campo do sujeito é do plano da neurose: incapaz de aceitar a perda de um objeto amado, o sujeito se identifica com esse objeto e o traz para dentro de seu eu, a fim de não renunciar a ele (Ibid., p. 246). Freud lembra que a identificação fora teorizada por ele como a primeira forma pela qual o eu escolhe um objeto: incorporando-o, devorando-o; e que essa forma carrega uma ambivalência na relação com o objeto. É neste ponto que Freud se apoia na clínica da neurose obsessiva e nas contribuições de Abraham: nas duas enfermidades, a ambivalência em relação ao objeto se manifesta na forma de autorrecriações e culpa. Freud aproxima o automartírio do melancólico e o do neurótico obsessivo (Ibid., p. 247-9). No entanto, o que distingue a melancolia seria a retração do investimento objetual para o próprio eu, a partir da identificação-introjeção.

Abraham considera “definitivamente estabelecida a afinidade psicológica entre a melancolia e as neuroses obsessivas”, mas admite não ter podido desvendar o “ponto de divergência” das duas enfermidades, que responderia por suas diferenças sintomáticas e de evolução (Abraham, 1970, p. 82). Enquanto o melancólico abandona a relação com o objeto em favor da introjeção, o neurótico obsessivo a retém. A hipótese de Abraham repousa em seu entendimento do desenvolvimento infantil da libido em seus estágios oral, anal e genital como fases cronológicas: o melancólico combinaria aspectos de uma regressão à fase “oral-canibalesca”, da incorporação do objeto no eu, e de uma regressão a um primeiro estágio da fase “anal-sádica”, caracterizado pelo sadismo contra o objeto (que, no entanto, está

introjetado no eu). Já o obsessivo estaria referido a um outro estágio, posterior, da fase “anal-sádica”, em que a relação com o objeto é mantida, também como sadismo, mas com um objeto externo, e dentro do par retenção-rejeição, vale dizer, com o mesmo tratamento dado aos excrementos (Ibid., *passim*).

Freud afirma que a introjeção do objeto no eu, por identificação, corresponde então a uma bipartição no eu, em que uma parte critica a outra. Essa parte que se separa do eu enquanto “instância crítica” mostra sua autonomia também em outras situações, no que Freud chama aqui de “consciência moral”. Podemos dizer que a noção de supereu, advinda da clínica da neurose e ainda não formulada, já fazia seu trabalho em Freud e que, ao privilegiar essa via, Freud se desvia de uma distinção mais rigorosa entre luto e melancolia e, portanto, de uma concepção mais precisa da melancolia (cf. Tyszler, 2009, p. 113). De fato, em “Neurose e psicose”, já no âmbito da segunda tópica, Freud definirá a melancolia como um conflito entre o eu e o supereu, razão pela qual ela deveria ser classificada como uma “psiconeurose narcísica” (Freud, 1993, p. 158). Com Lacan, veremos que não é tanto a referência ao supereu, mas ao objeto, que esclarecerá as coordenadas estruturais da melancolia.

Freud não cedeu à ilusão de supor que a verdade do melancólico está em outro lugar que não na descrição deplorável que ele faz de si mesmo. Em suas autoimputações, diz Freud, ele parece ter razão e captar a verdade com mais clareza do que nós, não melancólicos. O intrigante, sublinha, é por que um homem “tem que adoecer para alcançar uma verdade assim” (Freud, 1995, p. 244). Malgrado o embaraço que teve para fazer a leitura desse fato, ainda assim Freud viu claramente que na melancolia, o sujeito se trata como um objeto, o objeto ocupou o campo que seria o do sujeito.

Lacan propõe que a melancolia só pode ser entendida se fizermos a distinção entre a imagem do objeto — $i(a)$ —, “pela qual todo amor é narcisicamente estruturado”, e “o verdadeiro objeto da relação, o objeto mascarado, objeto a ”, causa do desejo (Lacan, 2005, p. 363). No luto, trata-se da relação do desejo com essa dupla dimensão do objeto idealizado (imagem do objeto) e do objeto causa do desejo, a . Trata-se de elaborar a perda do objeto amado a fim de restabelecer a ligação com o objeto causa de desejo, para que outro objeto possa vir neste lugar como substituto. Já o melancólico está numa “referência radical ao a , mais arraigada para o sujeito que qualquer outra relação”. Este “objeto a que o transcende, cujo mandamento lhe escapa, e cuja queda o arrasta para a precipitação suicida” (p. 364). Trata-se menos da perda do objeto da relação de amor do que uma relação direta com este objeto

² A contribuição de Abraham merece ser considerada detidamente, o que fugiria ao escopo do presente artigo e esperamos fazer oportunamente em outro contexto.

que, na constituição do sujeito e do desejo, deve justamente se caracterizar por sua ausência, mas que no melancólico está presente de maneira tão real a ponto de se confundir com o sujeito.

Em conferência intitulada “Pequeno discurso aos psiquiatras”, Lacan (1967) afirma que a linguagem “faz um sujeito”: produz o sujeito enquanto dividido justamente porque sua operação deixa um resto, faz cair um objeto que o sujeito é obrigado a buscar no Outro. Na neurose, portanto, “o *a* é sempre demandado ao Outro” (p. 15). Já o psicótico, diz Lacan, nele “não há demanda de pequeno *a*, seu pequeno *a*, ele o detém”; “digamos que ele tem sua causa no bolso, é por isso que ele é louco” (p.15). Esta fórmula de Lacan acrescenta uma inflexão importante à delimitação da psicose como estrutura. Se Freud introduziu a dimensão do sujeito na psicose e Lacan desenvolveu como a estrutura psicótica deriva dos mesmos pontos capitais que constituem qualquer sujeito — a encruzilhada entre a invocação paterna e o sexual e a relação com o Outro —, este aforisma de Lacan convida a retomar a questão da psicose nessa outra inflexão: o colapso do sujeito ao objeto. Não excludente em relação às primeiras formulações, mas, ao contrário, que traz a estas uma precisão necessária, com implicações para o tratamento e até mesmo éticas.

Clínica do objeto

Reexaminando a melancolia a partir dessa fórmula de Lacan, Marcel Czermak (2012) propõe que a literatura contemporânea sobre a melancolia não formula com vigor suficiente a dimensão do objeto que está encarnada pelo melancólico. Para o autor, na fala do melancólico, não há, por trás da descrição abjeta que ele faz de si, um sujeito que estaria separado dela e poderia dialetizá-la. Não se trata de uma identificação no sentido freudiano, mas de uma equivalência real entre o sujeito e esse dejetivo que ele descreve. A identificação está sempre ligada a uma simbolização do objeto (vale dizer, que ele possa ter sido perdido em algum nível). Como indica Tyszler (2009), “para que haja identificação, o objeto deve conseguir reduzir-se a um traço” (p. 112). Não há nenhuma operação simbólica na descrição que o melancólico faz de si como algo a ser jogado fora, descartado, ejetado (e ele muitas vezes se ejeta no suicídio). Quando um sujeito fala de si do modo como fala o melancólico, vemos “um sujeito que se torna verdadeiramente dejetivo de sua [própria] operação subjetiva” (Tyszler, 2011, p. 80).

Em outros trabalhos (Costa-Moura & Costa-Moura, 2011; Tenório, 2012), procuramos desenvolver as formulações de Lacan de que o advento do sujeito é logicamente antecedido pela constituição dos circuitos pulsionais, na qual, a partir da intervenção do Outro, são recortados os objetos da pulsão. Esses objetos serão

inicialmente os objetos de uma pulsão acéfala, a partir da qual, só depois, advirá um sujeito. Diferente de percorrerem um desenvolvimento progressivo, os sucessivos circuitos e objetos pulsionais correspondem aos reviramentos da demanda do Outro sobre o sujeito. Vale dizer, do modo como o sujeito ele mesmo é tomado como objeto. Em cada um desses níveis, haverá por estrutura um desencontro das demandas entre o sujeito e o Outro que constituirá o respectivo objeto como faltante, matriz do que se constituirá como objeto perdido e causa do desejo (cf. Lacan, 1992, p. 197-219). Essa estrutura deverá ser ordenada e posta em seu lugar pelo advento da significação sexual dada pelo falo, que inscreve o lugar do sujeito, regula sua relação com o objeto e sua relação com o Outro — mas o faz, justamente, por dar à perda do objeto inscrição simbólica e significação sexual. A passagem pelo nível fálico assegura o objeto como perdido, extraído do sujeito e, doravante, destacado dele como causa do desejo. A psicose, porém, segundo a indicação de Lacan, testemunha uma não extração do objeto, que permanece colapsado ao sujeito, arrastando-o para a objetualização que temos a chance de verificar nas diferentes formas clínicas.

Assim, quando o melancólico fala de si como um dejetivo, algo que deveria ser eliminado, isso não é metafórico. Podemos ler, no sentido da frase de Lacan, o testemunho de uma condição em que esse objeto não foi separado do sujeito. Permaneceu no campo do sujeito, parasitando-o, confundindo-se com ele. A célebre frase de Freud (1995), “a sombra do objeto caiu sobre o eu” (p. 246), Czermak (2012) propõe reescrevê-la assim: “na melancolia, o objeto é que volatilizou todo o eu e ocupa toda a cena [...]. Do eu, não resta mais que uma sombra” (p. 163).

No seminário *A identificação*, Lacan (1961-1962/s/d.) afirma que os dois termos, sujeito e objeto ($\$$ e a) estão “ligados pela função do corte”, que implica que “a função do objeto da fantasia, enquanto termo da função do desejo, está oculta” (lição de 13/6/1962, p. 378). É necessário o velamento do objeto, pois “tudo recua, tudo se apaga na função significante diante da ascensão, da irrupção desse objeto” (p. 379). Nesse ponto, Lacan articula a vinda ao primeiro plano do objeto a à pregnância do corpo na psicose: para o neurótico, o Outro tem toda a importância; para o perverso, o falo; e, para o psicótico, “o corpo próprio tem toda a importância” (p. 380). Essa pregnância do corpo é cotidiana na clínica das psicoses. Neste sentido a hipocondria é um “conceito maior” no campo das psicoses, já que “nenhuma escapa dos fenômenos hipocondríacos” (Sciara & Brillaud, 2006, p. 77). Para discerni-la em sua acepção psicótica, diferente das queixas hipocondríacas comuns nos neuróticos, Sciara e Brillaud propõem que, na fala do hipocondríaco, trata-se não de uma queixa, mas de uma “constatação” relativa a seu corpo. Constatação de algo não dialetizável que habita o corpo e que não é senão o objeto a “encarcerado” no corpo, parasitando-o (p. 79). Talvez por isso Lacan tenha afirmado que a síndrome de Cotard “é da ordem do núcleo psicótico” (Lacan,

1960-1961/1992, p. 106-107). O delírio das negações indica justamente estas coordenadas estruturais da hipocondria nas psicoses, como condição na qual é o objeto que está no comando.

Solidariamente à questão da teorização psicanalítica da psicose, essa concepção situa também um diálogo com a psiquiatria, cuja estrutura discursiva e categorial se viu radicalmente empobrecida desde o advento da terceira revisão do DSM e da décima revisão da CID, nas últimas décadas do século passado. Desde então, a categoria de esquizofrenia passou a englobar a quase totalidade dos quadros reconhecidos como psicóticos, tomados em uma referência deficitária. Quanto às demais psicoses, a reunião dos “transtornos” por seus temas comuns e semelhanças descritivas desorienta a clínica, pois torna mais difícil o reconhecimento das diferenças de fundo, que são as decisivas. O amplo conjunto dos quadros depressivos, nos quais a melancolia foi diluída como um transtorno do humor, é um dos campos da patologia em que essa desorientação se manifesta mais fortemente. A retomada dos trabalhos da psiquiatria dita clássica, anteriores a essa expansão englobante da esquizofrenia, permite pois identificar e articular elementos que possam servir a uma abordagem mais advertida da complexidade da psicose.

Referências

- Abraham, K. (1970). *Teoria psicanalítica da libido. Sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago.
- Aguiar, A. (2004). *A psiquiatria no divã – Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª edição (DSM IV). Porto Alegre: Artmed.
- Banzato, C. (2011). Entrevista a *Com Ciência – Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Recuperado em 17 maio 2012 de <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&tipo=entrevista&edicao=64>> Acesso em 17 de maio de 2012.
- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica – História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Berlinck, M. T. (2011, set.). Morte sem futuro e morte com futuro: a questão do tempo na morte. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 14(3), 419-425.
- Cacho, J. (2006, mar.) A síndrome de Cotard. *Revista Tempo Freudiano*, Rio de Janeiro, 7, 103-117.
- Costa-Moura, F. & Costa-Moura, R. (2011, dez.) Objeto a: ética e estrutura. *Ágora. Estudos em teoria psicanalítica*, Rio de Janeiro, XIV(2), 225-242, dez. 2011. Recuperado em 11 set. 2013 de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200005&lng=en&tlng=pt>.

- Cotard, J. (1997). Do delírio das negações. In C. P. Almeida & J. M. Moura (Orgs.). *A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia* (pp. 77-92). Rio de Janeiro: Kalimeros – Escola Brasileira de Psicanálise. (Trabalho original publicado em 1882).
- Cotard, J. (2006, mar.). Sobre o delírio hipocondríaco em uma forma grave de melancolia ansiosa. *Revista Tempo Freudiano*, Rio de Janeiro, 7, 205-211. (Trabalho original publicado em 1880).
- Czermak, M. (2012). *Patronímias – Questões da clínica lacaniana das psicoses*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano.
- Esquirol, É. (1994). De la lypémanie ou mélancolie. In J. Postel, (Org.). *La psychiatrie – textes essentiels* (pp. 59-65). Paris: Larousse. (Trabalho original publicado em 1820).
- Freud, S. (1993). Neurosis y psicosis. In *Obras Completas* (Vol. XIX, pp. 155-159). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1995). Duelo y melancolia. In *Obras Completas*. (Vol. XIV, pp. 241-255). Buenos Aires: Amorrortu. (trabalho original de 1917).
- Griesinger, W. (1997). Melancolia no sentido mais estrito. In C. P. Almeida & J. M. Moura (Orgs.). *A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia* (pp. 39-75). Rio de Janeiro: Kalimeros – Escola Brasileira de Psicanálise. (Trabalho original publicado em 1865).
- Kraepelin, E. (2009a). Melancolia – 2ª lição: estados circulares depressivos. In M. Czermak & J.-J. Tyszler (Orgs.). *A pulsão na psicose: oralidade, mania e melancolia – A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria* (Vol. 4, pp. 189-199). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano. (Trabalho original publicado em 1900).
- Kraepelin, E. (2009b). Melancolia – 1ª lição. In M. Czermak & J.-J. Tyszler (Orgs.). *A pulsão na psicose: oralidade, mania e melancolia – A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria* (Vol. 4, pp. 181-187). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano. (Trabalho original publicado em 1900).
- Lacan, J. (s/d). *L'identification – Séminaire 1961-1962*. Paris: Association Lacanienne Internationale. *Publication hors commerce*.
- Lacan, J. (1967). Petit discours aux psychiatres. Conferência. 10-11-1967. Recuperado em 10 fev. 2012 de: <<http://www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan60.php>>.
- Lacan, J. (1992). *O seminário. Livro 8. A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2005). *O seminário. Livro 10. A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Leuret, F. (2001). Une observation de Leuret (Extrato de *Fragments psychologiques sur la folie*). In Y. Baumstimler, J. Cacho & M. Czermak (Orgs.). *Délire des négations – Actes du Colloque des 12 et 13 décembre 1992*. (2ª ed., pp. 223-227). Paris: Association Freudienne Internationale. (Trabalho original publicado em 1834).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, M. E. C. (2007, dez.). Griesinger e as bases da “Primeira psiquiatria biológica”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, X(4), 685-691.
- Sciara, L. & Brillaud, D. (2006, mar.). Da hipocondria da língua à hipocondria do corpo. *Revista Tempo Freudiano*, Rio de Janeiro, 7, 77-93.

- Sèglas, J. (2006, mar.). O delírio das negações na melancolia. *Revista Tempo Freudiano*, Rio de Janeiro, 7, 205-247. (Trabalho original publicado em 1894).
- Silva, P. J. C. da. (2008, jun.). Um sonho frio e seco: considerações sobre a melancolia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 11(2), 286-297.
- Tenório, F. (2012). *Automatismo mental, desespecificação pulsional e delírio das negações: a condição objetalizada do sujeito na psicose*. 2012. 194 p. Tese (doutorado em Teoria Psicanalítica). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Tyszler, J.-J. (2009). Transtornos do humor: o luto da melancolia. In M. Czermak & J.-J. Tyszler (Orgs.). *A pulsão na psicose: oralidade, mania e melancolia – A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria* (Vol. 4, pp. 109-115). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano.
- Tyszler, J.-J. (2011, set.). A melancolia: Luto de um significante e objeto real da clínica. *Revista Tempo Freudiano*, Rio de Janeiro, 9, 69-102.

Resumos

(Melancholia as a real presence of the object – An approach based on Lacanian theory)

482

This study addresses melancholia in both its psychiatric and its psychoanalytic concepts, including Lacan's formulation. According to Lacan, melancholia consists of a real presence of the object in the field of the subject — rather than presence as metaphor or by identification. We briefly discuss the history of the definition of melancholia from Esquirol to Kraepelin, then take up Cotard's work on hypochondriac delusions. Freud's thesis of identification by the ego is then discussed and followed by Lacan's considerations. Lacan distinguishes the idealized object of the love relationship from the object cause of desire, which remains hidden. In melancholia the question is the direct relation of the subject with this object. The emergence of object "a" to the foreground provides the general formula of the status of the subject in psychosis, where the object is in command.

Key words: Psychoanalysis, melancholia, Cotard, object "a"

(La mélancolie en tant que présence réelle de l'objet — Une approche lacanienne)

Cet article analyse la mélancolie de la psychiatrie à la psychanalyse et aboutit à la formulation de Lacan selon laquelle, en ce qui concerne cette condition, il s'agit de la présence réelle — et non pas métaphorique ou par identification — de l'objet dans le champ du sujet. Nous reprenons rapidement la définition de cette entité nosographique d'Esquirol à Kraepelin en soulignant le délire hypocondriaque des négations décrit par Cotard. Nous discutons la thèse de Freud de l'identification du moi avec l'objet et aboutissons à Lacan qui distingue l'objet idéalisé de la relation amoureuse de l'objet cause du désir qui doit rester caché. En ce qui concerne la mélancolie, il s'agit du rapport direct du

sujet avec cet objet. L'apparition au premier plan de cet « objet a » nous livre la formule générale de la condition du sujet dans la psychose, dans laquelle l'objet commande.

Mots clés: Psychoanalyse, mélancolie, Cotard, objet a

(Melancolia como presencia real del objeto – Un abordaje lacaniano)

El texto trata de la melancolía desde la psiquiatría hasta el psicoanálisis con la tesis de Lacan de que, en esta patología, la presencia del objeto es real en el campo del sujeto — y no una presencia metafórica o por identificación. Se traza brevemente los pasos de la definición de esta categoría desde Esquirol hasta Kraepelin, destacando el delirio hipocondríaco de negación descrito por Cotard. Se retoma la tesis de Freud de una identificación del yo con el objeto llegando a Lacan que propone que se haga la distinción entre el objeto idealizado de la relación de amor y el objeto causa del deseo, que debe permanecer velado. En la melancolía, ocurre la relación directa del sujeto con este objeto. La ascensión al primer plan del objeto a proporciona la fórmula general de la condición del sujeto en la psicosis, en la cual es el objeto que está en el comando.

Palabras clave: Psicoanálisis, melancolía, Cotard, objeto a

(Melancholie als reales Vorhandensein des Objektes – ein lacanscher Ansatz)

Die Studie befasst sich mit der Melancholie im Rahmen der Psychiatrie bis hin zur Psychoanalyse und kommt so zur Formulierung von Lacan, der diesen Affekt als reales — und nicht metaphorisches oder in Anlehnung an eine Erkennung — Objekt im Umfeld des Subjektes sieht. Anschließend wird die Definition dieser nosografischen Einheit von Esquirol bis Kraepelin kurz behandelt, mit besonderer Betrachtung des von Cotard beschriebenen hypochondrischen Deliriums der Verneinung. Es wird auch Freuds These der Identifizierung des Ichs mit dem Objekt wieder aufgenommen, um dann auf die lacansche Theorie überzugehen, die das idealisierte Objekt der Liebesbeziehung und das die Begehrung auslösende Objekt hervorhebt, das verborgen bleiben muss. Im Falle der Melancholie, handelt es sich um eine direkte Beziehung zwischen dem Subjekt und diesem Objekt. Das Objekt “a” rückt in den Vordergrund und bestimmt die allgemeine Formel des Zustandes, des sich in Psychose befindlichen Subjektes, wobei das Objekt die Fäden in der Hand hat.

Schlüsselwörter: Psychoanalyse, Melancholie, Cotard, Objekt “a”

Citação/Citation: Tenório, F. & Costa-Moura, F. (2014, setembro). Melancolia como presença real do objeto – Uma abordagem lacaniana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 469-484.

Editor do artigo/Editor: Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 23.9.2013/ 9.23.2013 **Aceito/Accepted:** 30.11.2013 / 11.30.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: Esta pesquisa é financiada pela Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasília, DF, Br) / This research is funded by Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasília, DF, Br).

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

FERNANDO TENÓRIO

Doutor em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br).
Rua Marquês de São Vicente, 225, sala 201-L – Gávea
22451-900 Rio de Janeiro, RJ, Br
e-mail: fernandotenorio@terra.com.br

FERNANDA COSTA-MOURA

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br); Professora do Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).
Av. Pasteur, 250 – Fundos – Botafogo
22290-240 Rio de Janeiro, RJ, Br
e-mail: fcostamoura@infolink.com.br