

SOBRE MARX E A MELANCOLIA

*Patricia Farina**

*Manoel Tosta Berlinck***

RESUMO

Após um “tilt”, como ele mesmo denomina, Hélio é encaminhado a uma enfermaria psiquiátrica. Hélio é professor “marxista” conforme a curiosa descrição em seu prontuário. A partir de atendimentos com uma terapeuta do hospital, pode-se compreender o significado da classificação “marxista” atribuída a Hélio e a importância desse ideal em sua vida. É a partir do processo de desilusão desse mesmo ideal que o “tilt” de Hélio revela as primeiras nuances da melancolia presente neste caso.

Palavras-chave: melancolia; depressão; marxismo; clínica.

ABSTRACT

ON MARX AND MELANCHOLY

After a “tilt” as he calls it, Hélio is sent to a psychiatric ward. Hélio is a “Marxist” teacher according to the curious description of his medical records. It

* Graduada em psicologia pela universidade São Francisco; Mestranda do programa de estudos pós-graduados em psicologia clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Puc-SP.

** Sociólogo; psicanalista; Ph.D. pela Cornell University (Ithaca, NY, USA); Professor Titular da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (Campinas, SP, Brasil, 1972-1992); Professor do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

is from the sessions with a therapist in the hospital that one can understand the meaning of the classification “Marxist” attributed to Hélio and the importance of this ideal in his life. It is also from the process of disillusionment of that same ideal that one is faced with Hélio’s “vilt” and with the first shades of melancholy in this case.

Keywords: melancholia; depression; Marxism; clinic.

Do prontuário de Hélio, nome por mim inventado, constavam: estado civil, idade e mais os qualificativos: professor e marxista.

Marxista? Marxista não é bem um adjetivo apropriado para constar numa descrição de prontuário clínico e foi algo que causou surpresa e risos. Também não é hábito que se leia o prontuário assim logo no começo do acompanhamento de um caso, mas com Hélio foi necessário, pois em nosso primeiro atendimento ele quase não falou.

Numa tarde de sexta-feira, uma enfermeira solicita o atendimento psicoterapêutico de um paciente recém-chegado, que havia tentado suicídio ainda naquela noite. Não estava bebendo água e nem se alimentando. Sou apresentada a Hélio na enfermaria e quando seguimos para a sala no corredor encontro outra terapeuta que ansiava por utilizar o mesmo consultório. Como era uma tarde muito fria de inverno, pergunto se Hélio prefere ser atendido na sala ou no ensolarado pátio gramado. Ele opta por sair da enfermaria e seguir para a área externa e liberamos assim a sala.

Sentamos sob o sol, próximos a um orelhão. Ele pede para ligar para a família, mas mal consegue teclar os números coordenadamente. Começamos a conversar. Faço uma série de perguntas, sobre onde mora, o que faz sua família, o que o trouxe até o hospital... Hélio responde a tudo com frases curtas, falando baixo, lento, ora olhando para mim, ora olhando ao redor. Pergunta quando poderá ir embora. Tão logo sintá-se melhor, respondo. Hélio parece anestesiado, parece não sentir nada. É após um longo silêncio que pergunto exatamente isso a ele: “– Que sensação te ocorre agora?”. Gesticulo um pouco com as mãos, dando a entender que me refiro de fato à sensação física,

concreta. Hélio responde prontamente: “– Me ocorre sede”. Seguimos até o posto de enfermagem onde a auxiliar sorridente e satisfeita atende prontamente ao pedido de Hélio com um copo d’água.

Após o final de semana, numa segunda-feira pela manhã, antes mesmo de iniciar minhas atividades, acompanho Hélio no café da manhã. Ele se alimenta sem empolgação e sua expressão ainda é marcada pela apatia e seus movimentos, pela lentidão. Ele me cumprimenta, mas parece pouco se importar com minha presença. A auxiliar de enfermagem comenta que Hélio passou a se alimentar e saiu do quarto de observação para um dormitório coletivo, pois, segundo avaliação médica, não apresentava mais risco de suicídio.

É quando procuro pelo prontuário de Hélio e encontro a descrição curiosa de “professor marxista”. Karl Marx foi um intelectual alemão do século XIX que ficou conhecido como o revolucionário fundador da doutrina comunista, um sistema econômico, político e social que visava à criação de uma sociedade sem classes, sem Estado, baseada na propriedade comum dos meios de produção e na isenção da propriedade privada, que passaria a ser controlada pelos trabalhadores. Marx considerava o comunismo como um movimento real e possível e não como um modelo, como avaliam muitos de seus críticos atuais.

É no meu segundo encontro com Hélio, desta vez no consultório, que me conta mais detalhadamente sua história e, como não poderia deixar de ser, seus ideais. Hélio é professor, concluiu recentemente o mestrado em sua especialidade, é bastante dedicado a sua profissão, participa ativamente do sindicato dos professores e frequenta suas reuniões periódicas. Sempre lecionou e, mesmo após a titulação, não procurou por aulas no ensino superior. A família reclama da opção de Hélio, acha que ele deveria buscar oportunidades melhores, recuperar o dinheiro investido na pós-graduação, trabalhar menos, se divertir mais. Hélio gosta de trabalhar na rede pública, diz que procurou o mestrado justamente para oferecer o melhor a seus alunos. Até então sentia muita vontade, mesmo em meio às precariedades do sistema de ensino, de continuar com suas aulas no colégio público em que

começou. É numa passeata, uma manifestação realizada por professores durante um período de greve, que Hélio descreve ter sentido o que ele chama de “tilt”, como se de repente tivesse sido desligado. Quando voltou a si, já estava no hospital.

Nos dias seguintes, Hélio vai contando que mal se reconhece como se encontra, não sente mais vontade de ir à escola, não se sente preparado, mas também não sabe dizer se está cansado de lutar ou se seria feliz abandonando a escola, o movimento. Nesse momento as opções parecem radicais. Recebe visitas da família e dos amigos. Por vezes contempla seguir os conselhos de todos. Ao sair da internação passará um tempo em casa, lendo e tocando violão. Sentir-se-á melhor assim? Provavelmente não, ele acredita, mas relata precisar de tempo para pensar muito sobre o que aconteceu e o que quer para si.

Em seus últimos dias na instituição, Hélio, juntamente com colegas de internação, ouve uma palestra que ministro numa semana de humanização organizada pelo hospital, na qual abordo a questão do trabalhador de saúde e seu sofrimento enquanto cuidador. Ao fim da apresentação, sou chamada imediatamente para uma reunião com a diretoria do hospital. Hélio me segue pelo corredor, tentando me abordar angustiadamente, mas é barrado por outro funcionário. Argumento que voltarei em breve para conversarmos. Nesse momento, Hélio, ainda em estado clínico lentificado, parece bastante patético me seguindo pelo corredor, lembrando os pacientes psicóticos, embora não seja esse o seu quadro. Lamento imensamente não poder acolhê-lo naquele momento.

Ocorre, então, um último atendimento antes de sua alta. Hélio conta de sua vergonha, dos seus primeiros dias de internação, principalmente quando encontrou no corredor a enfermeira que lhe deu banho nos primeiros dias de apatia e trocou suas fraldas. Conta que, à época de nosso primeiro encontro, não queria se alimentar ou tomar água para não evacuar e sujar as fraldas que usava. Começa a refletir sobre seu “tilt”. Ainda não é possível se aprofundar sobre os significados por trás de tal desligamento, mas fica evidente a intensidade de sua crise e isso o envergonha. Também faz referências à minha

apresentação. Apesar da vergonha, sente muita vontade de agradecer a todos que o ajudaram no período mais crítico e relata ter gostado de nossas conversas. Sugiro que dê continuidade a uma psicoterapia fora da internação. Diz já estar pensando nisso e em seguir os outros conselhos dados por aqueles que também o ajudaram. Vai ficar em casa, fazer o que pedem: nem de reunião no sindicato quer saber mais, pelo menos por enquanto. Ficar em casa tocando violão ou passar uns dias no sítio de parentes não é bem o desejo de Hélio. Levando uma vida de aposentado precoce não é agradável, mas não se sente capaz de retomar suas atividades anteriores. Por enquanto será assim, é o que ele decide.

SOBRE A MANIA

Refletindo sobre esta narrativa, fomos levados a pensar que Hélio vinha, há muito tempo, apresentando um comportamento maníaco, com um ritmo de atividades consideradas excessivas pelos seus familiares e amigos.

A mania, como se sabe, é o contraponto da melancolia. Em nenhum momento, a nosso ver, Hélio apresentou um estado depressivo, revelando-se, assim, mais uma vez, a diferença entre depressão e melancolia (Berlinck & Fédida, 2000). O “tilt” é, de fato, um súbito desligamento da mania e ocorre com certa frequência depois de um período dominado por esta manifestação. É comum, por exemplo, ocorrer um desmaio acompanhado de súbito desligamento, de um estado eufórico religioso, esportivo ou festivo. Binswanger (2002) observa, por exemplo, em “O sonho e a existência”:

Quando, no meio de uma entrega ou expectativa apaixonada, o esperado subitamente nos decepciona, e o mundo se torna tão “outro”, a ponto de nos desenraizar totalmente roubando nosso chão, então, mais tarde, após termos reencontrado um apoio firme, voltamos em pensamento e esses instantes, dizendo:

“Caímos dos céus como que atingidos por um raio”. É de fato através de tais palavras que expressamos a experiência vivida de nossa decepção e de nosso desconcerto, através de uma metáfora poética, de modo algum produzida pela imaginação de um poeta qualquer, mas brotando da pátria espiritual que pertence a todos nós: a linguagem (Binswanger, 2002: 147).

A vertigem maníaca é, propriamente, um “tilt”. A mania, contrapondo-se à melancolia, apresenta uma transformação, metamorfose da vida afetiva, do estado de ânimo (*Stimmung*), acompanhada por distúrbios do pensamento e da motricidade. O pensamento na vida maníaca não se articula, não se manifesta por articulações sintáticas tais como as que nos servem no dia-a-dia: sujeito, verbo e objeto apresentados em frases. As sentenças não se completam e o pensamento apresenta fuga de ideias (Binswanger, 1987). Elas se sucedem sem articulações de sentido, de forma incoerente e confusa. Há, pois, na mania, uma dispersão no mundo que se manifesta num falar que não diz, não comunica, revelando uma vacuidade íntima, estado denominado, às vezes, de autismo maníaco – referindo-se justamente à impossibilidade de contato vital com a realidade.

A expressão mania foi inventada pelo humano há tempos imemoriais para se referir à loucura. Ela é, originalmente, um intenso esforço continuado que implica grande dispêndio de energia física e psíquica e culmina em júbilo. As ideias se movimentam em grande velocidade. A mania, ou crise maníaca, ou o episódio maníaco, é definido como um período ou estado psíquico durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo e irritável. A perturbação do humor deve incluir autoestima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de ideias, distratibilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas.

O humor elevado da mania pode ser descrito como eufórico, incomumente bom, alegre ou excitado. Embora o humor possa de

início ter uma qualidade contagiante, para o observador sem envolvimento ele é reconhecido como excessivo. A qualidade expansiva do humor é caracterizada por entusiasmo incessante e indiscriminado por interações interpessoais, sexuais ou profissionais. Embora o humor elevado seja considerado o sintoma prototípico, a perturbação predominante do humor pode ser irritabilidade, particularmente quando os desejos são frustrados. A instabilidade do humor, uma alternância entre euforia e irritabilidade, é percebida com frequência.

A autoestima inflada vai desde uma autoconfiança sem crítica até uma acentuada grandiosidade, podendo alcançar proporções delirantes. Maníacos “sabem tudo”, especialmente sobre questões das quais não possuem qualquer conhecimento especial. A fala maníaca é tipicamente pressionada, alta, rápida e difícil de interromper. Maníacos podem falar ininterruptamente por horas a fio, sem consideração para com o desejo de comunicação de outras pessoas. A fala por vezes se caracteriza por trocadilhos, piadas e bobagens divertidas.

A distrabilidade é evidenciada por uma incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes. Pode haver redução da capacidade de diferenciar entre pensamentos pertinentes ao assunto e pensamentos de pouca relevância ou nitidamente irrelevantes. O aumento da atividade dirigida a objetivos frequentemente envolve excessivo planejamento e participação de múltiplas atividades. Um aumento do impulso, das fantasias e do comportamento sexual em geral está presente. O maníaco pode assumir simultaneamente múltiplos novos empreendimentos sem levar em consideração possíveis riscos ou a necessidade de completar, a contento, cada uma dessas atividades. Quase invariavelmente existe um aumento da sociabilidade com consideração quanto à natureza intrusiva, dominadora e exigente dessas interações. Os maníacos frequentemente exibem agitação ou inquietação motora, andando sem parar ou mantendo múltiplas conversas simultaneamente (Berlinck, 2003).

É praticamente impossível determinar qual fato provocou o primeiro esforço continuado terminando em júbilo. Pode-se imaginar, porém, que dessa primeira vivência o humano desfrutou um enorme

prazer. Pode-se imaginar, também, que tanto esse esforço continuado como o júbilo encontraram uma referência no orgasmo, pois este, afinal, é precedido por tensão corporal que solicita descarga jubilosa. Mas, se o modelo da mania é o orgasmo, a descarga que leva ao júbilo é uma superação da ordem sexual, (Reich, 1995).

SOBRE A MELANCOLIA

Freud (1915) afirma que o luto, diferente da melancolia, representa um processo de reação à perda de determinado objeto que, embora envolva manifestações ou ausência de atitudes necessárias para a manutenção de uma vida normal, não é considerado uma condição psicopatológica, devendo ser superado após certo tempo sem que seja necessário o tratamento médico. Já a melancolia, embora apresente também alguns traços presentes no luto, como o desânimo e um profundo desinteresse pelo mundo externo, tem como diferencial uma perturbação da autoestima numa expressão de autorrecriminação e expectativa de punição. A melancolia, embora constitua uma reação à perda de um objeto amado, refere-se a uma perda de natureza mais ideal na qual o objeto talvez não tenha realmente morrido ou desaparecido, mas não comporte mais o *status* de objeto de amor: o paciente apenas sabe quem perdeu, mas não o que perdeu nisso ou nesse alguém. A melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, diferente do luto, em que nada de inconsciente existe com relação à perda. Na melancolia, após a perda do objeto amado, ao invés de ser deslocada a outro, a libido anteriormente ligada a esse objeto é retirada para o ego, fazendo com que o ego se identifique com o objeto abandonado. Dessa forma, a perda objetual se transforma numa perda do próprio ego.

Embora no referido texto Freud tenha feito uma distinção clara entre luto e melancolia, ao longo de sua obra faz pouquíssimas referências ao termo depressão ou à diferenciação entre esta e a melancolia, dedicando-se, sobretudo, ao segundo termo. Assim, consi-

derar a depressão como luto talvez seja o caminho mais seguro para a caracterização da melancolia como uma psicopatologia específica. Embora atualmente essas manifestações recebam a mesma denominação, devido à dificuldade de diferenciação entre elas, a depressão pode ser considerada como um só estado, manifestado em diferentes estruturas clínicas; portanto há depressão também na melancolia (Berlink & Fédida, 2000).

Partindo-se da depressão como um estado, a melancolia, tal como entendida por Freud, refere-se a uma neurose narcísica na qual o conflito intrapsíquico ocorre entre as instâncias do ego e superego, implicando o sujeito na culpa (Peres, 1996; Lambotte, 1997; Moreira, 2002; Magtaz, 2008). Ou seja, enquanto a depressão refere-se a um estado de luto, a melancolia corresponde a uma neurose de conflito que envolve culpa e depressão como organização narcísica do vazio. Assim, os melancólicos são constantemente atraídos pelo ego ideal com o qual se identificam. Entretanto, nem sempre alcançam – devido a seu ego considerado pequeno e insignificante – posições almejadas, que envolvem fama ou glória, e, quando as alcançam, tendem a destruir a situação desejada (Berlink & Fédida, 2000).

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

O relato do caso Hélio apresenta um enigma que precisa ser explicitado: o “tilt” ocorrido na passeata, levando Helio à internação hospitalar. Não há, em seu prontuário, qualquer referência ao procedimento médico que antecede a decisão de internação num hospital psiquiátrico. Não fica excluída, assim, a possibilidade de ter ocorrido um pequeno acidente vascular cerebral com subsequente perda temporária de certos controles corporais. O “tilt” poderia ser um desmaio. Helio é internado e repousa no hospital, recebendo cuidados que resultam em sua recuperação. Recebe alta apresentando uma lentificação das funções vitais, que pode, perfeitamente, ser confundida com uma depressão. Porém essa lentificação pode, também,

ser efeito de ligeiro AVC. Chamamos a atenção do leitor para este enigma inclusive porque internações hospitalares frequentemente não são realizadas com os necessários cuidados.

De qualquer forma, os afetos de Hélio parecem estar ligados a um ideal, o ideal “marxista” real e possível, o alcance da qualidade plena de um sistema de educação, a valorização idealizada dos professores, o reconhecimento do esforço de toda uma trajetória de militância. Porém, na passeata, ao longo de uma calorosa manifestação, Hélio tem o denominado “tilt”, um desligamento da realidade e do contexto. Começa a voltar a si já internado, num estado de desilusão e sofrimento que impede as mais simples ações como controle dos esfínteres.

É verdade que a paixão por um ideal pode provocar descuido corporal. Pode, inclusive, levar à destruição do próprio corpo. Durante o século XX, numerosos idealistas apaixonados se identificaram com o marxismo. Esses marxistas apaixonados frequentemente se esqueciam de tomar banho, trocar de roupa, lavar o cabelo e apresentavam um característico aspecto sebento acompanhado por um cheiro azedo. Eles acreditavam pia e fervorosamente na eminente revolução do proletariado, que tinha hábitos higiênicos mais saudáveis que seus defensores intelectuais.

Aliás, quando se engajavam no marxismo apaixonado, esses intelectuais apresentavam, também, uma acídia só semelhante à dos monges medievais recolhidos em mosteiros que, tendo antes doado todos seus bens para a Igreja, tinham a firme convicção de que iriam passar o resto de suas vidas comendo, dormindo e orando (Magtaz & Berlinck, 2010; Weinberg & Berlinck, no prelo). Assim como esses monges, que almejavam o bem divino através da prática da acídia, os marxistas apaixonados estavam completamente empenhados numa oração apocalíptica sobre o capitalismo.

Maurice Dide (2006), no perturbador livro sobre os idealistas apaixonados, observa, por um lado, a convicção inarredável dessas pessoas. Suas convicções são inquebrantáveis, sua lógica não tem

falhas, seu raciocínio é de tal forma completo que ignora a natureza do *logos*. Por outro lado, Dide, no livro publicado originalmente em 1913, nota a concepção maniqueísta que caracteriza a visão do mundo desses idealistas apaixonados. Eles não são psicóticos hospitalizados, abandonados à medicação, isolando-se cada vez mais do mundo. Ao contrário, são dirigentes que, apoiados em estatísticas irretorquíveis, exigem grandes filas, chefes de partidos políticos que pregam o ódio desses grupos ou fundadores de uma nova seita.

Quando ocorre uma súbita decepção, como no caso de Hélio, há uma perda de contato com o objeto idealizado. O objeto perde a capacidade de atrair a erotomania e, em decorrência disso, a decepção é vivida como uma separação.

As separações, segundo Freud, levam a dois caminhos: o luto (entendido aqui como depressão passageira) e a melancolia. Hélio parece, a princípio, estar tomando o segundo caminho, estando seu sofrimento ligado a uma expectativa nesse momento inalcançável: a viabilização de uma mudança significativa no sistema de ensino por meio de suas atitudes. Segundo Hélio, eram atitudes de “formiguinha”, mas ainda válidas dentro de um enorme sistema capitalista, devorador e opressor. Inicialmente Hélio não levava em consideração as críticas que seus amigos e familiares faziam com relação a sua dedicação exclusiva à militância, a seus sonhos e sua ausência de ambições financeiras, vivendo sobretudo o plano intelectual de suas ideias.

Porém, após seu “tilt” em meio à passeata e a internação, Hélio passa a concordar com os conselhos familiares. Admite que uma vida mais caseira não o fará mais feliz, mas, desiludido, tampouco se sente capaz de retomar seus objetivos anteriores. Parece estar se punindo e se recolhendo a um mosteiro familiar onde, como um monge medieval, dedicar-se-á a comer, dormir e orar.

Foram cerca de cinco atendimentos no período de trinta dias nos quais Hélio ficou internado e, na maioria dos encontros, pouco falou sobre sua família. Quase sempre pronunciava informações objetivas, nome, idade, mas raramente citava características mais

peçoais ou afetivas das pessoas que o cercavam. As informações mais ricas e detalhadas vinham de seus dias na escola, sua grande paixão. Agora, entretanto, para Hélio não havia paixão nenhuma, nada com o que pudesse verdadeiramente se envolver, e ele apenas limitava-se a submeter-se aos conselhos dos outros. O único momento em que Hélio pareceu sair de um total vazio para um reconhecimento e uma identificação foi quando me viu proferindo a palestra no hospital, requerendo a compreensão de todos – tal como ele, tal como uma professora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berlinck, M. T. & Fédida, P. (2000). A clínica da depressão: questões atuais. In: Berlinck, M. T. (org). *Psicopatologia fundamental* (pp. 73-91). São Paulo: Escuta.
- Berlinck, M. T. (2003). Mania de festas. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XVI (169), 3-8.
- Binswanger, L. (1987). *Mélancolie et manie*. Trad. par Jean-Michel Azorin et Yves Totoyan revue par Arthur Tatossian. Paris: Presses Universitaires de France.
- Binswanger, L. (2002). O sonho e a existência. *Natureza Humana*, 4 (2), jul-dez, 417-452.
- Dide, M. (2006). *Les idéalistes passionnés*. Paris: Éditions Frison-Roche.
- Freud, S. (1915). Luto e melancolia. *Obras completas (CD-Rom)*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lambotte, M.-C. (1997). *O discurso melancólico*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Magtaz, A. C. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. Disponível em <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em 10 de julho de 2010.
- Magtaz, A. C. & Berlinck, M. T. (2010). Distúrbios da oralidade na melancolia: a acídia como estagnação. *Trivium*, II, 276-289.

- Moreira, A. C. G. (2002). *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta.
- Peres, U. T. (1996). *Melancolia*. São Paulo: Escuta.
- Reich, W. (1995). *A função do orgasmo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Weinberg, C. & Berlinck, M. T. (no prelo). *A hiperatividade das anoréxicas: uma defesa maníaca?*. São Paulo: Primavera.

Recebido em março de 2010

Aceito para publicação em fevereiro de 2011