

A ESCUTA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE DIANA: AIDS E MELANCOLIA, UMA DOLOROSA RELAÇÃO

*Maria do Rosário de Castro Travassos
Elizabeth Samuel Levy*

O estudo sobre a melancolia foi inaugurado no ocidente por Aristóteles desde a antiguidade, cujo teor voltou a ser estudado na modernidade e se tornou central na nosografia psiquiátrica até os anos 70, no século XX. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e de Comportamento (DSM IV), 4ª edição, da Associação Psiquiátrica Americana e da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos do CID10 da Organização Mundial da Saúde (OMS), a melancolia é dissolvida na depressão. Nos capítulos sobre os transtornos de humor desses manuais, os transtornos bipolares deixam de referir a melancolia-mania para assumir a expressão “depressão-mania” (BERLINCK, M. T; FÉDIDA, 1999).

Para Peres (2006), é possível estabelecer duas linhas de interpretação sobre a depressão a partir do início do século XX. A primeira linha enfatiza o conflito, e seu caráter estruturante, abrindo caminho para a intervenção psicanalítica, e a segunda toma por base a insuficiência, uma deficiência inata, fortalecendo a visão psiquiátrica do *déficit* orgânico e biológico. Depressão passou a ser o termo dominante em nossos dias. Contudo, em Psicanálise, privilegia-se o uso do termo melancolia.

Para Freud, a melancolia se compara com o afeto (*Affekt*) envolvido no luto normal, devido à semelhança do quadro geral e pelas circunstâncias que as desencadeiam. O luto em geral é uma “reação a perdas de uma pessoa amada ou de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal” etc. (FREUD, 1917/1972, p. 103). Algumas pessoas portadoras de disposição patológica, nas mesmas circunstâncias, desenvolvem a melancolia, na qual estão presentes três pré-requisitos: perda de objeto, ambivalência e regressão da libido de volta ao *eu*.

A característica psíquica da melancolia é de um estado de ânimo doloroso, falta de interesse pelo mundo externo, ambivalência, incapacidade de amar, de realizar tarefas e depreciação do sentimento (*Selbstgefühl*), que leva seus portadores a se depreciar, censurar, insultar a si mesmos; o *eu* é empobrecido. A melancolia diferencia-se do luto por não ocorrer neste a depreciação do sentimento de si, e após a retirada da libido das relações (*Verknüpfungen*) do objeto perdido, o *eu* se torna livre e volta a funcionar sem inibições (FREUD, 1917/1972).

Na melancolia, Freud (1917/1972, p. 107) considera que a perda se refere a algo que escapa à consciência, mesmo que o sujeito saiba *quem* perdeu, não sabe dizer *o que se perdeu*; há um desagrado moral com o próprio eu. A melancolia apresenta um retorno à identificação narcísica originária, dificuldade na relação com o outro e volta à etapa do sadismo. Freud conceitua a peculiaridade de alguns casos de melancolia *se transformar no estado sintomaticamente oposto da mania*, no qual o sujeito se apresenta alegre, exultante, triunfante, que do ponto de vista econômico, devido a um grande esforço psíquico constantemente produzido, se torna supérfluo, sendo escoado de múltiplas formas, concluindo que, nessa fase, o *eu* deve ter superado a perda do objeto ou luto que o fazia sofrer. O acúmulo de cargas presas e enlaçadas (*gebunden*) liberadas após o episódio melancólico está relacionado com a regressão da libido ao narcisismo, tornando possível o episódio mania.

Como já abordado anteriormente, o termo *melancolia* passou a ser utilizado como *depressão*, porém são termos que comportam significações clínicas distintas uma da outra: enquanto a depressão é um estado que afeta todas as estruturas psicopatológicas, a melancolia é uma neurose narcísica autodestrutiva, hoje definida como uma psicose. Apesar de a melancolia apresentar depressão, não pode nem deve ser confundida com este estado. A diferença entre depressão e melancolia se torna

visível em pacientes que tomam antidepressivo, estes saem do quadro de depressão, mas mantém os sintomas melancólicos. A depressão pode ser considerada um estado de luto primitivo, manifestando-se sem culpa, enquanto a melancolia decorre de um conflito intrapsíquico entre as instâncias do eu e do supereu, implicando em sentimento de culpa para o sujeito.

Moreira (2002), em seus estudos, estabelece uma associação entre melancolia e AIDS, ressaltando que o diagnóstico de depressão na presença do HIV é problemático em decorrência dos sintomas somáticos apresentados por seus portadores, que também podem estar presentes no processo patológico primário subjacente, tais como: astenia, emagrecimento, insônia e anorexia, o que solicita uma escuta acurada para estabelecer com segurança os sintomas peculiares a cada uma.

No texto Luto e Melancolia, Freud (1917/1972) discorre que o complexo da melancolia se comporta como uma ferida aberta que atrai os investimentos oriundos de todas as direções que esvazia o eu, deixando-o empobrecido. Nesse sentido, Moreira (2002) questiona a dimensão narcísica nas feridas abertas no seio do eu, associando ao impacto psíquico produzido pela representação do HIV/AIDS.

Saber-se portador do vírus mortífero desencadeia importante perda narcísica ante a representação social atribuída a seus portadores de “soropositivo” e “aidético”, tendo como consequência a perda da representação identitária e redução da autoestima. O portador do vírus pode ter a fantasia de estar sendo atacado por microorganismos que agora tomam seu corpo, desfigurando-o (MOREIRA, 2002).

Luc Montagnier, citado por Moreira (2002), pesquisador que identificou o vírus HIV, constatou que pacientes com as mesmas condições imunitárias evoluem de maneira diferente ao tratamento, devido ao vínculo entre stress e o sistema imunológico, ao ser anunciada a infecção, a morte de um ente querido ou um episódio depressivo, que

são capazes de desencadear uma queda da taxa de linfócitos t4, que caracteriza diminuição da imunocompetência do sistema imunológico. Ressalta a necessidade da prevenção da anorexia entre outros quadros, pois o emagrecimento – além das consequências físicas – produz um efeito psicológico sobre o paciente, que se sente mais doente à medida que emagrece, dificultando o diagnóstico diferencial entre estados depressivos e a AIDS.

A relação da AIDS com a melancolia vem sendo discutida por MOREIRA, a saber:

Na associação da melancolia ao vírus HIV/AIDS, é importante observar outra hipótese, em direção contrária, em que se supõe que a melancolia mesma, sob a forma de mania, tenha conduzido já o sujeito à busca ativa, parcialmente inconsciente, da infecção pelo vírus HIV.” (MOREIRA, 2002, p. 21)

Moreira considera que há uma estreita relação entre o HIV/AIDS, a melancolia e os estados depressivos apresentada por seus portadores. Os pacientes depressivos, mas não portadores de melancolia, relata, possuem melhores recursos de enfrentamento a doença, devido a uma maior suficiência imunológica, ao passo que os pacientes melancólicos são mais vulneráveis à ação do vírus, por apresentarem uma maior Insuficiência Imunológica Psíquica. A incompletude do humano o torna vulnerável ao contágio do vírus e cada sujeito dará uma resposta de forma diferenciada à sua ação.

No presente “Estudo de Caso”, analisamos o sofrimento psíquico de Diana, atendida em condição de internamento como portadora do vírus HIV/AIDS e Transtorno Bipolar. Seu conflito psíquico parecia refletir uma forma de subjetivação psicopatológica melancólica, relacionada com a dinâmica de sua organização psíquica, que Freud chamou de “anestesia psíquica”, esvaziada libidinalmente.

Diana apresentava-se inicialmente apática, emudecida, desvitalizada, suas expectativas quanto ao tratamento eram pessimistas. Parecia haver um buraco em sua esfera psíquica, causando um esvaziamento de excitação que, segundo Freud

(1917/1972), quando intensa pode produzir dor. Diana desenvolveu também a neurotoxoplasmose marcando o registro da interação e interdependência entre os campos: somático e o psíquico. Coberta por um lençol, Diana permanecia no leito com os olhos marcados por profunda tristeza.

Após a confirmação da positividade do marido como portador do vírus HIV/AIDS, veio a separação e um “*surto esquizofrênico*” que a deixou “*muito agressiva*”. A partir desse episódio, Diana começou a frequentar o CAPS, passando a fazer uso de medicação psiquiátrica. Em seu discurso, o sofrimento pela perda do marido parecia ser maior que o fato de estar com AIDS.

O discurso de Diana nos leva à hipótese levantada por Moreira (2002) de que pacientes melancólicos ao viverem o quadro mania podem se colocar inconscientemente à infecção pelo vírus, perdendo de vista a noção de perigo. Diana investiu em seu relacionamento amoroso, mantinha relações sexuais desprotegidas e mesmo magoada, idealizava reatar os laços rompidos com o marido, seu mortífero objeto de amor que a contaminou, recusando o tratamento e acrescentando que “*juntos podíamos cuidar um do outro*”.

Diana apresentava um estado de ânimo doloroso, desmerecia-se e atribuía sua bipolaridade ao fato de “*ser irritada*”. Enquanto esteve casada, “*não me irritava tanto, era bem calma*” dizia, para afirmar logo em seguida que também se irritava com o marido, brigava com ele e era muito ciumenta. Ambivalente e empobrecida, autocensurava-se e culpava-se pela separação.

Para Freud (1917/1972), neste tipo de psicopatologia ocorre um retorno à identificação narcísica originária, dificuldade na relação com o outro e volta à etapa do sadismo, sintomas apresentados pela paciente, com relacionamento problemático com os membros de sua família originária e posteriormente com o marido.

Diana apresentava dificuldade em elaborar o luto pela perda do marido, ao mesmo tempo, teve que se confrontar com o temor de ter contraído o vírus. Duas perdas avassaladoras para suportar e a recusa em fazer os testes e iniciar o tratamento.

Com a continuação do tratamento, a paciente apresenta alteração no quadro psíquico. Da apatia e profunda tristeza Diana passa a apresentar quadro de maior organização mental e por último, uma grande agitação, humor instável, sem conseguir parar em seu leito, deambulava pelas enfermarias, *visitando os pacientes*, tomava banho com mais frequência, mexia no carro de roupas do hospital, instrumentos entre outras situações.

Um quadro psicopatológico observado na paciente refere-se à melancolia, que de acordo com Freud, tem a peculiaridade de *se transformar no estado sintomaticamente oposto*, como a mania. Diana altera quadro de apatia para extrema agitação. Do ponto de vista econômico, pode se considerar que o acúmulo libidinal que se encontrava preso e que a fazia sofrer, passou a ser escoado, como se a mesma tivesse conseguido superar a perda do marido e o medo de ter contraído o vírus da AIDS, tornando possível a manifestação maníaca. A própria psicopatologia é ambivalente.

Ao analisarmos a bipolaridade como uma metáfora, podemos pensar nos dois lados de Diana, que tem uma irmã gêmea, com quem se compara e que está em um pólo diferente do seu, saudável e mais “gorda”.

A escuta psicoterápica oportunizou a paciente alguma reorganização de seus conflitos psíquicos e aceitar seu tratamento: do transtorno bipolar, da AIDS e psicoterápico. Espera-se que a mesma possa dar outro contorno aos impulsos libidinais em direção a outros objetos.

BIBLIOGRAFIA

BERLINCK, M. T; FÉDIDA, P. **A clínica da depressão:** questões atuais. Rev. Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v III, n 2, p 9-25. Jun.1999.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 1972.

KEHL, M.Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo, Boitempo Editorial. 2009.

MOREIRA. A.C. **Clinica da melancolia**. São Paulo: Escuta/Edufpa, 2002.

PERES, U. T. **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

TRAVASSOS, MRC e SOUSA, MMP. **O sofrimento psíquico de mulheres na meia idade vivendo do HIV/AIDS: uma escuta psicanalítica**. UNAMA, TCC 2010.

SOBRE AS AUTORAS

Maria do Rosário de Castro Travassos. Psicóloga (UNAMA-PA). Pós Graduada em Teoria Psicanalítica (FIBRA-PA). Aluna especial do Mestrado em Psicologia pela UFPA.

Elizabeth Samuel Levy. Psicanalista, MSc em Psicologia (UFPA), Professora e Supervisora de Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde da (UNAMA-PA), Pesquisadora do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental (UFPA), Pesquisadora do CNPQ – 402524/2010-1.

