

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

*Sérgio de Campos*¹

*A característica mais notável da melancolia, e aquela mais precisa de explicação, é sua tendência a se transformar em mania. Freud (1917)*².

Ao iniciarmos uma reflexão sobre o transtorno afetivo bipolar, é preciso considerar que a psicanálise sempre esteve acanhada para lidar com esse mote. Os trabalhos sobre o tema são raros, para não dizer inexistentes. Se há alguma dúvida, basta examinar a bibliografia psicanalítica daqueles em que nós nos referendamos. Encontramos apenas algumas referências como o texto de Freud (1917), “Luto e Melancolia”, e alguns indicativos em Lacan ao longo de seu ensino.

Assim, é admirável e ousado esse esforço do Núcleo de Psicose do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais de teorizar uma clínica que se revela cada vez mais no cotidiano de nossa prática. Não vou me aprofundar em considerações sobre o uso abusivo da nomeação deste diagnóstico que a psiquiatria contemporânea tem praticado, supostamente, induzida pela indústria farmacêutica. Penso que o uso abusivo do diagnóstico está para o adulto, assim como o TDAH está para a infância. Hoje, é possível que toda uma gama de sujeitos históricos esteja sendo renomeada como parte do espectro bipolar. Contudo, não escavarei essa questão, as quais existem razões mais políticas ligadas às associações de psiquiatria do que clínicas para acontecerem. Inicialmente, desenharei um panorama histórico do transtorno bipolar, para depois trazer à luz algumas considerações psiquiátricas e psicanalíticas.

Desde a antiguidade foram observadas as relações entre a mania e a melancolia. Contudo, essas duas entidades permaneceram separadas como duas doenças até o início do século XIX e apenas raramente estavam associadas. Esse tipo de concepção sobre a doença foi partilhado por Pinel e Esquirol. A descoberta do transtorno afetivo bipolar foi disputada por dois eminentes psiquiatras no século XIX. Baillarger descreveu uma entidade nosológica que denominou de “Loucura de forma dupla”; por sua vez, J. P. Falret, em 1850, advogou a prerrogativa da descoberta diante da Academia Francesa de Medicina ao falar “Da Loucura Circular”. A descrição de Falret é primorosa, todavia, a entidade mórbida da época era um tanto distinta da que descreve a psiquiatria atual. A entidade de Falret era resultado de uma reunião de três estados particulares: mania, melancolia e intervalo lúcido, os quais se sucedem numa ordem determinada, possível de se prever. Embora fossem contemporâneos, havia um abismo entre Baillarger e Falret. Enquanto Baillarger aperfeiçoava o ensino de Esquirol, Falret preparava o caminho para Kraepelin.

¹ Membro da EBP e da AMP.

² FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: STRACHEY, J. (ed.) e RIBEIRO, V. (trad.). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Ed. Standard Brasileira, (v. 14). Rio de Janeiro: Imago, 3^a. ed., p. 286.

Falret considerou a doença como sendo de fundo hereditário, com frequência maior nas mulheres. As reproduções dos sintomas tinham as mesmas manifestações na mesma época de cada período. O estado de excitação dizia respeito aos atos, sem uma coerência verdadeira, e a depressão era um abatimento sem delírio marcante. De acordo com Falret, a doença durava muitos anos, senão a vida inteira, e o prognóstico era desanimador. Os dois estados, cuja sucessão contínua constituía a “Loucura Circular”, não eram em geral a mania nem a melancolia, propriamente ditas, com seu caráter habitual. Tratava-se de certa forma de fundo dessas duas espécies sem o seu relevo³. Em 1883, surgiu o trabalho de Ritti, que consagrou na França a noção de uma doença única caracterizada por sucessão de estados de mania e melancolia, já que tanto Falret quanto Baillarger ainda pensavam que se tratava de duas doenças distintas que se alternavam.

Na Alemanha, em 1899, Emil Kraepelin classificou essa doença de psicose maníaco-depressiva, como psicose essencialmente constitucional, hereditária e endógena. Kraepelin descreveu a “Loucura Maníaco-Depressiva” com propriedade ao reunir em torno desse estado maníaco-depressivo todos os estados agudos não confusionais. Se, por um lado, Kraepelin recusou a mania e a melancolia como entidades isoladas – pois, mais cedo ou mais tarde, com um exame mais cuidadoso, revelava-se a existência de fases depressivas ou expansivas, de baixa intensidade, ao longo de toda a vida do doente –, por outro, o ataque era sempre em dois extremos, não obstante as variações alternadas fossem, às vezes, suficientemente rápidas para passar despercebidas. Por fim, a aparência clínica era sempre idêntica, quer se tratasse de “Loucura Circular” intermitente ou de ataques isolados⁴.

Na passagem de um pólo ao outro do ataque, a inversão dos sintomas podia não ser sincrônica. Obtinham-se então diferentes mesclas dos sintomas das duas fases. Havia casos em que a crise inteira era mista. Essa maneira de Kraepelin considerar os estados mistos contribuiu para outros autores pensarem outras combinações dos estados mentais, visto que a escola alemã só tinha admitido até então estados periódicos ou intermitentes⁵. Uma vez que Kraepelin e Freud eram contemporâneos, pode-se indagar se essa maneira de Kraepelin considerar os estados mistos intercambiantes não chegou a influenciar Freud em suas considerações sobre situações antagônicas que conviviam simultaneamente.

A literatura médica atual separou o transtorno bipolar da psicose maníaco-depressiva e o último termo caiu em desuso. Atualmente, não se usa mais a expressão psicose maníaco-depressiva, mas transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos. Porém, se os sintomas psicóticos forem persistentes e associados ao transtorno de humor, denomina-se transtorno esquizoafetivo.

A psiquiatria divide o transtorno afetivo bipolar em quatro formas:

- Transtorno Bipolar Tipo I – Períodos de mania com humor elevado e expansivo, o suficiente para causar prejuízo no trabalho e nas relações sociais. O estado maníaco dura dias ou pelo menos uma semana. O período de depressão pode durar semanas a meses, podendo requerer hospitalização.

- Transtorno Bipolar Tipo II – Períodos de hipomania em que também ocorre estado de humor elevado e agressivo, mas de forma mais suave. Um episódio de tipo hipomania,

³ BECHERIE, P. *Os Fundamentos da clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico*, São Paulo: Jorge Zahar editor, 1985, p. 98.

⁴ Idem, p. 171.

⁵ Idem.

ao contrário da mania, não chega a ser suficientemente grave para causar prejuízo em atividades sociais e laborativas.

- Transtorno Bipolar Misto – Períodos mistos, em que em um mesmo dia haveria alternâncias entre depressão e mania. Em poucas horas a pessoa pode ficar deprimida, chorar, se entristecer, ter baixa auto-estima e desprazer e, no momento seguinte, estar eufórica, sentindo-se capaz de tudo, loquaz e agressiva.

- Transtornos Ciclotímicos – Períodos em que há alteração crônica e flutuante do humor, marcada por numerosos períodos com sintomas maníacos e numerosos sintomas depressivos que se alternariam. Contudo, não seriam suficientemente graves nem ocorreriam em quantidade suficiente para se ter certeza de tratar-se de depressão ou mania. Podem ser facilmente confundidos com uma personalidade instável, agressiva e com baixo limiar à frustração.

O curso é extremamente variado de pessoa para pessoa, mas obedece a um tipo de padrão na mesma pessoa. Foram descritos os seguintes tipos: a) crises isoladas de mania ou de melancolia, tanto mais freqüentes quanto mais jovem for o paciente; b) crises de mania remitente, sem intervalos lúcidos; c) crises de mania intermitente separadas por períodos longos de lucidez; d) crise de melancolia remitente com evolução subcontínua; e) crise de melancolia intermitente; f) dupla forma circular sem retorno à normalidade; g) dupla forma intermitente com intervalos longos de retorno à normalidade; h) evolução periódica alternada entre a mania e a melancolia com retorno à normalidade por períodos longos⁶.

A duração dos episódios varia de semanas, meses e anos. A duração das remissões apresenta variação ainda maior do que a das crises. Porém, elas tendem a se encurtar na medida em que as crises se repetem. A primeira remissão pode ter duração de até dez anos; a remissão da segunda crise de quatro anos; a terceira de dois, e assim sucessivamente.

A psicose maníaco-depressiva mantinha, em 1934, dois problemas sempre em discussão: o problema nosográfico de sua delimitação em relação às psicoses de evolução crônica e as formas cíclicas de esquizofrenia. A segunda questão diz respeito à sua etiologia, que desde essa época se mantém em aberto, sendo definida hoje por questões genéticas. A primeira crise se dá em média antes dos quarenta anos e a mulher é mais afetada do que o homem. Nenhum outro estado psíquico é mais emblemático nas neurociências do que o estado maníaco puro. Freud, em *Luto e Melancolia*, chega a enunciar a possibilidade de que uma intoxicação química do ego esteja na base dos fenômenos maníaco-depressivos. Doenças metabólicas como o hipertireoidismo e o efeito de algumas drogas como a cocaína podem induzir aos quadros maníacos, reforçando a tese de que a neurotransmissão constitui a base de uma etiopatogenia⁷.

Trabalhos estatísticos recentes que assinalam uma predisposição genética para a doença são numerosos. O transtorno afetivo bipolar é certamente a doença em que o determinismo genético é mais evidente. Alguns artigos admitem que a herança do TAB é do tipo dominante autossômico com uma penetração incompleta. A incidência da doença na população geral é de 4%. Todavia, se um dos pais for portador de TAB a chance de um filho contrair a doença é de 25-50%, e se ambos os pais tiverem TAB a chance cresce para 70%. Ademais, se os filhos forem gêmeos heterozigóticos, e um deles desenvolver TAB a

⁶ EY, H. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: Masson, segunda edição, 1980, p. 289.

⁷ VERAS, M. *Mania, Os objetos na experiência analítica*. Associação Mundial de Psicanálise, Rio de Janeiro: *Contra Capa*, 2008, p. 194.

chance de o outro desenvolver é de 12-24%; porém, se os filhos forem gêmeos homozigóticos, a chance de o irmão desenvolver a doença é de 70-90%⁸.

Não há evidências no campo da psiquiatria de que os desencadeamentos sejam atribuídos às razões subjetivas. No entanto, na experiência clínica, são inúmeros os casos em que frustrações subjetivas sevem de gatilho para deflagrar a crise. A crise de mania ou de melancolia não pode ser reduzida a uma crise de urticária ou de gota. Ela está em íntima relação com a demanda e com o desejo do sujeito. Ela se desenvolve na própria existência do falasser como uma expressão patética e paroxística da demanda, expondo na superfície os dramas mais profundos de sua história. Cito o exemplo de um cliente que entra em crise toda vez que tem um conflito conjugal. Contudo, os psiquiatras biológicos poderiam alegar que ele entra em crise e, por consequência, tem o conflito conjugal e não o contrário. Mas então cito outra paciente que entra em crise de mania sempre após suas cirurgias. A primeira foi depois de uma retirada de mioma; a segunda, após uma histerectomia; a terceira, após a retirada da vesícula, e a quarta, após uma cirurgia de hemorróidas.

Psiquiatras culturalistas americanos do pós-guerra, sob a influência da psicanálise, até 1975 praticamente suprimiam os fatores endógenos da psicose maniaco-depressiva e admitiam que a propensão às crises eram produzidas pelas experiências infantis e determinaria as personalidades pré-mórbidas ou pré-maniaco-depressivas⁹.

Se, por um lado, tanto a melancolia quanto a mania foram concebidas pela psiquiatria clássica e pela atual como uma resposta corporal, biológica ou, quando muito, existencial, ao campo dos afetos – portanto, uma como inibição e outra como exaltação do humor – por outro, a psicanálise tem trabalhado com a tese de que essa clínica se apresenta de respostas do sujeito à língua desencadeada em sua relação mortífera com o Outro. Essa tese propõe pelo lado da mania que o sujeito superou a perda do objeto. A superação da perda do objeto acarreta uma quota de energia disponível, não mais investida no objeto perdido¹⁰. Sendo assim, essa energia livre é utilizada para fundir o eu ideal com o ideal do eu. Do lado da melancolia, o sujeito se depara com a face opaca da linguagem, na qual a sombra do objeto recai sobre o eu, identificando-o com o objeto indigno de pura perda. Em ambas as fases, há um retorno do real de maneira devastadora, índice de forclusão.

A melancolia se manifesta com tristeza profunda, limitação da vida ativa e profusão de auto-recriminações ou autocensuras e uma invasão sufocante de culpabilidade, segundo a psicanálise. Em contrapartida, a mania se destaca pela exaltação do humor, com tonalidade de alegria excessiva e incontrolada. Há também uma aceleração do curso do pensamento e desestruturação do discurso, o que levou Freud a compará-la com as formas sociais de exaltações festivas, com as liberações das inibições, com a abolição do controle superegóico, e do incremento das transgressões da vida social. Se na melancolia temos uma aniquilação da vida social, na mania temos uma transgressão da mesma¹¹.

Em ambas as formas clínicas, observa-se disfunção da culpa e da responsabilidade. Portanto, há sempre falta de regulação da culpa e da responsabilidade, no que tange à perda da sintonia, e modulação excessiva do humor, ora para mais, ora para menos com relação ao objeto. Se, por um lado, a invasão da culpa, na melancolia, não leva a uma subjetivação

⁸ EY, H. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: Masson, segunda edição, 1980, p. 291.

⁹ Idem, p. 297.

¹⁰ FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: STRACHEY, J. (ed.) e RIBEIRO, V. (trad.). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Ed. Standard Brasileira, (v. 14). Rio de Janeiro: Imago, 3^a ed., p. 288.

¹¹ RIVAS, E. *Pensar la psicosis, El saber en la psicosis*. Buenos Aires: Grama ediciones, 2006, p. 136.

da responsabilidade, por outro, na mania, há também uma incapacidade dessa subjetivação; e, em ambos os casos, há impossibilidade de responder às exigências do Outro social. Portanto, ou bem o sujeito responde às exigências do Outro social, ou bem atende aos imperativos do supereu. Também é digna de nota a perda da vergonha nos estados de mania. A vergonha é um afeto primário, mediado pelo supereu em relação ao Outro, que entra em disfunção nos estados maníacos¹².

Ademais, há uma desestabilização simbólica e imaginária, de tal sorte que o vínculo com o discurso se torna tênue e fragmentado. Devido ao vínculo frouxo com o discurso, o sujeito se revela como tendo dificuldades em assumir compromissos com o Outro social, de responder ou dar conta daquilo que não pode evitar fazer, que concerne aos modos privados de gozo¹³.

Nos dois pólos, há sempre uma vacilação, desestabilização ou mesmo anulação da relação que sustenta a posição de sujeito ao objeto na fantasia, em suas diferentes versões da existência. Aliás, na melancolia, o sentimento de vazio e de perda de não mais ser querido, de perder qualquer outro objeto de valor e de perder o ideal, leva o sujeito a se identificar, com a face opaca do objeto. Essa identificação vai custar ao sujeito o desprendimento do laço libidinal dos objetos e o retorno da libido para o eu que se dará sob a modalidade do imperativo de culpa, auto-acusações e desinteresse por qualquer projeto da existência. O tempo pára e o sujeito se petrifica num delírio de indignidade, na qual há um esmaecimento do afeto para com a família, amigos e trabalho.

Considera-se, a partir da psicanálise, que o transtorno bipolar pode ser transestrutural, podendo estar presente em qualquer estrutura clínica – psicose, neurose ou perversão – não sendo mais sinônimo de psicose maníaco-depressiva. No neurótico, o sujeito manifesta sua depressão mediante queixa profunda e reivindicação por meio de um apelo ao Outro da ciência ou da psicanálise, no qual invoca a potência redentora do Outro. O neurótico reclama de sua perda de gozo devido à sua inserção na linguagem, por causa de sua referência à função paterna recalcada. O sujeito demanda do Outro uma sutura com o objeto perdido para se curar de sua frustração expressa como depressão. Na fase de hipertimia, temos um sujeito ávido e eufórico pela aquisição do objeto perdido, e se compromete em dívidas e compras.

No perverso, o sujeito encobre com tintas depressivas sua vontade de gozo sado-masoquista. O sujeito goza ao se mostrar como vítima depressiva e incurável, produzindo divisão no Outro. Estamos no terreno do masoquismo, no qual o sujeito se realiza como objeto sádico ao provocar, com sua desvitalização incurável, a desesperança e o sofrimento naqueles que o cercam¹⁴. Via de regra, ostenta de modo contumaz e reiterativo seus sintomas depressivos imodificáveis como desafio à ciência com seus psicofármacos, provocando divisão dos psicanalistas e psiquiatras.

Se na neurose o suicídio é um chamado, um apelo ao Outro, na psicose a auto-aniquilação é precedida de um delírio de indignação em consequência da perda de vínculo com o Outro. Num primeiro tempo, o sujeito na melancolia se identifica com a coisa inominável, com o dejetivo indigno. Porém, quando ocorre a viragem, em sua ciclotimia, pode haver nas fases iniciais da mania uma agitação motora sem a elação do humor. Trata-

¹² MILLER, J.-A. “Note sur la honte”, *La Cause Freudienne*, n. 54, Paris, 2003, p. 6-19.

¹³ Idem, p. 137.

¹⁴ Idem, p. 139.

se de um momento crítico, uma vez que não houve tempo para ocorrer a viragem completa, de sorte que o sujeito ainda melancólico reúne forças para se aniquilar.

O curso evolutivo ao longo de uma vida pode ser extremamente variado. Encontramos casos que cursam apenas com as fases melancólicas durante anos, sem uma remissão completa, e pode haver algum episódio hipomaniaco que pode passar despercebido na clínica. Em contrapartida, há casos que têm seus episódios bipolares bem delimitados. Por fim, encontramos alguns pacientes que apresentam quadros mistos, ao mesmo tempo deprimidos e eufóricos. A euforia pode vir a ser substituída por episódios de mania com furor iracundo, na qual o sujeito expressa a relação de seu afeto em ódio e ira.

Na mania, a excitação progride de uma jovialidade despreocupada à excitação incontrolável¹⁵. A elevação do humor inclui euforia, relação, exaltação e êxtase. Ela é marcada por sensação de bem estar, expansividade, otimismo, capacidade, prazer e graça ou encantamento. Esses humores são normalmente experienciados quando a vida corre bem, quando os objetivos almejados são conquistados e em estados de amor, fervor religioso e transcendência espiritual. Sentir-se no apogeu e ter experiências de fusão mística frequentemente se fazem acompanhar de sensações de exaltação e êxtase. O prazer sexual e alguns estados de consciência alterada induzidos por droga podem ocasionar estados semelhantes¹⁶.

Na fase de relação do humor, temos uma aceleração do pensamento que vai do descarrilamento à salada de palavras. Ademais, nos casos graves, pode-se ou não encontrar idéias delirantes e alucinações coerentes ao humor. Há um gozo com a língua, mediante uma produção vertiginosa de significantes sem conexão com seus significados, na qual existe um deslizamento dos significantes, via de regra, por associação sonora. Pode haver um uso abusivo de chistes e o sujeito se tornar alegre em demasia e muito engraçado. A fase de mania é mais sensível aos estabilizadores de humor podendo ser mais breve em sua recuperação para a eutímia do que a melancolia.

Se por um lado, Freud (1927) alega que na alternância entre a melancolia e a mania há uma cruel opressão do ego pelo supereu e uma liberação do eu após essa pressão — os estados de excitação, observáveis na cultura, são decorrentes do consentimento do pai e da liberação do eu pelo supereu¹⁷—. por outro, Lacan apenas enuncia algo sobre a mania a partir de sua formalização do objeto *a*. Distinto da clínica psiquiátrica que assinala que o eu não tem limite, em Lacan encontramos um Outro, um *dealer* insaciável de objetos *futilitários* que não tem limites. Trata-se de um Outro que impõe ao eu um imperativo que lhe exige gozar de tudo, se endividar, falar, gracejar, comprar, sem limites. Destarte, a mania não é permitida, mas exigida como uma condição superegóica. Miller enuncia que a vergonha, tanto na mania como na melancolia, se encontra ausente nesses estados. Assim, a ausência da vergonha na cultura pode ser considerada como uma mania generalizada.

Se a mania é uma desinibição, Lacan afirma que a inibição é o que cessa de se intrometer no buraco do simbólico, sendo possível conceber então a mania como o que não cessa de obturar o buraco do simbólico, sem jamais integrá-lo¹⁸. Em *Televisão*, Lacan

¹⁵ Classificação Internacional de Doenças, décima versão, F 30.

¹⁶ KAPLAN, H. SADICK, B. *Tratado de Psiquiatria*, Vol. I, Porto Alegre: Artmed editora, 6ª. edição, p. 715.

¹⁷ FREUD, S. (1927). O humor. In: STRACHEY, J. (ed.) e RIBEIRO, V. (trad.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Ed. Standard Brasileira, (v. 21). Rio de Janeiro: Imago, 3ª. ed., p.189-196 (versão brasileira de 1990), p. 193.

¹⁸ LACAN, J. (1974-75), *Le Séminaire*, Livre XXII: R.S.I., inédito, aula de 10 de dezembro de 1974.

assinala que a mania promove um rechaço do inconsciente e uma disjunção entre o corpo e o saber. Lacan, no seminário 10: *Angustia*, define a mania como a “não função” do objeto *a* que dissocia o mais gozar da causa, impondo ao maníaco um gozo que é mortal para sua condição subjetiva, visto que o objeto *a* perde sua função de causa, restando-lhe apenas sua função de gozo¹⁹. Por fim, no Seminário R.S.I., Lacan assinala que a causa do pai deve recair apenas e sempre sobre uma mulher, porém quando o objeto *a* deixa de se alojar numa mulher para o fazer num homem, esse objeto perde sua função de causa. Lacan ressalta que na mania há uma “não função” do objeto *a*, de forma que o gozo irá surgir desenfreado e desorientado em direção a todos os outros objetos²⁰.

Resta à psicanálise inventar maneiras de barrar o gozo desenfreado e circunscrever a metonímia acelerada da linguagem. A psicanálise visa a não só esclarecer, mas contornar através do subjetivo o que há de real que possa deflagrar e manter a crise seja da mania ou da melancolia. Enfim, considero que a psicanálise tem sua aplicação no transtorno afetivo bipolar, pois de acordo com Freud, seu método conseguiu chegar a uma solução e efetuar a melhora em vários casos²¹.

Bibliografia:

- BECHERIE, P. (1985), *Os Fundamentos da clínica*, história e estrutura do saber psiquiátrico. São Paulo: Jorge Zahar editor, 1985.
- Classificação Internacional de Doenças, décima versão, F 30.
- EY, H. (1980), *Manual de Psiquiatria*, São Paulo: Masson, segunda edição, 1980.
- FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: STRACHEY, J. (ed.) e RIBEIRO, V. (trad.). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Ed. Standard Brasileira, (v. 14). Rio de Janeiro: Imago, 3ª. ed., p. 275-292 (versão brasileira de 1990).
- FREUD, S. (1927). O humor. In: STRACHEY, J. (ed.) e RIBEIRO, V. (trad.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Ed. Standard Brasileira, (v. 21). Rio de Janeiro: Imago, 3ª. ed., p.189-196 (versão brasileira de 1990).
- KAPLAN, H. and SADOCK, B., (1999), *Tratado de Psiquiatria*, Vol. I, Porto Alegre: Artmed editora, 6ª. edição, 1999.
- LACAN, J. (1962-63). *Le Séminaire*, Livre X, L'angoisse, In: MILLER, J.-A. Paris: Éditions du Seuil, 2004, 1ª. ed. p. 1-389.
- LACAN, J., (1974-75), *Le Séminaire*, Livre XXII: R.S.I., inédito, aula de 10 de dezembro de 1974.
- MILLER, J. -A. (2003), “Note sur la honte”, *La Cause Freudienne*, n. 54, Paris, 2003, p. 6-19.
- RIVAS, E. (2006) *Pensar la psicosis*, El saber en la psicosis. Buenos Aires: Grama ediciones, 2006.
- VERAS, M. (2008), *Mania, Os objetos a na experiência analítica*, Associação Mundial de Psicanálise. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008.

¹⁹ LACAN, J. (1962-63). *Le Séminaire*, Livre X, L'angoisse, In: MILLER, J.-A. Paris: Éditions du Seuil, 2004, 1ª. ed. pp. 1-389.

²⁰ Lacan, J. (1974-75), *Le Séminaire*, Livre XII, RSI, aula do dia 10 de dezembro de 1974, inédito.

²¹ FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: STRACHEY, J. (ed.) e RIBEIRO, V. (trad.). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Ed. Standard Brasileira, (v. 14). Rio de Janeiro: Imago, 3ª. ed., p. 286.