

Eliane Mendlowicz

REVISITANDO A DEPRESSÃO

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Ana Maria Rudge

Rio de Janeiro

Junho de 2003

Ficha Catalográfica

Mendlowicz, Eliane

Revisitando a depressão / Eliane Mendlowicz; orientadora Ana Maria Rudge. – Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Psicologia, 2003.

[8], 158 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Depressão. 3. Narcisismo. 4. Ideal do eu. 5. Pulsão de morte. 6. Recusa. 7. Trauma. I. Rudge, Ana Maria. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Eliane Mendlowicz

“Revisitando a Depressão”

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Profª Ana Maria Rudge
Orientadora**

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profª Junia de Vilhena

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof. Jurandir Freire Costa
IMS-UERJ**

**Prof. Nelson Ernesto Coelho Junior
USP-SP**

**Prof. Octávio Almeida de Souza
Departamento de Psicologia - PUC-Rio**

Prof. Jürgen Heye
Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia e
Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2003

A Pedro

Agradecimentos

A Ana Maria Rudge amiga-irmã e orientadora incansável: pela insistência, pelos comentários precisos e críticas pertinentes, pelo carinho e apoio, pela acuidade e sutileza sempre presentes;

A Junia Vilhena pela sensibilidade, afeto e incentivo ao longo desses anos;

A Octavio de Souza pela leitura cuidadosa e crítica no exame de qualificação;

A P.U.C. pelo apoio;

Aos amigos queridos pelas conversas sobre psicanálise: Angela Coutinho, Anna Carolina LoBianco, Betty Fuks, Elizabeth MuyLaert, Eni Mendlowicz, Gilsa Tarré, Horus Vital Brazil, Maria Alice Rocco, Regina Herzog, Regina W. Faria;

A Felipe e Luiza, pela alegria;

A Bella Mendlowicz, pela valorização e aposta numa boa formação.

Resumo

Mendlowicz, Eliane; Rudge, Ana Maria (Orientadora). **Revisitando a Depressão**. Rio de Janeiro, 2003, 166p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho, através de um percurso crítico das principais contribuições teóricas da psicanálise sobre a depressão, defende a importância de se delimitar a neurose depressiva, como uma das neuroses com que nos deparamos frequentemente na clínica. O narcisismo é um conceito crucial neste quadro, e é considerado aqui como uma estrutura permanente. Nesta perspectiva é a tensão entre o ideal do eu e o eu que desbalanceada vai provocar uma quebra narcísica, abrindo as portas para o acosso da pulsão de morte, que invade o eu que é engolfado pela depressão. Valoriza-se também a recusa à perda (*Verleugnung*) como um operador essencial da depressão, uma vez que uma corrente do psiquismo aceita a perda, mas outra, inconsciente, a recusa.

Discute-se a idéia de que, diante de uma perda significativa, dois destinos são possíveis: a elaboração do luto ou a melancolia e, defende-se que são vários os destinos possíveis de um luto, incluindo-se as neuroses de angústia, depressões e compulsões.

Uma vez que a depressão ocupa, em termos de incidência, o lugar que a histeria ocupava na época de Freud, considera-se os laços dessa patologia com as modificações da organização social características da atualidade e, para justificar que acontecimentos recentes dolorosos provocam parcialmente a neurose depressiva, recorre-se à teoria sobre o trauma, concebendo-o como o que provoca uma injúria narcísica capaz de causar um desinvestimento no eu.

Palavras chaves

Depressão, narcisismo, ideal do eu, pulsão de morte, recusa, trauma.

Abstract

Mendlowicz, Eliane; Rudge, Ana Maria (Orientadora). **Revisiting Depression**. Rio de Janeiro, 2003, 166p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The objective of this thesis is to provide a systematic study of the depressive neuroses by reviewing and evaluating the main theoretical psychoanalytic contributions on this subject. Narcissism is a crucial concept, and is considered here as a permanent structure. In this perspective it is the increased tension between the ego ideal and the ego that provokes a narcissistic break, and as a consequence of this, the death impulse invades the ego, which succumbs to depression. The concept of denial (*Verleugnung*) is considered as an essential operator for depression, for one psychic current accepts the loss but the other, unconscious, disavows it.

Facing the argument that when there is a significant loss, two outcomes are possible: the elaboration of mourning or the melancholy, we defend instead, that several outcomes are possible after a loss, including the neuroses of anguish, depressions and compulsions.

Today depression occupies the place that hysteria occupied at the time of Freud, so the links between depression and the modern social changes are studied. To prove that recent painful events can also provoke, at least partially, a depressive neurosis, the theory of trauma is evoked. A major concept discussed is the capability of trauma to establish a narcissistic wound that causes a discontinuity in the ego.

Keywords

Depression, narcissism, ego ideal, death impulse, denial, trauma.

Sumário

1. Introdução	9
2. Considerações sobre uma certa estagnação metapsicológica na psicanálise	16
3. As Muitas Acepções do Termo Depressão	29
4. Abordagens Psicanalíticas da Depressão	40
4.1 – A contribuição de Freud – Do narcisismo ao desamparo	40
4.2 – Karl Abraham – As fases da libido e a ferida narcísica pré-edípica	57
4.3 – Melanie Klein – A pulsão de morte em sua vertente destrutiva e o sentimento de solidão	64
4.4 – Donald W. Winnicott – A mãe suficientemente boa, o falso self	72
4.5 – Edward Bribing – Valorização da tensão entre o ideal do eu e o eu como central nas depressões	80
4.6 – Hugo Bleichmar – Os vários tipos de depressão	85
4.7 – Jacques Lacan – A covardia moral e o objeto a	91
4.8 – Nicholas Abraham e Maria Torok – A doença do luto	100
5. Um Caso Clínico: O Luto e seu Destinos	107
6. A Sociedade Contemporânea e a Depressão	113
7. Depressão: Uma Organização	132
7.1 – Depressão e Trauma	146
8. Considerações Finais	154
Referências Bibliográficas	161

Introdução

Esta pesquisa iniciou-se a partir de um questionamento acerca da necessidade de uma maior precisão metapsicológica diante de certas modalidades de sintomas que têm se apresentado atualmente na clínica psicanalítica. Um quadro específico se destacou, não apenas por sua crescente incidência na clínica, como pela invasão na mídia: a depressão, considerada por muitos como a patologia do século.

Após o advento dos “milagrosos” antidepressivos no cenário psiquiátrico, anunciava-se o fim das depressões e também das psicoterapias para esses casos, considerada por muitos como ineficazes. Gradativamente vem se evidenciando que tais medicações, embora sem dúvida aliviem o sofrimento, estão longe de poder resolver as aflições dos pacientes acometidos pela dor da depressão. Alguns pacientes chegam ao consultório medicados, mas insatisfeitos com os resultados alcançados e sôfregos de algum alívio e entendimento sobre o mal que os acomete. Outros recusam a medicação receitada por seus clínicos, argumentando que não desejam viver, pelo resto da vida, sob efeitos de um remédio, envergonhados de dependerem de uma medicação.

Diante das múltiplas demandas recebidas, das dificuldades de se lidar com esses pacientes no cotidiano da clínica psicanalítica e de alguns bons e surpreendentes resultados obtidos, desenvolvi uma especial curiosidade sobre este tema, e decidi buscar sistematizar as pequenas descobertas empreendidas no consultório, articulando-as com a teoria psicanalítica, e dando-lhes uma transcrição metapsicológica.

Deparei-me, então, com uma vasta literatura, na qual conviviam inúmeras e contraditórias acepções do que fosse a depressão, tema que, embora tenha merecido o interesse e elaborações importantes dos pioneiros da psicanálise, não foi esclarecido por eles em alguns aspectos fundamentais. Esta imprecisão que reina no cenário

psicanalítico sobre as depressões, levou-me a considerar que valeria a pena um estudo mais aprofundado do tema, que merece esclarecimentos maiores, inclusive quanto ao seu status. Quais as relações entre depressão e melancolia? Será a depressão um quadro clínico, ou apenas um afeto que acompanha qualquer estrutura clínica ou quadro neurótico?

Inúmeros analistas não admitem que exista uma neurose depressiva, tratando de enquadrar os pacientes com sintomas depressivos dentro das neuroses clássicas, considerando tais transtornos como episódicos em qualquer neurose. Outros, por outro lado, não só aceitam a depressão como um quadro específico, como advogam tratar-se da patologia do século.

A clínica atual mostra um alastramento dos estados depressivos que dificulta a posição de se sustentar que sejam sentimentos episódicos de estruturas clínicas específicas. O que vemos são sujeitos com uma queixa de sentimentos depressivos insistentes e cronicados. Se nos limitamos a definir estes sintomas com a expressão “estados depressivos”, sem qualquer tentativa de elaboração metapsicológica, renunciamos a um instrumental mais rico para operarmos clinicamente de forma mais eficiente a partir dessas demandas.

Apoiada na minha experiência clínica e na teoria psicanalítica, creio que se possa falar de uma neurose depressiva, apesar da insipiência da elaboração metapsicológica acerca deste quadro clínico, que demanda um trabalho teórico visando a sua melhor circunscrição e delimitação em relação aos outros quadros contíguos. É este o projeto que orienta este trabalho.

Por que buscar esclarecer os quadros depressivos sobre o qual, há tanto tempo, os autores do campo psicanalítico se debruçam? Apesar de todos estes esforços, o campo ainda está coalhado de questões não resolvidas e controvertidas. Considero que é necessário que os psicanalistas continuem suas pesquisas na tentativa de uma demarcação mais nítida desse quadro, que ainda não alcançou a precisão com que a melancolia foi circunscrita no arcabouço teórico psicanalítico. É importante, dada

a incidência da depressão nos consultórios de psicanálise, tentar transformar os dados obtidos no dia a dia da clínica psicanalítica numa elaboração metapsicológica que possa nos informar melhor em nossa prática.

A diferença entre a melancolia e os quadros depressivos será mantida, apesar da tendência atual, principalmente oriunda da psiquiatria, de tratar tanto a melancolia como a depressão dentro de uma única classificação. A importantíssima contribuição freudiana que o texto *Luto e Melancolia* (1917[1915]) deixou como herança para o estudo da depressão, e aquilo que se tornou clássico em psicanálise, é a idéia de que, diante de uma perda significativa, dois destinos são possíveis: a elaboração do luto ou a melancolia.

Entretanto, os destinos de uma perda, vale a pena enfatizar e insistir, são muito mais variáveis do que esses dois. Neuroses de angústia, depressões, compulsões que não evidenciam as características de um quadro propriamente melancólico também podem ocorrer. O que a experiência clínica demonstra é que encontramos, com muito maior frequência, casos menos graves do que uma melancolia, mas que, mesmo assim, estão diretamente relacionados com perdas que não alcançam a resolução desejada. Tais perturbações psíquicas podem perdurar por anos a fio após a perda sofrida, e se apresentam como meias soluções de elaboração da perda que deixam rastros sintomáticos e comprometedores.

Na tentativa de melhor delinear os aspectos metapsicológicos fundamentais à elucidação dos quadros depressivos, apresentarei uma síntese crítica sobre o que considerarei como sendo as principais contribuições teóricas psicanalíticas, imprescindíveis ao entendimento das depressões.

A partir da discussão das contribuições clássicas, difundidas e aceitas pela comunidade psicanalítica, buscarei delinear uma perspectiva teórica que dê conta dos casos de resposta patológica à perda, que não se enquadram nos dois destinos clássicos do luto bem resolvido ou da melancolia.

A recusa (*Verleugnung*) é tomada como um operador essencial desses casos, com o que se valoriza a cisão do ego nas depressões, uma vez que elas implicam, por um lado, a aceitação da perda, e, por outro, a negação da mesma. Freud (1927), no texto *Fetichismo*, adianta esta possibilidade em uma breve alusão, quando compara a maneira pela qual dois pacientes lidaram com a morte do pai com uma divisão de ego, tal como ocorre no fetichismo.

Sabemos que uma perda significativa é um fator crucial para que se instale um quadro neurótico depressivo, mas também que muitas vidas atravessam perdas bastante importantes, que deixam cicatrizes, mas nas quais o sujeito consegue, gradativamente, que a dor se transforme em saudade, resgatando a alegria em seu viver.

Desta maneira, apesar da perda ser crucial, algo mais impede que um trabalho de luto seja bem sucedido. Defende-se e se justifica, aqui, no capítulo final, que é a equação perda mais a recusa da perda por parte de uma corrente do psiquismo, que é responsável pelo destino de certos sujeitos que é a cronificação da tristeza na depressão.

Há uma relutância automática em se desprender do que se perdeu, a compulsão à repetição é, como sabemos, um fator primário do psiquismo. Desgarrar-se de uma ligação feliz exige um extraordinário trabalho psíquico e, além disso, depois do *Mais Além do Princípio do Prazer* (1920), concluímos que até mesmo uma ligação infeliz insiste em ser mantida. Articulado à compulsão à repetição, não podemos nos esquecer do problema do masoquismo. A insistência na ligação com o objeto perdido não se realiza sem conseqüências, há uma cobrança em tudo isso: a dor, o sofrimento, a depressão é o que se paga em troca da manutenção da ligação imaginária inconsciente.

Acompanhando o desenvolvimento do estudo psicanalítico das depressões observa-se que, gradativamente, o conceito do narcisismo vai adquirindo um lugar central na teorização sobre estes quadros. Se no início da psicanálise a ênfase recaía, primordialmente, sobre as fixações nas etapas libidinosas, sendo Abraham o expoente máximo desta posição, ou ainda nos ataques sádicos ao eu e aos objetos internos

(Freud, Abraham, Klein), os estudos mais recentes valorizam a problemática do narcisismo ferido como o fator mais importante na determinação de um quadro depressivo. O narcisismo é aqui considerado não como uma etapa do desenvolvimento da libido, mas sim como uma estrutura permanente. Dentro desta perspectiva, localizo a tensão entre o ideal do eu e o eu que, desbalanceada, provoca uma quebra narcísica, abrindo as portas para o acosso da pulsão de morte, como um fator central nas depressões. Sem a boa sustentação narcísica, o eu é invadido pela pulsão de morte, e desta dominação cai no abatimento, na humilhação, na depressão. Esta seria a dinâmica da neurose depressiva.

Diferentemente da neurose depressiva, onde o desequilíbrio seria entre o eu e o ideal do eu, defendo que, no caso das psicoses melancólicas, os distúrbios que ocorreriam na relação com o eu ideal é que seriam determinantes. Para justificar esta posição, recorro à teoria lacaniana da fase do espelho, conjuntamente com as contribuições de Lambotte (1997). O melancólico cria uma imagem de si alquebrada, fissurada, dado o abalo do eu ideal, que é o sustentáculo imaginário do sujeito na posição de objeto do amor do Outro (geralmente encarnado pela figura materna), instaurando-se uma aspiração amorosa para sempre impossível de se realizar. Neste caso, estamos sempre remetidos às injúrias narcísicas das experiências pré-edípicas.

Outro objetivo de pesquisa foi, também, o de desenhar um contorno mais definido dos quadros depressivos, buscando formular com maior precisão os laços dessa patologia com as modificações da organização social características da atualidade.

Existe um certo consenso na comunidade psicanalítica que a depressão ocupa, em termos de incidência, o lugar que a histeria ocupava na época de Freud, e, acompanhando esta posição, valoriza-se aqui as transformações sociais da modernidade como responsáveis parcialmente por este fato.

Na busca do entendimento destas relações entre o aumento dos casos de depressão e os fenômenos sociais da contemporaneidade, considero que não se vem

avaliando de forma significativa que, perdas de relações amorosas, ideais de sucesso não atingidos, perdas de trabalho, mudanças súbitas de posição social, acontecimentos que são especialmente comuns no capitalismo tardio, provocam transtornos capazes de desencadear um quadro depressivo, que nem sempre é passível de elaboração. Essas perdas recentes podem desencadear uma neurose depressiva, justificando, portanto, os esforços de clarificação que essa não resolução exige.

A psicanálise valorizou extraordinariamente as primeiras relações como determinantes da constituição do psiquismo. Sem dúvida, essa contribuição foi fundamental e, de forma alguma, pretende-se minimizar seu alcance determinativo. Entretanto, o equilíbrio psíquico exige um trabalho permanente.

A cultura psicanalítica disseminou a ilusão de que uma infância feliz promove a harmonia psíquica futura. Indubitavelmente, as primeiras relações, quando bem constituídas, favorecem o equilíbrio psíquico futuro, mas de forma alguma podem garanti-lo. Freud já havia nos advertido que lutávamos constantemente com dois grandes “inimigos”: as pulsões e a realidade. Tenta-se resgatar, nesse trabalho, a importância de estarmos sempre tendo que enfrentar desafios capazes de abalar nosso sonho da paz e de uma certa felicidade. Quando se busca a causa de uma depressão, não se pode esgotar as razões de sua emergência invocando-se quase que exclusivamente os abalos narcísicos muito precoces, como alguns psicanalistas parecem reiteradamente defender.

Para justificar que acontecimentos recentes dolorosos também são capazes de determinar parcialmente a neurose depressiva, recorro à teorização psicanalítica sobre a questão do trauma, partidária da concepção de trauma como o que provoca uma injúria narcísica que causa uma ruptura no eu, que perde o sentido de si próprio e do mundo em que vive.

A psicanálise sofre as vicissitudes do destino da cultura, e se por um lado algumas de suas descobertas podem merecer o estatuto de invariantes, como a

importância da cultura e da linguagem na constituição da subjetividade, outras deveriam ser revistas e reorganizadas à luz das novas formações da sociedade atual.

Como bem observa Moscovici (1990), além da psicanálise sofrer as vicissitudes da cultura, não se pode desconsiderar que o próprio pensamento psicanalítico está inscrito na história da vida do “espírito” humano e, portanto, ele próprio contribuiu para uma mudança no que possa ser esse “espírito”. A psicanálise ocupa um duplo lugar na história da vida do psiquismo humano; não só toma como objeto de estudo seu funcionamento, como influencia e já ocupa um lugar fundamental na sua própria história.

Considerações sobre uma certa estagnação metapsicológica na psicanálise

A sociedade vem sofrendo inúmeras modificações relativas a novas formas de fenômenos sociais, laços afetivos, sexualidades. A psicanálise, se considerada como uma ciência social, sofre os efeitos das mudanças históricas, o que exige novas organizações de seus pressupostos teóricos, revisões de seus conceitos, reavaliações de sua prática.

Atualmente, reina uma certa timidez no que diz respeito a novas reordenações teóricas. A comunidade psicanalítica parece sofrer, nos últimos anos, de uma certa estagnação no campo criativo e comenta-se muito sobre o declínio da psicanálise na modernidade, como se nosso saber não fosse compatível com o mundo contemporâneo: Não há espaço na sociedade ocidental contemporânea para reflexões sutis sobre formas de viver; a psicanálise não passa de uma sofisticada elucubração sobre o passado; as fórmulas químicas são muito mais eficientes como resposta a um transtorno psíquico; a psicanálise está em vias de extinção; trata-se de uma prática lenta, cara e pouco eficiente. Estes são alguns dos argumentos mais ouvidos contra a psicanálise. Entretanto, fala-se muito pouco da perda do espírito pouco libertador investigador da própria comunidade psicanalítica.

Hoje em dia, embora exista um enorme contingente de psicanalistas no mundo ocidental, cria-se muito menos do que se criou no tempo de sua fundação. Claro que estávamos diante de uma nova descoberta, havia um enorme campo a ser desvelado. Entretanto, estamos, de qualquer forma, muito longe de termos esgotado o saber sobre o psiquismo humano, sobre as formas de alívio do sofrimento, sobre o alcance e limites que nossa ciência pode ter no seu propósito mais libertário.

Embora a prática psicanalítica de hoje não seja a mesma de 50 anos atrás, e

efetivamente os psicanalistas nos seus consultórios não pratiquem a psicanálise da mesma maneira que antigamente, pouco é teorizado a esse respeito. Os psicanalistas reinventam, no dia a dia de sua prática, a descoberta freudiana, mas o que se observa é um silêncio compartilhado sobre essas “inovações”. As descrições clínicas são cuidadosamente cercadas de análises rigorosas que se enquadram num determinado referencial teórico prévio, não dando margem que as novidades empreendidas sejam evidenciadas.

Lacan fez uma valiosa contribuição ao preconizar que é a ética e não a técnica, rigidamente estabelecida, é que deveria nortear a condução analítica. Com esta proposta abriu as portas para que atos analíticos que não fossem enquadrados dentro das normas técnicas clássicas pudessem ser realizados, sem que isso necessariamente implicasse numa ruptura com os fundamentos essenciais da psicanálise. Apesar disso, as novidades empreendidas nos consultórios são guardadas na comunidade psicanalítica como segredos não desveláveis, como heresias condenáveis. Os analistas estão fóbicos, e o medo jamais foi um bom aliado da criação e da renovação.

Se a psicanálise, nos seus primórdios, constituiu-se numa ciência revolucionária, numa profunda ruptura em relação aos saberes anteriores a ela, hoje em dia ela se comporta de forma muito menos ousada, diríamos até tímida, se comparada com a originalidade dos fundadores de 1900.

Por que se perdeu, na atualidade, o espírito investigador, questionador do já estabelecido na psicanálise, embora se saiba que ela se inscreve no domínio de um conhecimento em constante movimento, como qualquer outra ciência? Talvez pelo próprio fato de não ter o estatuto científico de uma ciência dura, ela se mantenha tão conservadora, prendendo-se ao que foi estabelecido, dando um valor de verdade inquestionável ao que não tem esta dimensão, deixando escapar a possibilidade de novas conceituações importantes relativas àquilo que, decorrente das transformações da história, certamente, afeta o sujeito.

Quando se concebe o sujeito, não como o sujeito universal, metafísico, mas

sim, como propõe Freud, como um sujeito constituído socialmente, por identificações diversas, em seus desejos, afetos e fantasias, não há como escapar de levar em conta a importância da relação com seus semelhantes. Tais interações são condicionadas historicamente, relativas a uma determinada época e a uma cultura específica. Não há como o homem escapar do seu contexto sócio-cultural, é neste contexto que construirá sua subjetividade. O sujeito da psicanálise é o sujeito do “pathos” e como tal ele é radicalmente vítima do desamparo, da ação pulsional, e a cultura fornece os meios e maneiras possíveis de lidar com as pulsões e as angústias primordiais. No decorrer da história, a cultura vem apresentando múltiplas formas de respostas possíveis à busca que o homem faz de uma certa felicidade e tais respostas dependem, como já observamos, de momentos históricos diferenciados que proporcionam novas formas de ser e de viver.

O mundo em que vivemos vem apresentando mudanças significativas e, evidentemente, transformações também ocorrem na clínica psicanalítica, que se depara com novas formas de sintomas. Entretanto, o que se observa, muitas vezes, é uma falta de renovação na psicopatologia analítica, uma certa rigidez metapsicológica, uma aderência às velhas formas de saber. As pesquisas clínicas, que tanto ocupavam nossos antecessores e que possibilitaram construções teóricas elaboradas a partir de exposições de dados clínicos análogos em vários pacientes - como encontramos no famoso texto de Freud *Bate-se numa Criança* (1919), pesquisa que terminou por levá-lo a formular o masoquismo como a posição erógena primária no texto *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924) - são encontradas na literatura atual com muito menor frequência. Contentamo-nos, muitas vezes, com descrições clínicas isoladas, pontilhadas, muitas vezes enigmáticas e inacessíveis. Neste caso, enquadram-se alguns dos seguidores de Lacan que, ao invés de se orientarem em direção à comunicação dos detalhes que compõem a riqueza da experiência psicanalítica, e sobre a qual é possível a invenção teórica, limitam-se a tudo interpretar com a chave dos operadores estruturais, entre os quais nunca faltam: a castração, o nome do pai, a fantasia fundamental. Além disso, diante do mais enigmático, surge a categoria lacaniana

do real que, apesar de todo seu valor, é freqüentemente invocada apenas como uma pseudo-sustentação para nosso desconhecimento, para aquilo que nós, analistas, ainda não fomos capazes de representar.

As modificações do mundo ocidental contemporâneo trazem novos problemas que precisam ser pensados. Embora possamos sustentar uma crítica feroz ao sistema político globalizante, neoliberal, que submete o homem à ditadura do sucesso financeiro, do poder como valor supremo, esse mesmo mundo, paradoxalmente, nos possibilitou várias maneiras de vivermos nossas subjetividades. A modernidade nos permite escolher estilos mais diversificados de vida, mas essa maior liberdade também nos expõe a um desamparo maior, a uma solidão difícil de suportar. Temos à nossa disposição novas maneiras de nos situarmos enquanto seres desejantes, mas, ao mesmo tempo, fomos moldados, criados numa estrutura familiar, em geral tradicional, que provavelmente nos cercava de mais amparo e proteção. Como resultado disso, ficamos desparelhados e inábeis para os desafios que temos que enfrentar, diante dos valores modernos da autonomia, da individualidade e da liberdade. A mudança radical dos códigos em que estávamos imersos, a reviravolta dos valores em que fomos “moldados”, provocam colapsos psíquicos e nossas clínicas estão repletas de clientes com esse tipo de sofrimento, em especial os que poderíamos qualificar de neuróticos deprimidos.

Freud, em seus textos culturais, não deixou escapar as condições que favoreciam o aparecimento de quadros patológicos, transformando suas observações sobre as exigências que a cultura fazia às pulsões numa construção metapsicológica. Suas elaborações teóricas não se afastavam da sociedade em que vivia. Defendeu incessantemente que a teoria psicanalítica é indissociável da experiência, e que deveria subordinar-se à prática, diferentemente da filosofia e de qualquer saber especulativo. Orientou sua ciência em torno deste eixo investigativo que exige continuamente interrogações e reflexões oriundas da prática clínica e, supôs que desse confronto é que poderia surgir a possibilidade de reformulações teóricas.

A psicanálise contribui para pensar o mundo social, com suas categorias de repressão, imaginário, sublimação; em outras palavras, tem um instrumental capaz de entender os vínculos sociais além dos chamados contratos conscientes. Embora não se constitua como uma *Weltauschauung*, sua metodologia esclarece componentes das interações dinâmicas dentro da estrutura social e fornece subsídios para que se possa entender, no discurso de cada um, a ação desses componentes do social. A psicanálise elaborou sua teoria sem desconsiderar esta dimensão, concebendo o sujeito como constituído em seu fundamento pela relação com os outros significativos da infância. Por outro lado, o desenvolvimento de seus conceitos permitiu um maior esclarecimento da organização social em suas diversas expressões.

Ao estender suas pesquisas para o campo da cultura, Freud interessou-se pela origem do vínculo social, pelos mitos, pelas religiões, pelas práticas e valores sociais que entretêm relações com as sintomatologias. O que pertence à esfera mais íntima do ser humano também está presente no fundamento das sociedades. Não existe sujeito excluído de seu mundo. O corpo e o psiquismo são marcados pelos problemas, práticas e modalidades do social:

O contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo, que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto. É verdade que a psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos pulsionais; contudo apenas raramente, e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo como um modelo, um objeto, um oponente, de maneira que, desde o começo a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras é, ao mesmo tempo, também psicologia social (Freud, 1921/1976:91).

Quando se dedicava ao estudo da cultura, Freud transpunha sua observação aos campos clínico e metapsicológico, localizando especificamente o que poderia contribuir para a determinação das patologias neuróticas. Desde sua diferenciação entre

neurose atual e neurose de transferência, como observa Souza (1998), Freud já circunscrevia a influência de determinadas práticas sexuais como responsáveis, pelo menos parcialmente, pela produção de quadros neuróticos. São inúmeros os exemplos que poderíamos citar das transformações na elaboração freudiana, resultantes da necessidade de levar em conta fenômenos culturais, das quais emergiram novas conceituações teóricas, mais ou menos elaboradas metapsicologicamente, tais como os conceitos de identificação, repressão e sublimação, entre outros.

O cerne do próprio conflito, base de toda neurose, remete à articulação e a uma certa oposição entre pulsão e cultura, e estas duas referências atravessam toda a obra de Freud como necessariamente constitutivas da subjetividade. Digo “certa” oposição, pois a pulsão não pode ser equacionada a algo exclusivamente natural ou constitucional, ou mesmo reduzida a uma concepção puramente econômica, como querem certos autores. Considero a pulsão como necessariamente articulada à linguagem e constituída numa relação que envolve necessariamente o Outro. Como um conceito no limiar do psíquico e do somático, só se constitui no encontro com o Outro primordial, portador da cultura (Rudge, 1998).

Apesar disto, a construção metapsicológica freudiana tem sido, erroneamente, interpretada como tendo um caráter basicamente intrapsíquico, por alguns críticos da psicanálise.

O aparelho elaborado por Freud, constituído pelo isso, eu e supereu, embora mantenha relações de dependência intersistêmicas, é completamente interligado ao externo, à cultura. Estas instâncias estão em constante movimento sofrendo contínuas transformações no contato com o Outro e com as transformações históricas que ocorrem na organização social. O conceito de identificação é fundamental para dar conta dessa permanente remodelação, característica do aparelho psíquico, já que o eu e o supereu são constituídos por identificações.

A invenção psicanalítica se deu devido à insuficiência, na época, de tratamentos eficazes para as perturbações psíquicas e foi elaborada, construída em seus

fundamentos, passo a passo, a partir dos achados freudianos na prática clínica, indissociáveis da cultura de sua época. Além do mais, Freud lançou mão, sem o menor preconceito, de outros saberes, tais como a mitologia, a biologia e a literatura, para avançar na construção do edifício teórico da psicanálise. Desse modo, qualquer crítica que considere a psicanálise como uma prática e uma teoria distanciadas das determinações culturais e históricas é, no mínimo, ingênua.

Talvez uma das razões que pudesse explicar a falta de movimentação na teorização psicanalítica, como já sugerimos, fosse o fato de tratarmos fenômenos contingentes como invariantes, temerosos de não alcançarmos o estatuto científico das ciências duras. Efetivamente, fazer da psicanálise uma ciência rigorosa é uma esperança que não abandona os psicanalistas. Lacan pretendeu, com sua teorização, prosseguir com o projeto científico de Freud, e para isto encontrou na lingüística e no estruturalismo a chave de seu desenvolvimento.

Segundo François Dosse (1992), o estruturalismo teve um “êxito espetacular” pois se apresentou como uma metodologia rigorosa, o que trouxe grandes expectativas em relação ao estatuto de cientificidade finalmente poder ser alcançado no campo das ciências humanas e sociais. Foi através da evolução da lingüística de Saussure e da antropologia estrutural, que a metodologia do estruturalismo tornou-se o suporte que daria a dignidade científica às ciências sociais. A lingüística teria a função de “ciência piloto” servindo de guia para que as ciências sociais pudessem conquistar a cientificidade tão almejada. O método estruturalista alcançou grande sucesso na lingüística e na antropologia com Lévi-Strauss, que, na busca de invariantes estruturais, encontrou nas regras de parentesco, que sempre instituem uma proibição do incesto, uma invariante que transcende a diversidade das sociedades. Lacan entusiasmou-se com o sucesso alcançado pela antropologia estrutural, e creditou ao estruturalismo a esperança de poder prosseguir o projeto científico de Freud com um novo modelo de cientificidade, diferente do positivismo. Na contramão de valores antigos, o estruturalismo valorizou tudo que fora recalcado na história ocidental: o inconsciente, o

conteúdo latente, o reprimido, o inacessível até então.

Entretanto, assim como o estruturalismo possibilitou um avanço na psicanálise num determinado momento histórico através das contribuições de Lacan, talvez também tenha sido um dos responsáveis por sua estagnação teórica. Evidenciar os impasses do estruturalismo não significa necessariamente um retrocesso, mas sim um questionamento que visa a renovação da descoberta freudiana. Dentro desta perspectiva, levanto a questão se o projeto científico de Lacan, apoiado na metodologia estruturalista, não resultou, em certa medida, em falsas certezas, dogmatismos, modelos reducionistas. Daí ser sempre necessária a valorização da observação clínica, das particularidades de cada caso, cuja importância é muitas vezes mal discriminada por conta de um uso abusivo das construções de cunho estrutural.

Apesar de sua terminologia e de sua preocupação em tornar a psicanálise uma ciência conforme as aspirações positivistas da época, a posição de Freud não era inequívoca em relação a esta problemática, como se depreende de sua afirmação: “A psicanálise não é uma investigação científica imparcial, mas uma medida terapêutica. Sua essência não é provar nada, mas meramente alterar algo” (Freud, 1909/1975:104).

Colocar a teoria em questão a partir das descobertas da prática foi uma premissa seguida por Freud. Um exemplo foi sua disponibilidade em abandonar a idéia de que o princípio do prazer era o regulador fundamental dos processos psíquicos. Ao observar que certos fenômenos de repetição que encontrava em sua experiência clínica contradiziam esta formulação, foi capaz de promover uma de suas grandes viradas conceituais, ao postular a compulsão à repetição e a pulsão de morte. Na verdade, estava sempre pronto a reconhecer seus “fracassos” conceituais quando sua prática o obrigava a isso.

As categorias de Saussure vão funcionar como “instrumento epistêmico” ao estruturalismo de forma geral, mesmo levando em conta a heterogeneidade e diversidade dos campos de estudo aos quais influenciou. O estruturalismo, em sua postura metodológica, relega a historicidade a um lugar menos importante, e se

consideramos que com o fato da lingüística libertar-se da servidão à história, ela conseguiu uma autonomia enquanto ciência, isto sem dúvida implicou uma “amputação”. Embora o ingresso do estruturalismo no campo da psicanálise tivesse um sentido estratégico, por implicar uma ruptura com o evolucionismo em curso, ele trouxe, como consequência negativa, esta perda.

Lacan, como já observamos, recorreu ao estruturalismo para dar à psicanálise uma respeitabilidade à altura daquela das ciências naturais, tendo, para isto, recorrido a matemas, topologias e termos muito distantes da linguagem cotidiana. Neste projeto, deu uma contribuição importante ao destacar o papel da linguagem como constituinte da subjetividade.

Se, na década de cinquenta, o método estruturalista representou um valioso instrumento para justificar a cientificidade das ciências humanas, e apoiou a esperança de uma psicanálise rigorosa dentro de cânones científicos, a filosofia da ciência nos apresenta, hoje em dia, uma nova perspectiva que permite aproximar o estatuto científico das ciências naturais e das ciências humanas.

Como observa Coutinho (1996), duas concepções opostas de linguagem científica dominam a cena contemporânea, concepções que valem tanto para as ciências naturais como para as humanas. Trata-se do objetivismo versus o pragmatismo, denominações mais usadas nesta controvérsia na filosofia da ciência.

Segundo a perspectiva objetivista da linguagem científica, a ciência é uma narrativa da realidade, correspondendo à verdade do fato, sendo a linguagem uma representação fidedigna do real. Procura-se estabelecer leis que são subjacentes aos fenômenos analisados. Tal concepção originou-se no séc. XVII com a inauguração da ciência moderna e, na filosofia de linguagem de nosso século, foi representada pelo empirismo lógico, pelo racionalismo crítico e, nas ciências humanas, segundo Coutinho, também pelo estruturalismo.

Já o pragmatismo pressupõe que a linguagem não pode ser considerada como

uma narrativa da realidade e sim como operativa em sua construção: não se tem acesso à realidade a não ser através da linguagem. Além disso, a diversidade de linguagens possíveis demonstra que a equivalência entre a linguagem e a realidade é questionável. As explicações científicas são codificações e sistematizações formuladas pelas próprias comunidades científicas para determinados fins, e o consenso entre elas depende de compartilharem os mesmos pressupostos lógicos e os mesmos procedimentos. Portanto, as ciências dependem fundamentalmente do fator interpretativo e histórico. Não há ciência que independa da linguagem e, conseqüentemente, da interpretação. O ideal do objetivismo é um ideal impossível de ser alcançado, e este ponto de vista tanto vale para as ciências naturais quanto para as humanas.

Essa concepção de linguagem científica teve no pensamento de Kuhn (1970), com sua noção de *paradigma*, a corrente de maior influência desse movimento, mas a fundamentação dessa concepção é bem anterior a ele, podendo ser localizada na filosofia da linguagem de Wittgenstein (1953) e Austin (1961,1962). Esses dois autores, desde 1930, iniciaram o questionamento sobre o valor da visão representacional - objetivista - da linguagem.

Um dos segmentos do movimento pragmático defende que tudo pode ser reduzido a uma construção da linguagem, nada existiria que excedesse ao “meramente lingüístico”¹, e isso, aplicado à subjetividade, implicaria que o homem é constituído apenas pelas produções da cultura. Supomos, contrariamente a essa perspectiva, que existem realidades independentes da linguagem, embora estejam sempre articuladas a ela. Algo escapa à linguagem, e é disto que a noção de real no referencial laciano busca dar conta.

Ainda dentro da problemática das relações entre as ciências naturais e humanas, vale a pena observar que, embora o pragmatismo tenha contribuído para elucidar que não haveria uma diferença em termos de cientificidade entre esses dois

¹ Expressão cunhada por Ana Maria Coutinho.

campos, não deixou de valorizar outros tipos de diferenças. As ciências sociais têm objetivos muito mais diversificados que as naturais. Isso não implica que as ciências naturais não tenham mudado seus objetivos no decorrer da história. Existe, entretanto, um consenso muito maior, nessas ciências, sobre a prioridade de seus objetivos. A linguagem das ciências sociais se aproxima muito mais da linguagem do cotidiano, o que contribui para interpretações menos específicas. Outras diferenças, certamente, poderiam ser apontadas, mas o que se pretende valorizar é que, na visão pragmatista, cai o privilégio de só as ciências naturais poderem ser consideradas científicas, pois muda, radicalmente, o conceito do que é científico, não se aceitando mais que possa existir uma observação ou uma elaboração teórica sem interferência da linguagem, da cultura, da inserção social do observador. A inclusão do sujeito na observação não implica a desqualificação da ciência, mas a objetividade científica obriga ao reconhecimento deste fator implicado em qualquer ciência (Coutinho, 1996).

No campo das ciências naturais, já existe uma literatura extensa que especifica como considerações racionais e procedimentos de diversos tipos colaboram na atribuição de relações de causalidade e na determinação das entidades empíricas. O mesmo, infelizmente, não ocorre com as ciências sociais.

No campo psicanalítico, várias posições e tendências contraditórias se desenvolvem em grupos relativamente independentes, possibilitando a formação do que podemos até considerar como múltiplas psicanálises.

Os psicanalistas e suas respectivas instituições estão muito mais preocupados em defender suas concepções, do que abertos a reformulações destas que possam estar mais próximas das questões que surgem atualmente. Grande parte das instituições psicanalíticas se transforma em defensoras intransigentes do pensamento de um ou outro autor. Elas se formaram a fim de se defenderem contra as resistências a um novo pensamento, mas gradativamente, vão se tornando um obstáculo àquilo que irrompe como novidade no campo psicanalítico. Ignoram autores e contribuições importantes, e escolhem palavras que enquadram o psicanalista num lugar determinado e facilmente

reconhecível. Em suma, esmagam o olhar, a curiosidade, a perplexidade, atrás de um referencial teórico que, ao invés de cumprir a função de revelar, cumpre a de livrar o psicanalista de uma inquietação, contrariando a premissa básica da psicanálise que gira em torno da busca da verdade e da diferença.

Baseados no conhecimento do que constitui uma linguagem científica, poderemos prosseguir com a invenção freudiana, e considerar as mudanças sócio-culturais localizando os pontos que determinam novas formas de sintomas, e, assim, descartar algumas teorizações e reformular outras, ao invés de congelarmos nossas descobertas sob a aparência de verdades inquestionáveis, colados numa perspectiva objetivista do que seja a psicanálise.

A perspectiva pragmática relativiza o discurso científico clássico, descrendo da possibilidade de se poder alcançar um saber purificado, e valoriza a influência dos fatores históricos na elaboração das diversas teorias científicas, o que coincide com nossa proposta.

Ao valorizar as observações clínicas e as transformações sócio-culturais como guias imprescindíveis para uma renovação clínica e metapsicológica da psicanálise, afasto-me de uma tendência atual na psicanálise que desconsidera a preocupação com a “cura”, com a eficácia do instrumental de que dispomos, fazendo equivaler, de uma certa forma, a psicanálise a uma filosofia da existência, onde a anacronia do projeto psicanalítico não precisa ser questionada.

Quando considero a importância do discurso social contemporâneo na constituição de novas maneiras de ser, não estou adotando a perspectiva reducionista de avaliar o sujeito apenas como puro efeito deste discurso ou das possíveis combinações destes discursos, posição defendida por um segmento do movimento pragmático. Algo no sujeito sempre irrompe contrariando este condicionamento cultural, algo que Freud concebeu como advindo privilegiadamente do campo pulsional e Lacan do campo real que, numa boa composição com a linguagem, contesta, revoluciona e pode promover novas formas de viver. Rupturas com as tradicionais

formas de viver emergem na história do homem e, geralmente, começam como movimentos isolados, marginais, para depois serem abraçados pela cultura mais estabelecida. O que defendo é, justamente, poder destacar o que, no discurso social, emerge de novo e opera como um complicador da possibilidade de uma boa articulação entre os campos pulsional e o eu, sabendo que essa boa articulação se deve sempre a uma sobredeterminação de fatores, e que é o fracasso dessa boa articulação que faz emergir determinadas psicopatologias.

Freud afirmou:

A psicanálise não é um sistema como os da filosofia, que partem de conceitos básicos, definidos com precisão e procuram com estes compreender todo o universo, após o que não resta lugar para novas descobertas e melhores conhecimentos. Ela se prende mais aos fatos de seu campo de trabalho, procura resolver os problemas imediatos da observação, avança tateando na experiência, está sempre inacabada, sempre pronta a deslocar os acentos de suas teorias ou modificá-las. Como a física ou a química, admite que seus conceitos mais importantes sejam pouco claros, que seus postulados sejam provisórios e espera que se definam com mais precisão graças ao trabalho futuro (Freud, 1923[1922] 1975:253, 254).

Seguindo a recomendação freudiana, alio-me aos pesquisadores da psicanálise que insistem em clarificar as psicopatologias que surgem e invadem o cenário clínico, na esperança de que através das gerações possamos alcançar modelos metapsicológicos que ajudem a compreensão dos sintomas ainda obscuros para a psicanálise, e favoreçam a atuação clínica dos analistas quando defrontados com os casos que não correspondam às sintomatologias clássicas descritas pela psicanálise. Caso contrário, estaremos dando razão a nossos críticos quando afirmam que a psicanálise é uma prática em vias de extinção.

As muitas Acepções do Termo Depressão

São inúmeras as conceituações da depressão, tanto no cenário psiquiátrico como no psicanalítico. É necessário então um esforço para delimitá-las, assim como se situar em relação a elas. A psiquiatria, ao longo dos anos, vem tentando descrever e sistematizar a depressão, mas aparentemente ainda não obteve sucesso, visto que vêm surgindo incessantemente novas classificações. O espaço ainda encontra-se aberto para uma conceituação precisa.

Na psicopatologia mais antiga, desde Hipócrates, no séc. V A.C., a depressão, descrita como tristeza, abatimento ou retraimento, era vista como um acontecimento eventual. Somente quando se tornava duradoura e era acompanhada por delírios tristes ou pessimistas é que constituía um sintoma da doença melancolia, produto da bílis negra. Assim, a depressão não era concebida como uma doença: era um sintoma eventual da melancolia. Prescreviam-se tratamentos que incluíam dietas, fármacos e até mesmas psicoterapias primitivas de encorajamento.

Desde Plater (1625) até Pinel (1801), no *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale, ou la Manie*, o pensamento delirante era imprescindível para o diagnóstico de melancolia.

A partir de Pinel introduziu-se algo além do fator bioquímico na etiologia da melancolia. Os fatores afetivos passaram a ter algum valor, mas as alterações devidas às frustrações eram, em última instância, processos ocorridos no próprio organismo.

Durante o séc. XIX, a depressão passou a ser considerada, para a psiquiatria, um quadro patológico propriamente dito. Kraepelin, em 1915, classificou as patologias depressivas como “estados constitucionais depressivos”, postulando, portanto,

depressões endógenas que eram independentes da vida social ou afetiva. Sabemos que pesquisas recentes valorizam esta perspectiva.

A partir de Bleuler (1908) houve uma reformulação radical desta concepção. Os fatores bioquímicos continuaram a concorrer para a depressão, mas perderam o privilégio de serem os únicos responsáveis, e os fatores psicodinâmicos passaram a ter também importância etiológica (Pessoti, 2003).

Atualmente, o termo melancolia vem sendo usado tanto para designar as depressões que fazem parte do quadro geral da síndrome maniaco-depressiva, como se refere a um simples critério de gravidade, bem como é reservado a sintomas bem particulares como a auto-acusação, o sentimento de incurabilidade e de indignidade. Por todas essas razões, esse termo vem cada vez mais sendo menos usado hoje em dia, caindo em desuso na psiquiatria, cedendo lugar para as ditas depressões.

Na psiquiatria, o termo depressão vem figurando, como vimos, em inúmeras classificações e descrições, sendo usado de forma pouco consistente. “A palavra depressão é um termo genérico, vago, recobrindo inúmeras síndromes que podemos classificar segundo a semiologia, a evolução, a genética, a bioquímica e a resposta às diversas terapias” (Moussau, 1978:212). Assim como ele, vários psiquiatras alertam para a imprecisão do termo, que permanece frouxo e utilizado de forma heterogênea, sem um critério unívoco, mesmo quarenta anos após a descoberta dos antidepressivos.

Nos últimos vinte anos, foram estabelecidas várias classificações da doença, cada uma obedecendo a uma lógica diversa, mas perfeitamente plausível, o que só aponta para o caos da situação. Afinal de contas, trata-se de uma doença específica ou apenas de reações inadequadas e excessivas a determinadas situações? Devem ser classificadas em torno de seus sintomas, sua etiologia, ou sua patogenia?

A própria circunscrição da noção de depressão está sujeita a desacordos. “Os limites entre depressão e tristeza, doença depressiva e estados ansiosos, psicose afetiva e esquizofrenia, depressão recorrente e problemas de personalidade são todos

arbitrários e mal definidos”(Kendell,1976:16). O notório psiquiatra britânico, desta maneira, expõe claramente a confusão que reina em relação à significação do termo depressão.

A palavra depressão vem sendo utilizada, dada a falta de critério preciso, de forma abusiva, exagerada. Num colóquio internacional realizado em Nova York, em outubro de 1970, Heinz Lehmann afirmou que três por cento de pessoas, no mundo, sofriam de depressão, ou seja, mais ou menos cem milhões de pessoas. A depressão torna-se, então, a doença mais difundida do planeta.

Considerada, desde a verdade essencial do ser humano, qualificando desde os pequenos infortúnios do cotidiano de cada um, até quadros que apresentam sintomas dos mais graves, o termo depressão, usado de forma indiscriminada, recobre um amplo leque de fenômenos, maior até do que a neurastenia do século XIX.

A confusão, as diversas classificações, a inexistência de uma clara circunscrição da depressão, a falta de critério firmemente estabelecido para caracterizá-la, a facilidade com que se diagnostica as mais diversas manifestações como sintomas depressivos, todos estes fatores até hoje dominam a psiquiatria. Devemos reconhecer, entretanto, que, apesar desta falta de sistematização, os tratamentos psiquiátricos avançaram, consideravelmente, com a ajuda dos medicamentos antidepressivos associados às terapias verbais.

Mesmo levando em conta a extraordinária facilidade com que o diagnóstico de depressão é dado, reconhecemos, seguindo a opinião de muitos autores. (Kristeva,1989; Soler,1997) estar diante do mal da contemporaneidade.

Widlöcher e Hardy (1991), no meio desta torre de Babel, elaboraram mais uma tentativa de abordar a depressão. Para eles, várias são as causas possíveis da depressão, mas ainda não se conseguiu saber quais os mecanismos responsáveis pela sua instalação. Geralmente causas diversas se associam para formar um quadro depressivo. Os fatores que concorrem podem ser tanto físicos (doença orgânica, efeitos

medicamentosos), como psíquicos (imprevistos da vida, luto), adquiridos ou hereditários.

Os autores advogam que estar deprimido não é a mesma coisa que ficar triste ou pessimista devido às condições difíceis da vida. O que efetivamente caracteriza a depressão é o ser prisioneiro de uma maneira patológica de pensar e agir. Eles são extremamente otimistas quanto ao tratamento dos depressivos. Aham que o maior obstáculo ao tratamento é a falta de colaboração do paciente, quando não se forma uma verdadeira aliança terapêutica, mas que a maior parte dos doentes se cura. Quanto a isto, existe muita controvérsia. Alguns autores são muito pessimistas em relação ao quadro depressivo, e defendem que a cura total é quase impossível.

Widlöcher e Hardy (1991) descrevem os seguintes sintomas como fundamentais ao diagnóstico da depressão: tristeza, indiferença afetiva, diminuição do movimento psíquico e motor. O deprimido tem muita dificuldade para iniciar uma ação, ele é muito lento. O trabalho se torna difícil, pesado, realizado com esforço. Sua atividade é pouco eficiente e desorganizada. Raciocina menos, experimenta frequentemente uma sensação de vazio na cabeça. Seu pensamento é invadido por idéias tristes, negativas. Sente-se incapaz e acusa os outros de impotentes, responsabilizando-os, muitas vezes, por sua infelicidade.

Não experimenta nem prazer, nem desprazer, a indiferença invade o psiquismo. O sono perde a harmonia, acorda no meio da noite e tem dificuldades de voltar a dormir. Come muito ou pouco, sofre de má digestão, sente-se exausto e perde, frequentemente, sua vontade sexual.

Por não se sentir capaz de pensar em felicidade, o deprimido é facilmente conduzido ao desejo de morrer. Não se deve subestimar a possibilidade de que efetivamente cometa o suicídio.

Os autores reconhecem que, ao tentar descrever a depressão de uma forma unívoca, corre-se sempre o risco de um reducionismo, pois cada doente sofre, sente e

vive seu estado depressivo de forma bem peculiar. Mas é importante o reconhecimento de certos sintomas fundamentais para servir de guia num diagnóstico diferencial para fins terapêuticos.

Há uma depressão e doentes deprimidos: um não se reduz ao outro e cada um deve ser cuidado de maneira específica: suposição etiológica, sintomas do quadro, evolução da doença, reação psicológica do paciente e de sua família. Deve-se, portanto, determinar as estratégias terapêuticas em função de cada caso. O mais freqüente é que o tratamento prescrito seja bidimensional, associando de maneira complementar quimioterapia e psicoterapia (Widlöcher, D. & Hardy, M.C., 1991:77).

No cenário psiquiátrico, vem se tentando, como foi visto, sistematizar a depressão, mas ainda não se conseguiu estabelecer um certo consenso quanto aos critérios diagnósticos desta afecção. Soma-se a isso o fato de que muitos clínicos gerais prescrevem, com extraordinária facilidade, antidepressivos para mal estares que não se configuram necessariamente como um quadro depressivo, fazendo de nossa cultura um espaço de onde a tristeza, pertinente a diversas condições da vida, deva ser banida. O mundo moderno suporta mal a tristeza. Desta forma, atropelam-se vivências fundamentais à elaboração de perdas, prejudicando a possibilidade de uma verdadeira recuperação.

Se o cenário é tão heterogêneo na psiquiatria, o mesmo ocorre na psicanálise. Provavelmente nenhum outro quadro clínico evocou, dentro do campo psicanalítico, concepções tão diferentes como a depressão.

A divergência de posições é ampla. Na opinião de alguns autores, seguidores de Lacan, que afirmam que não se pode considerar a depressão como uma estrutura psicopatológica independente, ela é considerada como um estado que aparece eventualmente nas estruturas clássicas. Outros (Bribing, 1953; Bleichmar, 1982) a qualificam como um quadro clínico específico, mas não diferenciam metapsicologicamente a depressão da melancolia, considerando esta última apenas

como uma manifestação mais intensa dos estados depressivos. Mesmo entre aqueles que pretendem conceder uma especificidade ao quadro melancólico, não há um consenso quanto ao operador estrutural que o determina (Soler, 1997; Kristeva, 1987).

Nem Freud, nem Lacan dedicaram-se expressivamente ao estudo dos quadros clínicos depressivos. Fossi (1986) assinala que, em comparação a angústia, o sentimento depressivo teve lugar de um primo pobre na obra de Freud, repreendendo-o de ter negligenciado a depressão, não lhe conferindo o devido valor na vida anímica. Mesmo Klein (1934, 1940), apesar da formidável contribuição relativa às posições esquizo-paranóide e depressiva, não se debruçou minuciosamente sobre a clínica da depressão, mais preocupada em elaborar uma teoria para abordar a estruturação e desestruturação do psiquismo.

Os pacientes depressivos com problemas narcísicos agudos se tornaram objetos de uma reflexão séria nos anos 50 e 60 nos Estados Unidos. Essas patologias são chamadas de narcísicas (Kernberg, 1967), e os pacientes que delas sofrem são qualificados como *borderlines*. O narcisismo, nesses casos, refere-se não ao amor de si mesmo, que é um dos principais motivos da alegria de viver, mas sim ao fato do sujeito ser de tal forma prisioneiro de uma forma ideal de si próprio que se torna impotente, paralisado, tendo necessidade permanente de ser reassurado pelo outro.

Nas patologias narcísicas, como observa Kernberg (1967), há um superinvestimento do eu e as frustrações são dificilmente suportadas. São pacientes em que, por se sentirem vazios, insatisfeitos, é comum observarmos reações muito agressivas e passagens ao ato. São de acesso especialmente difícil pelo tratamento psicanalítico, pois não só têm muitas dificuldades na elaboração dos conflitos psíquicos, como também não conseguem estabelecer um nível de transferência ao analista favorável à relação psicanalítica, uma vez que os processos identificatórios não foram bem estabelecidos na tenra infância. Os *borderlines*, estando situados numa faixa limítrofe entre a psicose e a neurose, não têm um bom prognóstico.

A tentativa de localizar os deprimidos na categoria de *borderline* não resolveu

o problema psicanalítico da depressão neurótica. Apesar desta categoria ter sido incorporada por muitos autores, outros, como Lacan e seus seguidores, a desprezam, por não ter sido destacado um operador estrutural que a especifique.

A psicanálise ficou órfã dos grandes mestres com relação a uma conceituação mais precisa da clínica da depressão e, como resultado dessa orfandade, debate-se sobre a depressão que não é a melancólica, não existindo até hoje um registro preciso e eficaz da depressão dentro do domínio das neuroses. Fédida, estudioso da clínica psicanalítica da depressão, adverte:

Como sabemos, as ocorrências do termo “depressão” na obra de Freud – mais freqüentes do que se imagina – não conduzem a uma metapsicologia da depressão, ao passo que a melancolia, especialmente em sua relação com o luto e a perda de objeto, constitui um dos maiores modelos de uma psicopatologia e de uma metapsicologia (Fédida, 2002:181).

Quando afirmo que a depressão poderia ter passado de moda, isso deve ser entendido como o abandono de uma noção muito aproximativa em razão de seu emprego ideologicamente banalizado. É exatamente aí que se impõe o necessário retorno a uma compreensão psicopatológica de sua fenomenalidade subjetiva e intersubjetiva (Fédida, 2002:183).

Delouya (2000) afirma que podemos considerar a depressão como uma patologia se a abordamos não com o sentido de doença, como na medicina, mas como uma impossibilidade, mesmo que transitória, de funcionar e de possuir aquilo que é fundamental para nossa existência. Considera que a psicanálise freudiana jamais se vinculou a uma nosografia claramente definida. Apesar de ter se baseado nos quadros clínicos da psiquiatria de sua época, Freud não os entendeu como complexos patológicos rigidamente demarcados. Inspirou-se neles como pontos de partida para um entendimento do funcionamento do aparelho psíquico, inserindo-os nas descobertas que fazia dos mecanismos deste aparelho.

Numerosos analistas afirmam que cada vez mais pacientes com personalidades depressivas procuram tratamento psicanalítico. Como observa Dujarier (1979), não é

nenhuma novidade dizer que os quadros clínicos de hoje não são mais os mesmos dos tempos de Freud. Mas, apesar deste reconhecimento já datar de quase 20 anos, e de todos os esforços para se chegar a uma delimitação mais rigorosa do conceito de depressão, continuamos a buscar uma melhor compreensão da depressão e de suas relações com os tempos atuais.

Alguns analistas, como Lucien Israël, acham que os deprimidos são, na verdade, pacientes histéricos: “As queixas que aparecem durante esses estados não são diferentes das queixas histéricas: dores diversas, vertigens, sensações de fraqueza e de fadiga” (Israel, 1976:157). Para este autor, a histérica forma seus sintomas de acordo com o que a cultura oferece. É, portanto, perfeitamente possível que estes sintomas assumam nuances variadas de acordo com momentos históricos diversos. Neste momento, o que prevalece é a aguda consciência de si próprio, o que justificaria esta pseudodepressão que encontramos na atualidade, assim como, numa cultura religiosa, os êxtases caracterizaram a histérica.

As controvérsias não cessam. Bergeret afirma: “Nós nos achamos solicitados [...] por um número que não para de crescer de sujeitos depressivos, onde a depressividade não pode ser considerada como um simples episódio passageiro no curso de uma evolução estrutural, seja do tipo neurótico, seja psicótico”(Bergeret, 1986:162).

Nacht e Racamier (1959) concluíram que os depressivos são indivíduos insatisfeitos e insaciáveis, personalidades que ficaram fixadas numa determinada época da vida, a adolescência, e que, por isso, recusam as frustrações que fazem parte, necessariamente, de qualquer vida adulta. Como se recusam a crescer, tornam-se extremamente frágeis e sujeitos a um permanente sentimento de precariedade.

Bleichmar (1982) um estudioso do tema da depressão, faz duas importantes distinções. Primeiramente discorda da posição bastante comum de se designar por depressão tanto o quadro clínico caracterizado pelas características de tristeza, inibição psicomotora, auto-acusação, idéias pessimistas sobre a vida, quanto o estado afetivo

da tristeza. Clarifica que a tristeza não serve para definir um quadro depressivo uma vez que encontramos na clínica, sujeitos mal humorados e agitados, que poderíamos classificar de deprimidos e que não manifestam o sentimento de tristeza. Acrescenta que esta confusão indica uma concepção causal, em que a tristeza é considerada o elemento central que aciona todos os outros, que seriam apenas conseqüências deste afeto. É por conta desta perspectiva que as depressões foram categorizadas como distúrbios do humor ou da afetividade.

Alguém pode ter uma visão pessimista do futuro, considerar que sua vida foi um fracasso, que não vale grande coisa como pessoa, que de nada serve viver e, inclusive, contemplar a idéia de suicidar-se, em suma manifestar idéias que ninguém vacilaria em catalogar como claramente melancólicas e, no entanto, não demonstrar tristeza, podendo predominar ao contrário a raiva, a irritação consigo mesmo. Em outros casos, o mesmo conjunto de idéias pode ocorrer com uma marcante frieza emocional e isso, ao chamar atenção do observador, constitui o que se costumou qualificar de dissociação ídeo-afetiva (Bleichmar, 1982/1983:29).

Por outro lado, há casos de depressão em que a tristeza prevalece, mas não se verifica a inibição, ao contrário o que predomina é a excitação psicomotora. Estamos nos referindo aos casos de depressão ansiosa ou agitada.

A relação entre tristeza, auto-acusação e inibição é muito mais complexa do que poderia se supor. A tristeza, por exemplo, pode ser fruto da auto-acusação, mas, pode-se também ficar triste sem auto-acusação. O fato desses fatores, eventualmente, se apresentarem conjuntamente numa mesma síndrome não lhes confere o valor de causalidade.

Por ser um autor que estuda cada um dos elementos de uma determinada organização depressiva, sustenta que ao fazer isso não recai necessariamente num atomismo:

O estudo das unidades constituintes de um sistema não involucra a anulação da análise da articulação dos mesmos e, se não se quer cair numa sorte de gestaltismo em que há um todo entelequial, é necessário que delimitar essas unidades de análise seja uma tarefa simultânea ao descobrimento de sua articulação (Bleichmar, 1982/1983:14).

Outro problema que complica o estudo das depressões, é que ao falar dela no singular, como se fosse uma única entidade, não se considera a diversidade de quadros que foram cunhados com esta denominação: depressão do luto normal, depressão neurótica, psicose melancólica, depressão anaclítica etc. O autor recomenda que se discrimine as depressões, e que se estude cada forma específica pela qual ela pode se apresentar e seus dinamismos correspondentes, mas, ao mesmo tempo, acha necessário que se designe qual o denominador comum entre as diversas formas de depressão.

Toda depressão implica numa perda de objeto. Esta é uma condição da depressão, mas não explica no que ela consiste. Para que haja depressão é necessário que este objeto seja “carregado de anseio” e que se sinta o desejo como irrealizável. É, portanto, a estrutura do desejo que Bleichmar (1982) delimita como sendo o elemento unificador das diversas depressões.

Não é nossa intenção aqui descrever exaustivamente todas as tentativas dos autores psicanalíticos de entenderem e classificarem os diversos estados depressivos. O que pretendemos, neste capítulo, foi apenas esclarecer que não há uma concepção unívoca do que seja a depressão, e que as pesquisas em torno deste quadro prosseguem, para que possamos ter indicações mais esclarecedoras que nos auxiliem na condução do tratamento psicanalítico dos deprimidos.

A perspectiva psiquiátrica moderna de tratar a melancolia e a depressão como um quadro único, se transportada para o campo psicanalítico, resulta na perda de uma especificidade que deve ser mantida, e que foi conquistada no plano teórico por alguns autores. Isto, apesar das inúmeras divergências sobre qual o operador que qualifica a melancolia.

Seja qual for o estatuto nosológico atribuído à depressão, os psicanalistas vêm se interessando cada vez mais por ela, já que, apesar de todo exagero dos diagnósticos indiscriminados e indevidos, não se pode desconsiderar a grande incidência desse quadro nas sociedades democráticas industrializadas.

Após este breve percurso sobre as diversas acepções do termo depressão, podemos concluir que ele é visto de várias maneiras no campo da psicanálise. É considerado como um sintoma que pode aparecer em qualquer estrutura clínica, como um sinônimo de melancolia, ou como uma melancolia atenuada, como uma neurose específica: a neurose depressiva, ou ainda como um traço característico das estruturas *borderlines*.

Na proposta de identificar como ela aparece na obra dos vários autores, e de circunscrever uma posição quanto a isto, examinaremos a literatura psicanalítica sobre o tema.

Passemos ao exame de algumas das mais importantes contribuições ao estudo psicanalítico das depressões.

4

Abordagens Psicanalíticas da Depressão

4.1

A Contribuição de Freud – Do Narcisismo ao Desamparo

É na correspondência com Fliess (1887-1904) que encontramos as primeiras idéias freudianas sobre a depressão (Masson, 1985). Nesta primeira abordagem, entusiasmado com a descoberta da importância da atividade sexual para o psiquismo, Freud localiza nas disfunções sexuais as causas da melancolia, fazendo uma equivalência etiológica entre a neurose depressiva e as neuroses atuais: neurose de angústia e neurastenia.

Qualificou várias formas de depressão: depressão periódica, depressão periódica branda, melancolia, melancolia senil, melancolia neurastênica, melancolia histérica, melancolia genuína, melancolia de angústia, melancolia cíclica. Embora insinuasse uma diferenciação entre a depressão e a melancolia, muitas vezes, referia-se às duas como equivalentes.

Na carta de 21 de maio de 1894 (Masson, 1985) fez uma contraposição entre a neurose de angústia e a melancolia. Nesta época, concebia a neurose de angústia como produto da transformação da tensão sexual física acumulada. Os melancólicos, por sua vez, eram geralmente anestésicos, não tendo nenhum desejo de relação sexual ou sensações ligadas a isso. Entretanto, manifestavam uma grande ânsia de amor em sua forma psíquica. Concluiu que a melancolia se instalava devido a uma tensão sexual psíquica acumulada e, portanto insatisfeita.

A tensão endógena só é percebida acima de um determinado limiar, sendo então capaz de entrar em contato com certos grupos de idéias psíquicas que levam à ação específica. Quando não ocorre tal ação, a tensão psicofísica começa a produzir

perturbações. Na neurose de angústia, por várias razões, tais como o desenvolvimento insuficiente da sexualidade psíquica ou repressão, a ligação psíquica não ocorre e a tensão transforma-se em angústia. Já na melancolia, a tensão psíquica que não é aliviada pela ação específica transforma-se em dor, sofrimento.

No rascunho G, Freud precisa que há uma relação entre a melancolia e a anestesia sexual. Pressupõe que geralmente existe uma falta de excitação sexual somática nos melancólicos. Como o afeto por excelência da melancolia é o luto, ou seja, o anseio por algo perdido, suspeita que talvez estejamos lidando com o luto pela perda de libido, tendo, como consequência, a inibição psíquica com perda pulsional e dor.

Baseado no modelo do arco reflexo, Freud construiu o esquema sexual que se distribui segundo dois eixos: o somato-psíquico que, quando ultrapassa um determinado limiar, se transforma em tensão sexual psíquica, e o eixo do eu, além do qual a tensão sexual psíquica, graças a uma ação específica, se dirige ao objeto capaz de proporcionar satisfação. Quando essa excitação sexual psíquica não se dirigisse ao objeto exterior, ela permaneceria no domínio psíquico e não cessaria de aí se ativar, provocando o famoso “buraco hemorrágico” que funcionaria como uma bomba, aspirando qualquer nova quantidade energética.

Podemos imaginar que, quando o ps.S. (psíquico sexual) se depara com uma perda muito grande no volume de sua excitação, é possível que ocorra um *retrimento*, por assim dizer, *para a esfera psíquica*, que produz um efeito de sucção sobre os volumes de excitação adjacentes. Os neurônios associados têm que abandonar sua excitação, *o que produz dor*. Desfazer associações é sempre doloroso; instala-se, como que através de uma *hemorragia interna*, um empobrecimento da excitação (no estoque livre dela), que se faz sentir nos outros impulsos e funções *pulsionais*. Como na inibição, esse retrimento age como uma *ferida*, de maneira análoga à dor (ver teoria da dor física). A contrapartida disso seria a mania, onde o excedente de excitação se comunica a todos os neurônios associados. Aí está, portanto, uma semelhança com a neurastenia. Na neurastenia ocorre um empobrecimento bastante parecido, que se deve ao escoamento da excitação, por assim dizer, por um buraco. Mas nesse caso o que se esvazia é a excitação s.S. (somático sexual); na melancolia o buraco se acha na esfera psíquica (Masson, 1985/1986 :104,105).

Alguns autores modernos de orientação lacaniana dão especial atenção a essa explicação freudiana, interpretando o buraco negro que suga a excitação psíquica como uma dissolução nas associações da cadeia dos pensamentos inconscientes. Lambotte (1997), por exemplo, conclui, inclusive, que devido à hemorragia interna melancólica, a insuficiência de representações impede qualquer investimento de objeto. Nos sujeitos melancólicos, certas representações faltantes impediriam a trama inconsciente de se constituir e, devido à falta de ligação, jogariam as outras representações nesse turbilhão aspirante.

Não concordo que possamos ir tão longe na interpretação dessa formulação freudiana. Sua proposta não foi tão ousada. Com o termo *buraco hemorrágico*, Freud tentava apenas dar conta da dor psíquica, do sofrimento próprio do sujeito melancólico. Muitas vezes, como aqui, as interpretações da obra de Freud mais parecem tentativas de forçar as palavras do criador da psicanálise para validar algo que, na verdade, se está efetivamente reconfigurando.

Concluimos aqui as primeiras contribuições freudianas mais significativas a respeito da melancolia. Resumidamente, neste primeiro esboço de teorização sobre a melancolia, o luto foi localizado como o afeto desse quadro clínico.

Em 1914, Freud escreveu seu famoso artigo *Introdução ao Narcisismo*, lançando então as bases para um melhor entendimento da melancolia, através da formulação do conceito de ideal do eu. Supõe que no início da vida não existe nada compatível com a idéia de uma unidade do eu. O que se verifica no bebê são impulsos auto-eróticos. Para que se faça um investimento libidinal no próprio eu (narcisismo) é necessária uma *nova ação psíquica* que organize os impulsos auto-eróticos dispersos, emergindo a partir daí o eu.

De acordo com o ponto de vista econômico, Freud hipotetiza que é fundamental para a vida psíquica ultrapassar os limites narcísicos e ligar a libido a objetos. Esta necessidade surge devido à ameaça de desprazer que resulta do aumento de tensão provocada pelo represamento da libido no eu. Nessa fase de sua obra, o

aparelho psíquico era regulado apenas pelo princípio do prazer, e o desprazer correspondia a uma tensão mais alta do que a desejável. Conclui, então, que é preciso amar para não adoecer.

O ser humano tem no início dois objetos sexuais: ele próprio (eleição narcísica) e a mãe que o alimenta (escolha anaclítica ou “por apoio”).

Com a entrada do ser na cultura, o narcisismo sofre transformações para se adequar às exigências do social. O sujeito constrói então um ideal do eu que substituirá a perfeição narcísica perdida do eu infantil. Cada vez que se aproximar um pouco de seu ideal, o sujeito recuperará algo do sentimento de perfeição perdido. Este narcisismo secundário também colore a atitude amorosa dos pais em relação ao bebê. A sua *majestade*, o bebê, nenhuma restrição deve ser imposta. O amor tão incondicional dos pais a seu bebê nada é mais do que o ressurgimento do narcisismo anterior perdido, camuflado em amor objetal.

Freud introduz a possibilidade da existência de uma agência psíquica especial (o futuro supereu), que contrastaria e avaliaria se o eu estaria cumprindo as exigências desse ideal. A auto-estima dependeria diretamente da libido narcísica. Quanto mais próximo o sujeito estiver de seu ideal mais feliz consigo próprio estará.

A introdução dos conceitos de narcisismo e de ideal do eu possibilitou um avanço essencial na metapsicologia dos estados melancólicos. Até hoje, são dois referenciais fundamentais ao estudo dos quadros depressivos, uma vez que a auto-estima depende de um narcisismo bem estabelecido, e abalos psíquicos depressivos estão sempre vinculados a um desequilíbrio entre a aspiração e a realização. Esses conceitos sofreram vários desdobramentos ao longo da evolução da teoria psicanalítica.

Logo após o texto *Introdução ao Narcisismo* (1914), Freud escreveu seu brilhante ensaio *Luto e Melancolia* (1917[1915]), introduzindo uma contribuição original e essencialmente psicanalítica à metapsicologia da melancolia. É interessante observar que Freud não aspirava com isso abranger todas as melancolias, pretendia apenas explicar um pequeno grupo de fenômenos agrupado sob essa denominação.

Comentou que nem mesmo na psiquiatria descritiva havia uma clareza na definição do quadro melancólico.

Neste texto, foram lançadas as linhas mestras das semelhanças e diferenças entre a melancolia e o processo de luto, tornando clássicos em psicanálise os destinos alternativos de uma perda amorosa ou de um ideal: a elaboração do trabalho de luto (com a recuperação da libido e a volta do interesse no mundo externo), ou o fracasso dessa elaboração e a queda na melancolia. É verdade que também falou de uma terceira possibilidade, a recusa da perda, que poderia levar a uma psicose alucinatória, mas o que foi absorvido pela psicanálise e tornou-se um de seus eixos teóricos fundamentais foram esses dois destinos: a elaboração bem sucedida ou a melancolia.

Ao comparar melancolia e luto, centrando-os em torno da perda, Freud esclarece que algumas pessoas reagem a isso com um quadro de melancolia, provavelmente devido a uma pré-disposição patológica. Já no luto, espera-se que, passado algum tempo, recupere-se o interesse pela vida sem necessidade de qualquer interferência terapêutica.

As características do luto e da melancolia são descritas: um profundo desânimo, perda do interesse pelo mundo externo, inibição da atividade em geral, incapacidade de amar. A diminuição da auto-estima, acompanhada de intensas acusações, podendo culminar até mesmo numa expectativa delirante de punição, é considerada como uma característica exclusiva da melancolia. Além disso, o objeto perdido do melancólico é mais idealizado que o do luto, sendo que, na melancolia, estamos lidando com uma perda que pode ser inconsciente, ou seja, a pessoa não sabe exatamente o que foi perdido daquele objeto, enquanto no luto a perda é consciente. Na melancolia há um empobrecimento extraordinário do eu, enquanto no luto é o mundo que se esvaziou.

Dando prosseguimento à elaboração metapsicológica sobre a melancolia, Freud afirma que, nesta afecção, a libido livre, ao invés de se ligar a um novo objeto, volta-se para o próprio eu, ocorrendo uma identificação do eu com o objeto abandonado. Desde então, “a sombra do objeto recai sobre o eu” (Freud, (1917[1915]/1975:249)

que passa a ser julgado por uma agência especial (futuramente nomeada de supereu) como se fosse o objeto.

A ambivalência em relação ao objeto perdido é outro aspecto fundamental que diferencia os dois quadros, sendo muito intensa nos melancólicos, que se esquivam dela, voltando contra si a hostilidade que sentiam contra o objeto. Também no caso dos obsessivos, que têm como característica uma ambivalência excessiva, o luto pode apresentar uma feição patológica, evidenciada por auto-acusações que chegam a ponto do sujeito se responsabilizar pela morte do objeto. As auto-acusações, tanto na melancolia como na neurose obsessiva, envolvem uma satisfação dos impulsos sádicos, do ódio que se volta contra o próprio eu.

O processo de elaboração do luto, por sua vez, realiza-se através do teste de realidade que, ao evidenciar reiteradamente que o objeto não mais existe, exige que a libido se desprenda do objeto perdido. Entretanto, Freud sublinha que esta exigência não é fácil de ser cumprida. As pessoas tendem a se agarrar insistentemente a seus investimentos libidinosos e não cedem de suas ligações mesmo quando outro objeto se apresenta a elas. Quando essa oposição é muito forte pode ocorrer um aprisionamento intenso no objeto, a ponto de se instalar uma psicose desejosa alucinatória, resultado de um total fracasso do juízo de realidade. As exigências do teste de realidade só podem ser realizadas gradativamente e com muito gasto energético, sendo que, no decorrer do período de luto, a existência do objeto perdido é prolongada no psiquismo. Todo esse processo envolve sofrimento, dor, e é feito muito lentamente, pedaço por pedaço.

Ao introduzir o conceito de pulsão de morte, provocando uma de suas viradas conceituais mais significativas, Freud nos oferece mais um dado metapsicológico de extraordinária importância para o estudo dos estados depressivos. Em 1920, no texto *Além do Princípio do Prazer*, Freud formalizou o que vinha observando em sua clínica: o aparelho psíquico não era apenas regulado pelo princípio do prazer, o homem não buscava só a felicidade, havia algo mais fundamental no aparelho psíquico. Um tom pessimista invade a psicanálise, ela perde sua utópica eficácia e se defronta com o seu

maior inimigo: a pulsão de morte. O derradeiro desejo das pulsões de morte é o estado absoluto de repouso, a inércia, a completa paz.

Observando o brincar infantil, os fenômenos clínicos dos sonhos traumáticos, da repetição transferencial e das compulsões de destino, Freud coloca em questão o que vinha defendendo até então, ou seja, que o psiquismo era regulado pela busca do prazer e evitação do desprazer. Essa tese, diante de certas evidências, não poderia continuar a ser sustentada.

A famosa brincadeira do *Fort-Da* é um exemplo do qual Freud se serve para se questionar sobre a evidência de que a vida psíquica não poderia ser regida apenas pelo princípio do prazer. Diante dos repetitivos lances da criança esconder seus próprios brinquedos, situação interpretada por Freud como uma representação da separação da mãe, fonte de desprazer, fica claro que, apesar da recuperação dos brinquedos e a conseqüente gratificação que isso implicava, havia não obstante uma maior importância do sumiço dos brinquedos nesse jogo. Por que então haveria a insistente repetição da situação desagradável, do desaparecimento da mãe? Algumas possibilidades são sugeridas: o prazer de transformar uma situação passiva em ativa, o prazer de dominar o desprazer esvaziando-o devido às repetições, ou simplesmente o prazer de se vingar da mãe? Sem descartar nenhuma das possíveis explicações Freud pondera também que poderia haver um princípio de repetição que não obedeceria a nenhuma das considerações propostas.

Como justificar sonhos que não realizavam desejos, mas, ao contrário, evocavam um momento extremamente desprazeroso e traumático, que obrigava o sujeito a acordar assustado? Freud levanta a possibilidade desses sonhos ocorrerem para que se pudesse retroativamente elaborar o trauma, ligar as excitações excessivas que permaneceram soltas, provocando um transbordamento no psiquismo.

A situação transferencial é outra dimensão que trai o princípio do prazer, pois em vários casos a única coisa que parece motivar o paciente é a repetição de sua

situação doentia, de situações dolorosas vividas, sem nenhuma verdadeira intenção de cura.

As compulsões de destino constituem outra evidência do fracasso do princípio do prazer. Há vidas que parecem detalhadamente arquitetadas para que se repitam sempre os mesmos infortúnios, as mesmas desgraças, que aparentemente se devem apenas a um azar do destino. Novamente, Freud levanta a possibilidade disso ocorrer como algo que se repete para poder ser elaborado, metabolizado. A falência da ligação provoca perturbações psíquicas, e somente após a ligação ser realizada poderá haver uma dominância do princípio do prazer. Até então, a tarefa de dominar, ligar as excitações, teria precedência no aparelho psíquico. A meta da repetição não é se opor ao princípio do prazer, ela independe dele, muitas vezes desconsidera-o e outras funciona como uma aliada. Vale a pena notar que só em exemplos muito raros podemos observar os efeitos da compulsão à repetição sem a concorrência de outros motivos.

Freud postula, portanto, a existência de uma tendência mais primitiva, mais primordial do aparelho psíquico que seria a compulsão à repetição, anterior ao princípio do prazer, atributo da vida pulsional. Após a constatação dessa tendência, passa ao que ele qualifica como uma especulação, e conclui que essa compulsão à repetição sustenta sua nova hipótese de que a meta da vida é voltar a um estado anterior, inanimado, inorgânico, anterior à vida, criada a partir de perturbações externas. Expõe, dessa forma, o aspecto conservador da pulsão de morte, que visa a volta ao estado anterior das coisas.

As pulsões sexuais são as que se opõe às de morte. Também são conservadoras, pois são peculiarmente resistentes às influências externas, e também preservam a vida por um período comparativamente longo. Somente a elas podemos atribuir um impulso interno para o progresso e para um desenvolvimento superior, são as verdadeiras pulsões de vida. O antigo dualismo pulsional entre pulsões sexuais e de

auto-conservação (pulsões do eu) transforma-se no dualismo entre as pulsões de vida e de morte.

A compulsão à repetição e a propensão ao suicídio, característicos da melancolia, evidenciam a inclusão da pulsão de morte como algo extremamente importante nesse quadro. A falta de movimento desejoso, a pobreza de fantasias, o vazio, a fala repetitiva e esvaziada, são algumas das manifestações da presença maciça da pulsão de morte na vida psíquica desses sujeitos.

Freud, no texto *O Ego e o Id* (1923), continuou sua elaboração sobre a pulsão de morte. Esclareceu que essa classe de pulsões não era tão detectável como as pulsões de vida e reconheceu o sadismo como seu principal representante. As duas classes de pulsão estão sempre fusionadas, mescladas no aparelho psíquico. A pulsão de morte se expressa parcialmente através do aparelho muscular como um impulso destrutivo dirigido contra o mundo. A neurose obsessiva é destacada como uma neurose onde a pulsão de morte se manifesta mais às claras, através da excessiva ambivalência desses sujeitos. Ora, não podemos nos esquecer da importância atribuída à ambivalência como uma das causas responsáveis pela impossibilidade de uma boa elaboração do trabalho de luto. Portanto, há uma dupla manifestação da pulsão de morte nos depressivos: sua imobilidade, sua quase ausência de desejo, sua inclinação para a morte e sua raiva e destrutividade.

No artigo *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924), Freud dá mais um passo em direção à inclusão da pulsão de morte em sua psicopatologia. Associa o princípio de Nirvana (termo cunhado por Barbara Low), não mais ao princípio do prazer, mas sim à pulsão de morte. O propósito de reduzir a nada, ou ao mínimo possível, as somas de excitação que percorrem o aparelho psíquico, passa a ser uma característica da pulsão de morte. Isso é mais claro nas manifestações suicidas e melancólicas dessa pulsão, mas como justificar essa premissa diante da raiva e da destrutividade? Elas também são expressões de que as pulsões de morte estão

ocupando a maior parte da cena, apesar de que, em qualquer caso, o que encontramos é sempre uma fusão de pulsão de morte e libido.

Freud, entretanto, não desiste do princípio de Nirvana. Associa-o à pulsão de morte e o princípio do prazer passa a ser o representante das exigências da libido, sendo o princípio da realidade uma modificação deste último em atendimento às exigências da realidade externa.

O masoquismo, agora primário, passará a ocupar o lugar ocupado anteriormente pelo sadismo, sendo o principal representante da pulsão de morte. O sadismo passa a ser considerado, então, como uma parte do masoquismo que foi dirigida aos objetos externos. Freud classifica três tipos de masoquismo: erotogênico, feminino e moral.

O masoquismo erotogênico - prazer na dor - está presente igualmente na base dos outros dois tipos. O conceito de pulsão de morte serve para dar conta desse fenômeno. A libido, ao se encontrar com a pulsão de morte, tem como função neutralizar seu caminho em direção ao inanimado. Faz isso, como já vimos, dirigindo-a para o exterior e transformando-a em pulsão destrutiva ou vontade de poder. Porém, parte da pulsão destrutiva (pulsão de morte transformada) é colocada diretamente a serviço da pulsão sexual e vira sadismo. Outra parte da pulsão de morte não se dirige ao exterior e permanece no soma, também vinculada à excitação sexual; é aí que podemos reconhecer o masoquismo original, erotogênico.

O masoquismo feminino do qual Freud obteve conhecimento apenas através do estudo de casos clínicos masculinos, diz respeito aos sujeitos cujas fantasias geralmente terminam numa masturbação ou são, elas mesmas, fontes de satisfação. Essas fantasias têm sempre o conteúdo de maus tratos, espancamentos e obediências forçadas. Os sujeitos se colocam sempre numa posição feminina que representa que estão sendo castrados, copulados ou estão parindo um bebê.

Indubitavelmente é a terceira forma de masoquismo, a moral, a que mais nos interessa, pois é ela que mais se aproxima das características da melancolia, tendo

perdido aparentemente seus elos com aquilo que reconhecemos como sexualidade. O que importa é o sofrimento: o masoquista se dirige a qualquer pessoa que pode lhe infligir dor moral. Esses sujeitos estão sempre diante de um sentimento de culpa inconsciente e conseqüentemente de uma necessidade imperiosa de punição. É o supereu que se torna cruel, inexorável com o eu, como representante da pulsão de morte. São pessoas ultramoralistas que vivem à busca de críticas e tormentos. Agem contra si próprios, arruinam seus projetos de vida e podem até mesmo acabar com a sua própria existência.

Freud conclui que o masoquismo moral é uma evidência clássica da fusão pulsional. Origina-se da pulsão de morte e corresponde à parte pulsional que não se dirigiu ao exterior transformando-se em pulsão destrutiva. Ainda assim, ele guarda algum componente erótico. Até a própria destruição do sujeito, portanto, vem acompanhada de uma satisfação pulsional.

A semelhança entre alguns pacientes deprimidos e o masoquista moral é notável. Tanto um como o outro, chamam a atenção pela baixíssima auto-estima e a necessidade imperiosa de se atormentarem. Vivem se auto-criticando, julgando-se incapazes, prontos para transformarem qualquer deslize numa situação dramática, capaz de suscitar um desfile de lamúrias e possíveis punições assustadoras. O pessimismo é uma constante em suas vidas, e justificam isso com a ingênua argumentação de que assim estarão preparados para o desfecho negativo, sem se darem conta do gozo envolvido no flagelo que se impõem. Esses pacientes estão sempre tratando os desencontros e desconfortos banais da vida como prenúncios de tragédias iminentes, nunca antevendo uma possível saída positiva para o momento mais difícil que estão atravessando. A explicação metapsicológica dada por Freud em relação à punição do supereu dos masoquistas morais é exatamente a mesma que deu em 1915 com relação aos melancólicos. A diferença é que, naquela época, ainda não havia formulado o conceito de supereu, valendo-se do ideal do eu.

Podemos, portanto, agregar esta nova descoberta freudiana ao acervo teórico que nos permite abordar uma grande maioria de pacientes acometidos pelo mal da depressão. Não afirmaria que todos os deprimidos sofrem de um masoquismo moral acentuado, pois existe uma classe que não se pune de maneira relevante pelo supereu, sendo o que prevalece nesta categoria de deprimidos é a impossibilidade de aceitação da perda sofrida, com sintomas de inibição e perda de interesse, sono demasiado e cansaço intenso, mas não as autopunições. As pessoas que perderam entes queridos nem sempre se punem, mas podem perder a vontade de viver.

Creio que podemos identificar a manifestação da pulsão de morte nos sujeitos deprimidos também através do movimento contratransferencial provocado por eles, nas sessões analíticas. Trata-se de um sentimento de exaustão que invade o analista, que se sente vampirizado como se tivesse acabado de sair de uma sessão de transfusão sanguínea. As análises de pacientes deprimidos muitas vezes são extraordinariamente cansativas, pois exigem um embate e uma grande mobilização da pulsão de vida por parte do analista que, por sua vez, também é um sujeito que se encontra sob o regime do dualismo pulsional. O analista pode se sentir inconscientemente tentado a expulsar o analisando, por não suportar a avalanche mortífera que o invade. Esvaziado de sua pulsão de vida, pode sucumbir e cair na falta de esperança tão necessária ao processo analítico. A pulsão de morte constitui efetivamente um dos limites mais fundamentais para o andamento de uma análise.

Com *Inibições, Sintomas e Angústia* (1926[1925]) Freud finalizou suas contribuições metapsicológicas mais significativas com relação aos estados depressivos. Ressaltou que as inibições, muitas vezes, têm a função de uma autopunição que serve para evitar o combate com o supereu. Tentou dar conta da inibição geral que caracteriza os quadros de depressão, inclusive o mais grave deles, a melancolia, afirmando que esse processo envolve restrições ao eu impostas como precauções contra os ataques do supereu, ou então o que ocorre é um empobrecimento energético devido ao processo de luto, tarefa extenuante para o aparelho psíquico.

Mas, o aspecto mais importante nesse texto, em relação aos quadros depressivos, diz respeito à ênfase dada à relação de objeto, valorizada como condição estruturante do psiquismo, fundamental no desenvolvimento. O termo desamparo adquire uma definição específica, e é vinculado à extrema dependência do ser humano ao nascer. Como o recém-nascido é inteiramente dependente dos cuidados maternos, a estruturação do psiquismo depende inteiramente da relação com o outro. Gradativamente, o bebê se dá conta de que é o objeto materno ou seu substituto quem satisfaz suas necessidades, e, deste momento em diante, o amor entra em cena. A falta do objeto amado torna-se ameaçadora, dada a extrema dependência da criança. Esta situação deixará como marca indelével a necessidade de ser amada pelo resto da vida.

Freud tentou nesse texto, sem sucesso, diferenciar as situações que provocavam dor, luto, daquelas que suscitavam angústia. Na realidade, os estados depressivos são geralmente acompanhados de angústia, um não exclui o outro, não há uma oposição entre eles. Na nova concepção da angústia, esta é classificada em dois tipos: a automática e a angústia sinal. As duas são produtos do estado de desamparo psíquico do recém nascido que é resultado de sua prematuridade biológica. A primeira consistiria na reação do sujeito ao se encontrar numa situação traumática, provocada por um fluxo de excitações externo ou interno, que não foi capaz de controlar, de elaborar. Já a segunda, consistiria numa reprodução mitigada da angústia automática, que opera como um sinal para que os mecanismos de defesa sejam acionados. A angústia, nesse caso, passa a ser uma função do eu, diferentemente da concepção da angústia anterior a 1926, quando ela era considerada uma transformação da libido represada.

O que realmente é essencial para os casos de depressão, é o valor que Freud confere ao desamparo humano.

Apesar de reconhecer no traumatismo do nascimento o protótipo do estado de angústia, Freud explicita que o nascimento não pode ser experimentado subjetivamente como uma separação da mãe, pois sendo o bebê uma criatura que ele qualifica como

inteiramente narcísica, não pode ter a experiência da mãe como um objeto separado dele.

A angústia é nitidamente observável nas crianças quando elas estão sozinhas no escuro, ou quando se encontram junto a pessoas desconhecidas. Tais situações podem ser interpretadas como expressões do desamparo diante da falta do objeto amado. Portanto, é na ausência da mãe que o perigo está situado, e quando tal perigo aparece, a criança aciona o sinal de angústia, já manifestando, portanto, um aumento na capacidade de auto-preservação. Isso representa uma transição entre a angústia automática e a angústia sinal, reprodutiva e intencional.

A partir de *Inibições, Sintomas e Angústia* (1926[1925]), o termo desamparo passa a ocupar um lugar importante na teorização freudiana, antes ocupado primordialmente pela questão pulsional. A relação de objeto passa a ser valorizada como constituinte da estruturação psíquica, portanto, a relação mãe-filho passa a ter uma importância determinante, antes mesmo da instauração do complexo de Édipo. O estado de desamparo torna-se o protótipo de qualquer situação traumática. O sentimento de desamparo surge diante de uma situação em que a mãe, ou quem a substitui, não alivia a tensão do bebê, e, incapaz de dominar tal tensão, ele é invadido pelas excitações, dominado por elas, e é isso que desencadeia o sentimento de desamparo. Como o recém nascido é inteiramente dependente dos cuidados maternos, a estruturação do psiquismo depende inteiramente da relação com o outro.

Apesar de fundamentar o sentimento de desamparo numa dependência a princípio puramente biológica, Freud vincula o desamparo ao amor, ao dizer que as situações de perigo criam a necessidade de ser amado que nunca mais abandonará o homem. O desamparo é o protótipo da situação traumática produtora de angústia.

Deste momento em diante, a relação de objeto, anterior ao complexo de Édipo, passa a ter um papel importante em Freud. O entrelaçamento do desamparo à angústia, à dependência e ao amor é algo que observamos nitidamente, não só nas crianças como também na vida adulta. O “adulto” é, em maior ou em menor grau, sempre

dependente de seus objetos de amor. É impossível falarmos de amor independente porque, como foi visto, este é um sentimento criado na mais tenra infância, sobre a base de uma dependência biológica, mas que, na verdade, nunca se define apenas no plano biológico. A relação mãe-bebê implica não só uma mãe que atende às necessidades: ela o faz com toques suaves, com uma voz terna, com cuidados gentis. Deste modo, na verdade é tudo o que acompanha o atendimento às necessidades que cria a eterna dependência do homem de ser amado, e não somente a prematuridade biológica do ser humano. Esta é apenas pré-condição para o investimento do laço amoroso.

Devemos à escola inglesa, particularmente a Winnicott e Balint, o aprofundamento da importância do atendimento da mãe ao bebê, mas não se deve esquecer de pagar o tributo a Freud, quando confere importância a esta relação na estruturação do psiquismo.

Penso que essa situação de extraordinária dependência ao amor no ser humano é reforçada quando este se encontra diante de uma situação de luto. A perda de alguém amado nos coloca novamente diante do desamparo, antes camuflado pela presença do objeto de amor, que vem sempre revestido da capa de proteção. Diante do destino incontrolável, o amor nos é oferecido como escudo imaginário contra os perigos da vida. Sem um objeto profundamente significativo, que nos apazigüe, nos console, nos conforte, somos defrontados com nossa profunda e radical solidão. A nostalgia e tristeza são os sentimentos pela perda daqueles que se dedicavam a nós. Além disso, ocorre também a perda narcísica, pois deixamos de ocupar um lugar central na vida de alguém, em outras palavras, tornamo-nos menos importantes. Há duas missões no trabalho de luto: redistribuir esse amor antes concentrado na figura perdida que, imaginariamente, ocupava o lugar de quem efetivamente, outrora, cuidou de nós, e se conformar em ser mais comum, menos especial do que se gostaria de ser.

Apesar da riqueza espantosa do texto *Luto e Melancolia* (1917[1915]), ele permitiu a leitura de que, uma vez terminado o trabalho de luto, a libido poderia se ligar a outro objeto sem maiores ruídos. Não há neste artigo de Freud, nenhuma referência

às cicatrizes e marcas, que acompanharão para sempre àquele que sofreu uma perda significativa. Tal fato deu origem a uma crítica raivosa e injusta por parte de Jean Allouch (1994):

(...)... a idéia de que quem está de luto deveria saldar sua dívida para com seu morto em três tempos parece, no mínimo, descabelada. E não o é menos aquela, transmitida pelo freudismo, segundo a qual quem está de luto já não teria nada a ver com este morto, depois que uma determinada operação tivesse sido efetuada. Chega-se decididamente ao puro grotesco, mas também à grosseria mais caracterizada, uma das mais odiosas contemporâneas, quando se declara que quem está de luto vai poder substituir o ex-vivo por um recém chegado. Que semelhante malevolência tenha adquirido direitos de cidadania é espantoso. Em que desarranjo recaímos para necessitar, até tal ponto, de semelhante rebaixamento da relação de objeto (Allouch, 1994:16)?

Marta Gerez-Ambertin (2002) refuta Allouch, pesquisando na correspondência de Freud provas de que tal não era o sentimento de Freud, diante das perdas significativas que ocorreram em sua vida. Entre os anos de 1917 e 1929 Freud sofreu diversos acontecimentos dolorosos em sua vida que deixaram rastros e cicatrizes comprometedores, confessados pelo autor em sua correspondência.

Em 1917, Freud começou a apresentar os sintomas de um provável carcinoma de gengiva, que foi confirmado em 1923. Sofreu, então, uma cirurgia, sendo obrigado a implantar uma prótese, que prejudicava enormemente sua fala, sua possibilidade de comer bem e seu vício de fumar. Em 1919, Victor Tausk se suicida, e sua filha Sophie e seu paciente e discípulo Anton von Freund morrem em janeiro de 1920. Em carta a Ferenczi, em 12/5/1920 revela que sua dor foi tão grande que resultou em uma das razões de seu envelhecimento prematuro (Jones, 1957). Ainda em outra carta a Ferenczi comenta: “[...] “As invariáveis e recorrentes horas do dever” (Schiller) e “o caro e encantador hábito de viver” (Goethe) contribuirão para que tudo volte a ser como antes. No fundo do meu ser, sinto não obstante, uma ferida amarga, irreparável, narcisista [...]” (Freud, [1873-1939] 1963:371)

Em 1923, outra tragédia abala a vida familiar de Freud. Após a morte de Sophie, aos 26 anos, seu filho menor Henerle que havia ficado sob os cuidados de Mathilde, filha mais velha de Freud, contraiu uma tuberculose incurável e morreu com quatro anos e meio, em 19 de junho daquele ano. Freud tinha um carinho especial por esse neto, que considerava especialmente esperto. Confessa que apesar da imensa dor sofrida pelas outras perdas, essa teria matado algo nele, admitindo à M. Bonaparte que, após esta morte, não se sentia mais capaz de se ligar a ninguém, conservando apenas seus afetos antigos. Esta perda foi mais dolorosa para Freud do que seu próprio câncer (Jones, 1957/1976:105).

Na carta a Binswanger de 12-04-1929 explicita:

Embora saibamos que, depois de uma perda assim, o estado agudo de dor vai diminuindo gradualmente, também nos damos conta de que continuaremos inconsoláveis e de que nunca encontraremos com o que preencher adequadamente o vazio, pois ainda no caso de que ele chegasse a se cobrir totalmente, teria se convertido em algo distinto. Assim deve ser, é o único modo de perpetuar os amores aos quais não desejamos renunciar (Freud, [1873-1939]1963:431).

Essas cartas testemunham, que Freud não pensava que os objetos queridos que perdemos em nossas vidas podem ser substituídos, ou transformados em traços identificatórios, sem deixarem marcas dolorosas em nosso psiquismo. Jamais poderemos voltar a sermos os mesmos, após perdermos ligações tão profundas.

Freud efetivamente tinha sentimentos intensos de dor em relação às perdas da vida, o que torna muito improvável que desconsiderasse, como quer Allouch, os efeitos indelévels que as perdas importantes provocam nos indivíduos. Descreveu os restos de sua dor, referindo-se a “envelhecimento precipitado”, “ferida amarga, irreparável, narcisista”, “vazio imprenchível”. Entretanto, também é necessário levar em conta que, apesar disso, não fez uma tradução teórica de suas vivências e sentimentos, dando margem a interpretações de que um trabalho de luto bem feito não deixaria rastros atrás

de si. Sabemos que mesmo uma elaboração bem sucedida de uma perda, se não provoca um transtorno psíquico, jamais é silenciosa. Um objeto importante perdido sempre nos acompanhará e um a mais de tristeza será incorporado para sempre às nossas vidas.

Freud nos deixou, como legado, contribuições fundamentais para o esclarecimento das depressões: a identificação com o objeto perdido, a questão da ambivalência, o problema narcísico, a pulsão de morte, o supereu cruel, o masoquismo e finalmente o desamparo. Cada uma dessas contribuições foi desenvolvida posteriormente pelos autores que se dedicaram ao estudo das depressões, mas, inegavelmente, o germen foi lançado pelo criador da psicanálise, e são ainda suas concepções que sustentam o que é fundamental para o entendimento dos processos depressivos.

4.2

Karl Abraham – As fases da libido e a ferida narcísica pré-edípica

Abraham (1911,1924) foi um dedicado estudioso dos estados depressivos, e o maior interlocutor de Freud nesse tema, ampliando suas descobertas e contribuições. Valorizou a depressão como um sentimento tão presente nas diversas formas de neurose e psicose como a angústia, mas deu um valor expressivo à depressão neurótica.

Defendia que a psicanálise não deveria fazer “uma separação rígida entre as afecções neuróticas e psicóticas” (Abraham,1924/1970:95), alegando que qualquer indivíduo poderia regredir a qualquer fase do desenvolvimento libidinal. Não se preocupou em diferenciar uma estrutura melancólica psicótica, e utilizou o mesmo conjunto explicativo para dar conta tanto das psicoses como das neuroses onde prevalecia a depressão.

Abraham diferenciou a tristeza da depressão, especificando que, diferentemente da tristeza, a depressão é um sentimento motivado de forma inconsciente, dada à necessidade de se ter que abandonar um objetivo sexual sem se ter obtido a satisfação desejada. A pessoa, diante disso, mergulha no sentimento depressivo, sente-se rejeitada, incapaz para o amor e sua vida torna-se inteiramente sem sentido. Qualquer estado neurótico da depressão tem, como consequência imediata, a negação e o desinteresse pela vida. O tédio invade a cena.

Um neurótico entrará em ansiedade quando seu instinto se esforça para obter uma satisfação que a repressão o impede de atingir; a depressão se estabelece quando ele tem de abandonar seu objetivo sexual sem ter obtido satisfação. Sente-se não amado e incapaz de amar e, dessa maneira, desespera-se quanto à vida e o futuro. Este sentimento perdura até que sua causa deixe de operar, seja através da alteração real na situação, seja através de modificação psicológica das idéias desagradáveis com as quais se confronta (Abraham, 1911/1970:33).

Todo sentimento depressivo implica uma perturbação libidinal, uma incapacidade para o amor. Para Abraham, tal impotência é oriunda de uma posição de ódio, de raiva intensa. Esse ódio é projetado no exterior, e o sujeito deprimido sente-se, conseqüentemente, pouco amado e alega que o mundo lhe dedica esse desamor por causa de seus defeitos insuportáveis, daí sua grande infelicidade. Os impulsos sádicos continuam muito ativos e se revelam nos atos falhos, nos sonhos, mas também aparecem de forma mais clara em desejos de vingança e numa atitude hostil em relação às pessoas. As culpas e as auto-acusações são resultados da supressão desses impulsos inconscientes. Portanto, quanto mais forte for o grau de sadismo reprimido maior será o sentimento depressivo, a angústia e as auto-punições. Apesar do sofrimento, há sempre uma satisfação masoquista em todo esse processo.

O autor destaca a semelhança entre uma psicose depressiva e uma neurose obsessiva grave, que dependem, ambas, de um desenvolvimento anômalo da libido. Nos dois casos, dois afetos opostos – amor e ódio - interferem um com o outro, não se

alcançando uma posição harmoniosa. A atitude hostil para com o mundo externo é de tal ordem, que a capacidade para o amor se torna ínfima. Dada a incapacidade do obsessivo de firmar sua posição libidinal, vive invadido pela incerteza, daí seu sintoma dubitativo. Incapaz de tomar decisões firmes, se sente desamparado e inábil para os problemas da vida. A incapacidade de amar é que determina o estabelecimento de um estado depressivo. É, como foi visto, o ódio que impede a capacidade de amar de se desenvolver.

Toda depressão vem acompanhada de inibição que, quando atinge seu grau mais intenso, como no estupor depressivo, metaforiza uma morte simbólica. O sujeito comporta-se como se não estivesse mais vivo. A libido desaparece, daí a constante idéia de miséria econômica, uma vez que, como já havia destacado Freud, a libido é facilmente identificável com o dinheiro. Encontramos comumente na clínica esta relação de equivalência simbólica entre potência pecuniária e sexual.

Abraham (1924) propõe, como explicação para o estabelecimento de um quadro melancólico, a regressão a uma fase primitiva do desenvolvimento da libido. Acentua a dimensão evolucionista, já presente na obra freudiana, particularizando as fases do desenvolvimento libidinal e criando subdivisões das fases oral e anal:

1. Fase oral primitiva: auto-erótica e pré-ambivalente.
2. Fase oral posterior: narcísica com incorporação total do objeto e ambivalente.
3. Fase sádico-anal primitiva: prevalência das tendências hostis em relação ao objeto (de destruí-lo e perdê-lo), e ambivalente.
4. Fase sádico-anal posterior: predominam as tendências a controlar e reter o objeto, ainda ambivalente.

Acompanhando Freud, o autor afirma que, após ter perdido o objeto de amor, a pessoa o recupera através do processo de introjeção. Destaca dois processos como necessariamente constituintes da melancolia – a regressão da libido à fase oral e o mecanismo da introjeção. Equaciona a introjeção à incorporação do objeto do amor, sendo que a depressão implica uma regressão à fase oral posterior. Nesta fase, a criança troca o sugar pelo morder, incorpora o objeto em si próprio e assim o destrói. Predominam nesse momento os impulsos canibalescos. Quando uma criança se sente atraída por um objeto, tentará sua destruição, iniciando-se, assim, no psiquismo, o sentimento de ambivalência.

Após a perda do objeto, o melancólico regredirá a um nível libidinal que inclui em sua conformação um sentimento de ambivalência muito intenso. Tal sentimento se traduz numa ameaça de destruição do objeto pela devoração. É só muito gradualmente que a ambivalência se atenua e o sujeito se torna mais suave com seu objeto. A experiência psicanalítica e a observação de crianças evidenciaram que o grupo de pulsões que busca a destruição do objeto é o mais antigo ontogeneticamente. De qualquer forma, Abraham concorda com Freud que no início a libido é auto-erótica, sendo o próprio eu seu alvo do investimento libidinoso, que só posteriormente irá se dirigir aos objetos externos.

Existe, portanto, nos quadros neuróticos, uma estreita aliança entre as forças destrutivas advindas das diferentes fontes da sexualidade. No caso dos depressivos-melancólicos, conjugam-se as forças da fase anal primitiva e da fase oral posterior. A regressão à fase sádico-anal também caracteriza os obsessivos, mas a maior diferença entre a neurose obsessiva e a melancolia é que neste último caso há um rompimento radical com o objeto amoroso e o laço de ódio que se mantém se evidencia por uma identificação narcísica, ou seja, parte do eu se transforma em objeto mau, abandonador. Já na neurose obsessiva não se verifica uma extinção do objeto, há uma oscilação entre reter e expulsar o objeto, amá-lo ou odiá-lo.

O melancólico afasta-se não só do objeto privilegiado de sua vida emocional, mas gradativamente, de todas suas ligações, chegando até a se desinteressar por sua vida intelectual, prazeres sociais etc. Entretanto a observação cuidadosa revela que, mesmo antes da perda de seu objeto querido, já mostrava um grau de ambivalência considerável em relação a todos esses interesses. Abraham, acompanhando e enfatizando ainda mais a posição de Freud, dá um valor determinante à ambivalência exagerada como um fator fundamental na depressão.

Um outro fator decisivo para o estabelecimento de uma depressão-melancólica desse tipo diz respeito às perturbações narcísicas. Além do fator constitucional, expresso numa exacerbação do erotismo oral responsável por uma fixação, considera como igualmente determinante na etiologia da depressão uma perturbação na relação de objeto. Afirma que a depressão pressupõe uma grave lesão no narcisismo infantil, fruto de freqüentes desapontamentos amorosos nas primeiras relações objetais. Apesar de constatar que a melancolia só é deflagrada devido a um desapontamento amoroso, considera que isso só precipitará uma patologia se, inconscientemente, essa experiência for vivida como uma repetição da situação traumática infantil original. O melancólico exhibe sentimentos muito hostis para com todas as pessoas que frustraram suas demandas narcísicas de amor. Freud já detectara que as auto-acusações desses pacientes eram, na verdade, dirigidas ao objeto amado que os abandonara. Abraham amplia esse entendimento, especificando que a ira é dirigida ao objeto mais primitivo, depositário na infância de todo amor dessas pessoas.

Não pode haver dúvida de que uma crise de depressão melancólica é provocada por um desapontamento amoroso...Somente uma análise minuciosa pode descobrir as ligações causais entre o fato e a doença. Tal análise invariavelmente demonstra que esse acontecimento teve um efeito patogênico porque o paciente pôde encará-lo, em seu inconsciente, como uma repetição de uma experiência traumática infantil original, e tratá-lo como tal (Abraham, 1924/1970: 117).

O autor supõe que o menino é mais afetado por esse desapontamento amoroso precoce na relação com a mãe, sendo ela e não o pai o alvo preferido dos sentimentos hostis. Não nega que o pai também é alvo da hostilidade, mas lança as bases para uma etiologia das neuroses, especificamente das depressões, além do complexo de Édipo.

Quanto à relação do luto normal com a melancolia, aceitou as contribuições freudianas sobre as diferenças e semelhanças entre esses dois estados, mas, além disso, defendeu a posição de que tanto a psicologia da melancolia como a do luto não estavam ainda claramente estabelecidas. A metapsicologia do processo de luto é muito superficial, a psicanálise ainda não havia esclarecido suficientemente como se processa o luto nas pessoas tidas como normais.

Abraham concordou com Freud que no luto, tal como na melancolia, a pessoa também realiza uma introjeção do objeto amado, mas nesse caso ela é temporária; tal mecanismo é utilizado para vivificar o objeto perdido. Além disso, acrescentou uma contribuição original ao afirmar que no luto existe algo análogo à reversão da melancolia para a mania. Quando uma pessoa desprende gradualmente a libido do objeto, muitas vezes manifesta um aumento dos desejos sexuais, assim como uma intensificação maior das formas pulsionais sublimadas, evidenciando maior iniciativa e uma ampliação de interesses intelectuais. Muitas vezes ocorre uma gravidez. Essa observação, segundo Abraham encontra respaldo nos estudos de Róheim sobre os cerimoniais primitivos do luto, onde o autor comprova que, no homem primitivo, após o período de luto há uma erupção da libido, que finaliza com a matança simbólica e a ingestão do ser morto, acompanhado de um prazer claramente exibido. Conclui que o aumento das atividades libidinais poderia ser uma réplica esmaecida dos rituais de morte arcaicos.

Apesar da ênfase dada à regressão e seu comprometimento com etapas evolutivas rigidamente demarcadas, Abraham foi quem primeiro valorizou o narcisismo infantil ferido como responsável pelo desenvolvimento dos quadros depressivos. Ao declinar a etiologia de uma crise depressiva destaca: “Uma grave lesão ao narcisismo

infantil, produzida por sucessivos desapontamentos amorosos” (1924/1970:119) – ou ainda:

A ocorrência do primeiro desapontamento amoroso importante antes que os desejos edípicos houvessem sido superados — A minha experiência tem sido invariavelmente a de que o menino é mais profunda e permanentemente afetado pelo grande desapontamento amoroso que recebe de sua mãe, se este acontece numa época em que sua libido ainda não superou adequadamente o estágio narcísico (1924/1970:119).

Pode-se supor que foi ele quem serviu de inspiração aos autores modernos, que responsabilizam inteiramente as experiências pré-edípicas como determinantes nas melancolias, como veremos posteriormente. Abraham nos deixou esse legado, compartilhado, até hoje, por muitos práticos e teóricos da psicanálise.

Se por um lado essa contribuição foi de enorme importância, por outro, alguns autores, como veremos posteriormente, acentuaram excessivamente esta fase da vida para construir as suas metapsicologias das depressões. A ferida narcísica pré-edípica é, efetivamente, um fator fundamental para a compreensão dos quadros melancólicos, mas não creio que possamos reduzir os fatores responsáveis por qualquer quadro depressivo a ela. O narcisismo humano está sempre em equilíbrio instável, sujeito a rupturas diante de certos fracassos na vida. O destino e o acaso têm mais poder de determinação do que nós psicanalistas gostaríamos. Muitas vezes, apegamo-nos a certas fórmulas de felicidade na ingênua esperança de escaparmos do incontrolável da vida. O narcisismo pré-edípico ferido da concepção de Abraham, ou a pré-disposição patológica de Freud, são fatores extremamente importantes na determinação da melancolia, mas mesmo na ausência deles estamos sujeitos à neurose depressiva.

4.3

Melanie Klein – A pulsão de morte em sua vertente destrutiva e o sentimento de solidão

Para Melanie Klein e seus seguidores, a depressão assume o importante papel de uma posição fundamental na relação do sujeito com a mãe ou um substituto materno. Corresponde a uma fase estruturante, responsável pela possibilidade de uma boa organização psíquica e pelo estabelecimento de uma posição que, quando não chega a ser bem consolidada, leva a distúrbios psíquicos que, dependendo da intensidade, podem variar de uma neurose a uma psicose. Em outras palavras, para Klein a depressão pode se constituir num quadro clínico neurótico ou psicótico, e o que vai determinar um caso ou o outro não é uma qualidade diferente, um novo operador, mas sim a maneira pela qual o sujeito elaborou a posição depressiva. O fracasso dessa operação é que determinará o quadro clínico, e, além disso, este fracasso não é radical, absoluto, ele se dá em diferentes intensidades, sendo seu grau o que levará o sujeito a uma neurose ou a uma psicose.

Seguindo a linha de seus mestres Freud e Abraham, Klein desenvolve uma metapsicologia em torno dos objetos internos, inspirada pelo Freud de *Luto e Melancolia* (1917[1915]). Para ela, as relações de objeto existem desde o início da vida, sendo que o primeiro objeto é o seio materno, que é dividido entre o seio bom e o seio mau, divisão essa que preserva uma separação entre o amor e o ódio. A construção do eu se faz através dos mecanismos de projeção e introjeção, que também funcionam desde o início da vida. Portanto, desde os primórdios, a criança aparentemente se relaciona com dois objetos distintos, seio bom e mau: ainda não existe um objeto total, mas sim objetos parciais. Aparentemente, pois como veremos posteriormente o bebê não é capaz de discriminar o que é dele e o que é do seio, ou posteriormente da mãe, ou seja, não reconhece com precisão a alteridade.

O bebê, desde o início de sua vida, possui uma vida fantasiosa intensíssima, onde as pulsões amorosas e destrutivas se traduzem através de fantasias cujo jogo introjetivo e projetivo acabará por constituir o eu infantil.

O primeiro período é chamado de posição esquizo-paranóide, onde o impulso destrutivo é dirigido ao seio materno e se expressa em fantasias de ataques sádico-orais, que logo se estenderão a todo corpo materno. Surgem, então, decorrentes da projeção dos ataques destrutivos, as ansiedades persecutórias, que só serão amenizadas após a elaboração da fase depressiva, quando o objeto bom e o mau se unirem em um só. Inicialmente, portanto, há uma cisão do objeto - seio bom e mau - que será posteriormente unificado com o desenvolvimento, quando a relação parcial se transformará em relação total.

Quando ocorre a fusão, aparece o sentimento de luto e de culpa fruto dos ataques realizados contra o objeto bom. Só após o objeto ter sido amado como um todo, sua perda pode ser sentida como total (Klein,1934).

No início, não existe a possibilidade do bebê discriminar o que é provocado por ele e o que, efetivamente, advém do seio e posteriormente da mãe, pois, como descreve Klein, a ansiedade persecutória é fruto do próprio ataque fantasioso do bebê, que ao temer os ataques do seio evidencia uma indiscriminação entre ele e o seio, a mãe. O que ele sente é o que a mãe sente. Somente com o estabelecimento da posição depressiva é que existe um mecanismo reparador e, aí sim, podemos concluir pela existência de dois objetos separados: a mãe e o bebê. Quando ocorre a união dos objetos bom e mau, aparece o sentimento de luto e de culpa, fruto dos ataques realizados contra o objeto bom.

A posição depressiva implica, quando bem elaborada, que o objeto bom introjetado age como um ponto estruturante do eu, constitui uma parte vital deste, tendo uma extraordinária importância para o desenvolvimento do eu e suas relações de objeto. Vale a pena lembrar que a introjeção do objeto bom inicia-se na posição esquizo-paranóide, solidificando-se ou não na posição depressiva: “Sustento que uma

boa relação com o mundo depende do sucesso alcançado na luta contra o caos interior (a posição depressiva) e em ter estabelecido com segurança objetos bons internos” (Klein, 1940/1975:282). O estado depressivo fundamenta-se no estado paranóico e deriva dele. “Considero o estado depressivo como o resultado de uma mistura de ansiedade, sentimentos e defesas dolorosas, relacionados com a iminente perda de todo objeto amado” (Klein, 1934/1975:26).

A concepção de Melanie Klein implica uma relação direta do objeto com a estruturação do eu. O mundo interno se constitui nessa relação com o objeto, especialmente a mãe, e o amor e compreensão da mãe, nas palavras da autora, são fatores fundamentais para se poder ultrapassar os estados de desintegração e a angústia de natureza psicótica, próprios da posição esquizo-paranóide. Portanto, a configuração do eu depende não só da natureza pulsional de cada um como também da resposta materna às manifestações da pulsão de morte. É essa resposta aliada à pulsão de vida que restaura os objetos e o eu, pois na teorização kleiniana todas as fantasias dirigidas ao objeto atuam diretamente no eu, que se constitui, como já vimos, através dos mecanismos de projeção e introjeção. Portanto, apesar da extraordinária ênfase dada ao mundo interno na teorização kleiniana, o eu depende e é constituído na relação intersubjetiva com o outro externo: “O aumento de amor e confiança e a diminuição dos temores através de experiências felizes, ajuda à criança a vencer passo a passo sua depressão e sentimento de perda (luto)” (1934/1975:281).

A posição depressiva bem elaborada propicia uma boa estruturação do eu e um relacionamento objetal predominantemente positivo. Porém, esse processo é complexo, sujeito a percalços, podendo desembocar em quadros neuróticos ou psicóticos.

A ação da pulsão de morte é incessante e, muitas vezes, apesar da introjeção do objeto bom, o sujeito não consegue preservar este objeto dos impulsos destrutivos. Se o objeto bom internalizado sucumbe aos ataques destrutivos, isso aparecerá posteriormente para o sujeito como um sentimento de perda de amor e,

conseqüentemente, como depressão, oriunda da incapacidade do sujeito de preservar o objeto bom dentro de si.

Na perspectiva kleiniana, o objeto bom está sempre em equilíbrio instável, ameaçado pelos impulsos destrutivos; concomitantemente, o eu também está sujeito à destruição, pois a estabilidade do eu depende da manutenção do objeto bom internalizado.

Tanto nas crianças como nos adultos que sofrem de depressões, existe o medo de estar internalizando objetos, especialmente os pais, mortos ou moribundos, e da conseqüente identificação do eu com os objetos nessa situação. Qualquer experiência externa que sugira a perda do objeto amado real externo estimula também o medo de perder o bom objeto que foi internalizado.

Os processos internos, que se definem posteriormente como perda de amor e que levam à depressão, estão determinados pela sensação do sujeito de ter fracassado em salvar o bom objeto internalizado. Portanto, os primeiros processos de introjeção, tanto normais quanto patológicos, são fundamentais para a etiologia dos quadros clínicos, além da disposição libidinal constitucional.

Melanie Klein utiliza os mecanismos de projeção e introjeção num duplo sentido, não excludente. Tanto servem para a própria constituição do eu, como funcionam como mecanismos defensivos contra ansiedades extremas. A criança pode se sentir impulsionada a repetir constantemente o mecanismo de incorporação de um objeto bom, ou porque se sente em parte temerosa de tê-lo perdido dado seu canibalismo, ou também, porque teme seus perseguidores internalizados, precisando da ajuda do objeto bom para vencê-los. Nesse momento, o eu usa o mecanismo de introjeção do objeto bom como um mecanismo de defesa.

Esses mecanismos também entram na composição do supereu e servem de suporte para nos esclarecer a severidade excessiva do supereu, como a que ocorre nos sujeitos melancólicos. As perseguições e exigências dos objetos maus internalizados, os ataques desses objetos uns contra os outros, a necessidade de corresponder às

exigências dos objetos bons, protegê-los e aplacá-los, a oscilação do objeto bom que pode se transformar em mau, todos esses fatores se misturam e causam no eu a sensação de estar sujeito a condições impossíveis de serem cumpridas, advindo daí os sentimentos de culpa.

Inicialmente, o eu mantém separados os objetos bons dos maus, e isso tem como consequência a construção de objetos extremamente perfeitos ou então muito cruéis, daí que os objetos amados são muito morais e exigentes. Mas o eu não consegue manter inteiramente separados os objetos bons dos maus, e o que ocorre é que parte da crueldade do objeto mau é transferida para o objeto bom que se torna ainda mais exigente. “Quanto maior é a ansiedade de perda dos objetos amados, maior é a luta do eu para salvá-los, e quanto mais difícil for a tarefa da reparação, mais duras se tornam as exigências associadas ao supereu” (Klein, 1934/1975:26).

No caso dos depressivos, a ansiedade de que os objetos bons e com isso o eu sejam destruídos, encontra-se mesclada com esforços contínuos e desesperados para salvar os objetos bons internos e os externos. Não confiam em sua capacidade de restaurar o bom objeto.

Para Klein, diferentemente de Freud, as auto-acusações e os sentimentos de desvalorização dos depressivos não expressam, na verdade, um ataque ao objeto perdido e introjetado, mas significam que o eu possui um saber inconsciente de que, assim como existe o amor, existe o ódio, e que este pode dominar a cena. É justamente esse saber que provoca a dor, os sentimentos de culpa e o desespero que formam a base da tristeza. Quando começam a depressão e a dor, prevalece o interesse pelo bom objeto. Klein clarifica que estes sentimentos são experimentados de forma completamente diferente pelo adulto e pela criança, já que esta obtém, de vez em quando, o alívio proporcionado pelo amor da mãe. Mas, estes sofrimentos, conflitos e sentimentos de culpa e remorso, resultantes da relação do eu com seus objetos internalizados, já estão ativos no bebê. Se o bebê fracassa na elaboração da fase depressiva, não conseguindo estabelecer internamente um bom objeto, estará

condenado a desenvolver um quadro patológico. Quanto mais a criança puder desenvolver uma boa relação com sua mãe real, mais chances terá de poder internalizar o bom objeto. Entretanto, para a autora, só isso não é suficiente, pois essa internalização depende também da saída que achará para o conflito entre o amor e o ódio incontrolável.

Acompanhando Freud, Klein, em seu artigo *O Luto e sua Relação com os Estados Maníaco-Depressivos* (1940), traça um paralelo entre o trabalho de luto e a posição depressiva, valorizando o juízo de realidade como fundamental em um processo mental precoce, semelhante ao luto do adulto, que atua na elaboração da fase depressiva. Considera que a criança, desde muito cedo, já experimenta sentimentos comparáveis ao estado de luto no adulto e o juízo de realidade é o método mais importante para que a criança os ultrapasse.

O desmame é o momento em que os sentimentos depressivos atingem maior intensidade, o protótipo do sentimento de dor. O objeto de luto é o peito materno e tudo o que ele representou na mente do bebê: amor, bondade e segurança. A criança fantasia essa perda como obra de seus próprios impulsos destrutivos. Tais fantasias, à medida que a criança se desenvolve, dirigem-se a todo seu círculo familiar e, como já vimos, a dor provocada pelo medo de perder seus objetos bons, ou seja, a posição depressiva, constitui a fonte mais fundamental de conflitos dolorosos.

Vimos anteriormente que Melanie Klein destacava dois fatores como fundamentais para a elaboração da posição depressiva. À própria constituição pulsiva do bebê e à relação amorosa com a mãe, acrescenta um terceiro fator que é o juízo de realidade, responsável pela possibilidade de correção e comparação entre a realidade externa e interna. Não basta, portanto, que a realidade externa seja amorosa e tranquilizadora, é preciso que o juízo de realidade entre em ação e possa referendar a realidade externa.

Uma vez processados os temores destrutivos, a criança incorpora os pais e os sente vivos dentro dela. Estrutura-se um mundo interno inconsciente que corresponde

aproximadamente à realidade externa, embora sempre permeado pela fantasia, o que nos leva a considerar, que a relação do sujeito com o objeto externo é sempre mediada pelas pulsões, não cabendo nesta concepção a possibilidade de uma relação “objetiva” com a realidade externa.

A criança cercada por um mundo externo tranqüilo desenvolverá um sentimento de segurança interna e um mundo interno mais harmonioso. Klein também valoriza acontecimentos desprazerosos como importantes para o desenvolvimento do eu, pois se apesar deles a criança consegue conservar o amor pelos objetos e o amor que os objetos dirigem a ela, torna-se menos vulnerável aos acontecimentos externos mais perigosos.

Mesmo supondo-se uma boa resolução da posição depressiva, o sujeito continua a sofrer a ação das vicissitudes pulsionais e, toda vez que experimenta a perda de alguma pessoa amada e significativa, reativa-se a posição depressiva precoce com suas ansiedades, dor e culpa. A dor que se sente no processo lento do juízo de realidade, no trabalho de luto, deve-se não somente à necessidade de se renovar os vínculos com o mundo externo, mas também se impõe pela necessidade de reconstrução do mundo interno que se encontra sob ameaça de desmoronamento. Evidentemente, existem diferenças entre a posição infantil e o luto normal. Quando a criança perde o peito materno, ela ainda não estabeleceu uma boa *imago* materno, daí a enorme importância da presença da mãe real. Uma boa *imago* materna, sem dúvida, favorece o trabalho de luto, mas, mesmo assim, o sujeito precisa estar cercado de pessoas que o querem e podem compartilhar sua dor. Se puder aceitar o amor e a compaixão dessas pessoas, a harmonia de seu mundo interno se restabelecerá com mais facilidade.

Outro aspecto que identifica como a base do desenvolvimento da depressão diz respeito ao sentimento de solidão (Klein, 1963). Segundo a autora, uma relação primitiva satisfatória entre o bebê e a mãe pressupõe um contato íntimo de inconsciente a inconsciente. Tal experiência é pré-verbal e é qualificada como a experiência de

compreensão mais radical, mais absoluta que o homem pode ter. Por mais que, posteriormente, consiga comunicar seus sentimentos em palavras, permanecem no sujeito uma nostalgia e um anseio pelo período em que obtinha tal compreensão sem precisar fazer qualquer esforço.

O homem não cessa de desejar a volta desse estado de coisas, e é isso que constitui uma das raízes do sentimento de solidão, versão kleiniana do desamparo, oriundo da sensação de uma perda irremediável. A solidão humana é ineludível. Ela é apenas mitigada com o amor que recebemos daqueles que nos cercam. A autora lança mão de seus pressupostos teóricos, a posição esquizo-paranoide, a depressiva e suas elaborações, para dar conta da possibilidade que o sujeito tem de desenvolver relações amorosas que o ajudem na alegria de viver. Entretanto, mesmo que sejamos muito bem sucedidos em nosso desenvolvimento, o sentimento de solidão é constitutivo do ser humano.

Vários tipos de defesas podem ser construídos contra o sentimento de solidão, a ponto dele não ser experimentado conscientemente. Desde uma dependência extraordinária ao objeto amado, a renúncias a qualquer tipo de relacionamento. De qualquer forma, mesmo no desenvolvimento normal, há sempre uma necessidade intensa de se buscar objetos externos, já que os relacionamentos afugentam, pelo menos parcialmente, o sentimento de solidão, e a presença amorosa de pessoas emocionalmente significativas para cada um é o que pode mitigar, minorar o sentimento de solidão.

Na teoria de Melanie Klein, o que é mais fundamental e radical é a ação das pulsões e o sentimento de solidão, que o sujeito está fadado a elaborar permanentemente, mas esta autora, vale a pena destacar, também valorizou a dependência emocional dos sujeitos aos objetos amorosos, embora sempre num plano muito menos importante do que o do campo pulsional.

Portanto, Klein supõe que o sujeito está sempre submetido ao jogo pulsional e, mesmo que atravesse a posição depressiva construtivamente, permanecerá sujeito à

possibilidade de desenvolver um quadro depressivo. A tão pretendida estabilidade e invulnerabilidade psíquica não encontram ressonância na teorização kleiniana, onde o sujeito depende, também, do olhar amoroso do outro, para manter o equilíbrio instável de seu mundo interno, sujeito a desorganizações diante das perdas da vida. Sem dúvida, essa teoria valoriza extraordinariamente a relação precoce com a mãe e as primeiras vitórias contra as pulsões destrutivas, como condição para uma boa estruturação do eu capaz de promover uma relação mais harmoniosa do sujeito com o mundo. Entretanto, isso não implica que o sujeito, mais tardiamente na vida, não possa, de qualquer forma, fracassar na elaboração de uma perda e desenvolver uma sintomatologia depressiva.

Os teóricos da depressão que estudamos até agora valorizaram mais o ódio, a voracidade, a agressividade pulsional, as fantasias destrutivas como os fatores etiológicos responsáveis pelos quadros depressivos. Foi a partir de Winnicott, Balint e outros, que se deu um valor determinante à relação mãe-bebê, que passará a ocupar o principal papel no estabelecimento de um quadro depressivo.

4.4

Donald W. Winnicott – A mãe suficientemente boa, o falso self

Winnicott (1963) considera a depressão como um distúrbio mental que pode variar de uma psicose a uma psicose. Na vertente da psicose, pressupõe que haja uma maior integração e maturação do self do que nos quadros psicóticos. A diferença é determinada por graus de integração. Acompanhando Klein, acredita que o conflito na depressão tem a ver com a tarefa individual de cada um de acomodar a própria agressividade e destrutividade. Especifica que, mesmo quando se trata de uma depressão neurótica, a dinâmica da relação transferencial analítica estará mais

fortemente caracterizada como uma relação a dois, baseada no que era originariamente a relação mãe-filho.

No que diz respeito às depressões psicóticas, que associa à esquizofrenia, Winnicott dá um valor especial à perda, mas circunscreve essa perda como de algo mais obscuro, relativa a uma época muito precoce da vida do indivíduo. A perda pode ser, por exemplo, de certos aspectos da boca do bebê que desaparecem junto com a mãe e o peito, quando há uma separação mais precoce do que a desejável, ou seja, quando o bebê ainda não se desenvolveu o suficiente para lidar com perdas. A mesma perda da mãe, se tivesse ocorrido alguns meses depois, poderia ter sido apenas uma perda de objeto, sem incluir este elemento de perda de uma própria parte do sujeito.

Winnicott, apesar de categorizar duas depressões - a reativa e a esquizóide, não pretende estabelecer uma diferença de ordem estrutural. Não há, segundo este autor, uma linha clara de demarcação diferenciando uma patologia da outra. Defende que numa patologia pode-se esperar qualquer tipo de mistura, alternâncias que oscilam de uma manifestação neurótica a uma psicótica.

Apesar de considerar que, no caso do diagnóstico de uma depressão do tipo neurótico, supõe-se um eu mais organizado, e aceitar a teorização kleiniana sobre a posição depressiva, acrescenta que o depressivo tem características esquizóides e valoriza a confiabilidade no *setting* analítico e o *holding* como fundamentais na terapia.

Winnicott critica a contribuição kleiniana argumentando que ela retrocede demais na idade da criança, concebendo seus mecanismos num momento da vida em que, para este autor, ainda não é possível falar de dois objetos. Crê que nessa fase da vida a criança não existe separadamente da mãe, não se poderia ainda falar de um *self* infantil.

Além disso, também não é muito simpático à terminologia kleiniana, pois segundo seu ponto de vista, os bebês não demonstram absolutamente um sentimento depressivo, mas valoriza esta fase como um movimento que parte da crueldade ao remorso (Winnicott, 1962).

As depressões que diz encontrar na clínica e na psiquiatria não são do tipo “posição depressiva”. Relacionam-se muito mais às despersonalizações ou à desesperança nas relações objetais, ou à sensação de futilidade, advindas do desenvolvimento de um falso *self*, e isso é anterior à fase depressiva (Winnicott,1954).

Formado na tradição kleiniana, Winnicott não se preocupa em demarcar com clareza suas diferenças em relação ao pensamento kleiniano. Aceita algumas contribuições de Melanie Klein e critica outras, ficando num meio do caminho, em relação às premissas teóricas da autora.

Tentaremos valorizar suas contribuições para o entendimento das depressões, especificando aquilo que é sua produção original, mas sempre levando em consideração que também incluía, em sua perspectiva, a importância da má elaboração da destrutividade nos casos dos depressivos.

O autor afirma, em 1963, que a preocupação não pode ser equacionada à culpa. O sentimento de culpa envolve, necessariamente, uma ansiedade ligada à ambivalência; isto pressupõe um certo grau de integração do eu, que permita a manutenção de uma imagem objetal boa, ao mesmo tempo em que tal objeto é vítima de destrutividade. Quando tratamos de preocupação com o objeto, já falamos de um grau de integração maior: o indivíduo gosta e se importa, sente e aceita a responsabilidade. A capacidade para a preocupação ocorre antes do Édipo, e só é desenvolvida a partir de uma maternagem suficientemente boa.

Para Winnicott, não há isso antes do eu. Admite um funcionamento do isso, mas ele é integrado ao eu e se torna uma experiência do eu. Afirma que: “Não há nenhum sentido em usar a palavra ‘isso’ para fenômenos que não são cobertos, catalogados, experienciados e eventualmente interpretados pelo eu em funcionamento” (Winnicott, 1962/1974:56).

Se existe uma vida instintiva à parte do eu, ela pode ser perfeitamente ignorada, pois, neste caso, a criança ainda não seria alguém que sofre experiências, ou seja, ela

não estaria ainda funcionando num nível psíquico, e é isso que interessa à psicanálise. Portanto, para ele, o começo do psiquismo equivale ao começo do eu. Esse eu será forte ou fraco dependendo da qualidade da relação com a mãe ou com quem cuida do bebê.

O termo “mãe suficientemente boa” é criado para designar a mãe que consegue ir de encontro às necessidades do bebê, necessidades físicas e psíquicas, e que possibilita, graças a esses bons cuidados, que o bebê se desenvolva de forma integrada, pois o bebê tem a capacidade de relacionar o ambiente externo aos objetos subjetivos.

O que Winnicott chama de função materna não é a capacidade da mãe de alimentar o seu bebê ou satisfazer seus impulsos orais, mas presume que só a mãe que concebe seu bebê como alguém que está o tempo todo à beira de uma ansiedade disruptiva é que consegue realizar o bom exercício desta função, mantendo esta ansiedade afastada. A partir de repetidas situações em que a ameaça de interrupção não ocorre, o eu vai se fortalecendo e se tornando capaz de suportar cada vez mais situações de frustração. Percalços nessa relação, impossibilidades maternas de conter essas ansiedades, sempre prestes a ocorrer, causam distúrbios psíquicos que podem ser muito sérios, até o desencadear de processos esquizofrênicos. As satisfações pulsionais são consideradas como importantes para o fortalecimento do eu, mas o autor só as valoriza quando podem ser integradas numa experiência do eu, e as considera secundárias à dependência dos cuidados maternos.

No início não há uma separação entre a mãe e o bebê. Não existe possibilidade da criança discriminar o que é externo ou interno: a mãe é parte da criança. Winnicott cria o termo não-integração, que é diferente de desintegração, para discriminar este estágio precoce, quando o bebê confia inteiramente na função integradora do eu materno. Reserva o termo desintegração a um sofisticado processo defensivo contra o estado de não integração, que consiste na produção de um caos, e ocorre quando a ausência de um suporte maternal provoca uma ansiedade insuportável. É um processo defensivo porque, apesar do caos da desintegração poder ser tão ruim quanto a não

confiabilidade do ambiente, tem a vantagem de ser produzido pelo próprio bebê e estar na área de onipotência dele.

Como já foi observado, no início não existe relação de objeto na perspectiva do bebê, pois a mãe é parte dele. O início da relação de objeto é complexo e novamente depende do funcionamento ambiental, ou seja, só se inicia se o meio proporciona os objetos de forma tal que a criança sente que cria o objeto. Isso ocorre aproximadamente da seguinte forma: a mãe oferece um objeto ou uma manipulação que vem de encontro à necessidade do bebê, daí em diante ele começa a precisar exatamente do que a mãe ofereceu, concomitantemente começa a se sentir confiante, se sente capaz de criar objetos e o mundo real.

Na medida em que vive um relacionamento com a mãe predominantemente confiável, amoroso, onde a mãe funciona como suporte do eu, estarão criadas as condições favoráveis a uma boa integração, a um bom desenvolvimento. O sentimento de onipotência necessário e capaz de proporcionar a indispensável aceitação gradual da realidade, da desilusão, só poderá ser desenvolvido se a mãe, logo após o nascimento do bebê, encontrar-se num estado denominado de preocupação materna primária, que consiste numa identificação com o bebê, um saber sobre como e o que o bebê está sentindo. Só com uma ligação desta natureza é que a mãe poderá ter bons encontros com seu filho, o que possibilitará a criação de um verdadeiro *self*.

O conceito de *self* é fundamental para a compreensão das depressões, que são estados que envolvem sentimentos de vazio, de desesperança, subentendendo uma falta de confiança nas relações intersubjetivas. Tal termo não foi criado por Winnicott, já estava presente tanto na psiquiatria, como na filosofia, e até mesmo em certos sistemas religiosos. O falso *self* dá a uma pessoa uma sensação de inconsistência de ser, e é uma organização presente, de forma passível de gradações, tanto em indivíduos normais como em neuróticos e psicóticos. Todos desenvolvem um falso *self*, mas é sua proporção em relação ao verdadeiro *self* que determinará o grau de comprometimento de cada sujeito. No sujeito dito saudável, o falso *self* se manifesta em condutas que

seguem as convenções sociais, já nos mais comprometidos são sistemas rígidos de defesas que se erguem contra as angústias provenientes dos desencontros excessivos com a mãe no início de sua relação com o bebê. As deficiências maternas são compensadas através da construção do falso *self* (Winnicott,1960).

A mãe que não é suficientemente boa, não consegue se identificar com seu bebê e dar sentido a suas expressões espontâneas; o que ocorre é que a criança aceita o que a mãe lhe oferece, o significado que a mãe dá, por pura submissão, e não devido a um bom encontro que possibilitaria o desenvolvimento do sentimento de onipotência, de criatividade. Essa é a descrição do início da formação do falso *self*, proveniente da incapacidade da mãe de entender as comunicações do filho.

A criança começa, então, a aceitar as demandas sociais e constrói um falso conjunto de relações que, através do processo de introjeção, até consegue uma aparência de ser real. Mas somente o verdadeiro *self* pode ser e se sentir real. O falso *self* resulta num sentimento de irrealidade, um sentimento de vazio e de futilidade, que impele a pessoa a não querer viver.

Se Melanie Klein já valorizava a experiência com a mãe como importante para a boa integração do eu, foi, sem dúvida, Winnicott quem promoveu intensamente a importância desta relação na constituição do psiquismo, enfatizando que a essência da experiência infantil depende do cuidado materno.

O autor também estendeu as recomendações técnicas da psicanálise, afirmando que, nos casos de pacientes com perturbações advindas de uma maternagem insuficiente, interpretações verbais inteligentes e sutis não são de grande utilidade. Com esses pacientes o *setting* e o *holding* são muito mais importantes. A confiabilidade no *setting* (ambiente no qual se processa a análise) é uma experiência primária e deverá ser desenvolvida na relação com o analista. O *holding* consiste em expressar com propriedade que o analista entende e sabe da ansiedade mais profunda do sujeito, envolvendo, portanto, a empatia e a compreensão (Winnicott,1963).

Conclui-se, acompanhando Winnicott, que o tratamento dos depressivos depende da introdução desta modificação técnica, pois só assim eles poderão regredir o bastante para que, na análise, possam construir um verdadeiro *self*, capaz de desenvolver no sujeito a alegria de viver. Essa alegria depende de uma maternagem que seria atualizada na relação transferencial.

Isto não exclui o fato de que os depressivos exigem que o analista sobreviva à agressão que acompanha o amor, o que permitirá a eles a reorganização dos elementos em seu interior. Winnicott acreditava que tais pacientes poderiam lidar com a culpa e a ambivalência, ou seja, que poderiam aceitar suas pulsões agressivas sem haver uma desintegração da personalidade. Privilegiar na situação analítica ou uma interpretação sutil ou o *holding*, dependeria da relação transferencial e da perspicácia e sensibilidade clínica de cada um.

Winnicott foi um autor muito mais otimista do que Freud e Klein. Para Freud, o eu tinha sempre que enfrentar dois tiranos: a realidade externa e as pulsões. Para Klein, o homem estava sempre muito à mercê das pulsões destrutivas. Winnicott não via a realidade como inimiga e acreditava que o processo maturacional tinha uma natural aptidão para a saúde, embora achasse que raramente se alcançava a maturidade completa. Inclina-se a conceber o homem como um ser viável e criativo, embora incluísse em sua perspectiva as pulsões destrutivas.

Os processos de maturação, para ele, são concebidos como contínuos na vida, possibilitando mudanças até na velhice. Apesar da extraordinária valorização que dá à função materna, que possibilita o surgimento do ser integrado, de forma alguma, essa função garante uma harmonia para o resto da vida. O equilíbrio psíquico não é completamente estável e está sujeito às vicissitudes da vida.

“A independência nunca é absoluta. O indivíduo saudável não se torna isolado, relaciona-se com o ambiente de tal forma que o indivíduo e o ambiente podem ser considerados interdependentes” (Winnicott, 1963/1974:84). Portanto, quando se fala

em saúde se inclui a saúde da sociedade também; caso o ambiente social seja muito desequilibrado não é possível sustentar um equilíbrio psíquico.

Se o bebê é, ao nascer, inteiramente dependente da mãe, isso não significa que a mãe faz um bebê, como um artista faz um quadro. A criança ao nascer traz consigo uma carga genética que inclui os processos maturacionais e, também, tendências patológicas próprias que possivelmente nenhuma realidade pode alterar. A função do ambiente facilitador é possibilitar que os processos maturacionais desenvolvam toda sua potencialidade, mas o que uma criança se tornará está completamente fora do controle dos pais.

Supondo-se uma mãe suficientemente boa, espera-se que essa mãe possa gradativamente se afastar do bebê, se interessar de novo por seu próprio mundo social que ficou desinvestido com a chegada da criança, favorecendo o desenvolvimento do sentimento de raiva também necessário para que a criança rume à independência.

Grandes possibilidades de perturbação no processo de socialização podem ocorrer até mesmo em estágios posteriores à adolescência. Um indivíduo considerado saudável pode enfrentar uma tensão social e não conseguir elaborá-la. Espera-se que os indivíduos adultos prossigam no seu processo maturacional, tentando elaborar as diversas dificuldades psíquicas, pois a tão pretendida maturidade só é alcançada por muito poucos.

A concepção da constituição e desenvolvimento do psiquismo em Winnicott é inteiramente calcada na experiência relacional. O ser é construído nesta relação, não há dado psíquico anterior a esta experiência e só dentro dela o ser se constitui. Ao valorizar a *ego relatedness* como primordial e mais fundamental que as satisfações do isso, aproxima-se do Freud de *Inibições, Sintomas e Angústia* (1926[1925]) que localiza na angústia do desamparo o temor mais primitivo do sujeito. Winnicott não dá valor ao trauma de nascimento, pois considera que o bebê tem dispositivos inatos para lidar com o que chama de invasão do ambiente. Entretanto, considera que o bebê se encontra sempre na iminência de uma ruptura devido a uma ansiedade impensável, e

que só o amparo, o cuidado e a sustentação materna é que poderão propiciar as necessárias condições para a formação do eu.

Por tudo que descrevemos, para esse autor, o ambiente é fundamental, essencial para o equilíbrio psíquico. Desorganizações, rupturas, reviravoltas no ambiente podem provocar sérios comprometimentos psíquicos, pois não há nenhuma possibilidade de uma independência do ambiente, o sujeito humano está sempre condenado a ser alguém entrelaçado ao social, dependente das relações afetivas que construiu.

A psicanálise, com a escola inglesa, caminhou em direção a uma ênfase maior na relação intersubjetiva, colocando o destino humano primordialmente na dependência das primeiras relações de objeto.

4.5

Edward Bribing – Valorização da tensão entre o ideal do eu e o eu como central nas depressões

Edward Bribing, em 1953, publicou um artigo muito rico sobre depressão. Contraindo-se à ênfase dada por Freud, Abraham e Klein às pulsões agressivas como sendo os fatores etiológicos mais determinantes da depressão, atribuiu a traumas na primeira infância a predisposição à depressão; traumas que incidiriam diretamente sobre o estado de desamparo da criança. Descreveu o estado traumático como decorrente da frustração da criança, que persiste, apesar dos sinais que emite ao buscar alívio para sua insatisfação. Como o adulto não responde ao apelo enviado, a criança fica exausta, o desamparo se acentua e surge a depressão. Esta dinâmica provoca uma consciência traumática, por parte da criança, de seu desamparo e ela se torna incapaz de formar e de se alimentar do que ele denominou de provisões narcísicas, que lhe

dariam condições de lidar melhor com as perdas da vida. Esta seria, para o autor, a explicação para todo o afeto depressivo posterior.

Bribing, assim como Fenichel, não valoriza a diferença entre o luto e a melancolia, alegando que os dois envolvem a mesma dinâmica. Sua preocupação é destacar qual o fator comum aos vários casos clínicos de depressão normal e neurótica, e encontra no sentimento de desamparo o ponto nodal.

Em todas estas situações (de depressão) os indivíduos se sentiam desamparados, expostos a poderes superiores, doenças agudas fatais, neuroses recorrentes ou ao destino aparentemente inevitável de acabar ficando só, isolado, mal amado ou tendo que se confrontar com a aparente evidência de ser fraco, inferior ou fracassado. Em todas as situações, a depressão era acompanhada de um sentimento de ter sido condenado, independente do contexto consciente e inconsciente deste sentimento: em todos um golpe tinha sido desferido contra a auto-estima da pessoa, qualquer que fosse o fundamento deste (Bribing, 1953:24).

Debruçado sobre as injúrias narcísicas da infância, Bibring elabora sua teorização sobre a depressão, desenvolvendo a idéia enunciada por Freud, no texto *Neurose e Psicose*, de que a melancolia é uma neurose narcísica centrada num conflito entre o eu e o supereu. Muitos autores psicanalíticos reservam esta concepção apenas para as melancolias, incluindo-as no quadro das psicoses, concepção que discutiremos em outro capítulo. Já Bibring, ele não valorizou esta discriminação, incluindo tanto o luto normal como a neurose depressiva e a melancolia numa mesma reserva metapsicológica. Para ele toda depressão é resultante de uma tensão entre o eu e o ideal do eu. O sujeito sente-se incapaz de realizar as aspirações construídas por seu próprio ideal; o sentimento de incapacidade invade o psiquismo e como consequência emerge a inibição do eu, muito comum nos deprimidos. Descreve as principais aspirações que não se realizam e que contribuem para o sofrimento dos deprimidos:

1. o desejo de ter o próprio valor reconhecido, desejo de ser amado e admirado
2. o desejo de ser forte, superior e seguro
3. o desejo de ser bom, capaz de amar, não ser destrutivo e hostil

O sentimento de fracasso diante das aspirações erguidas não é necessariamente real, pode ser puramente imaginário, ou seja, o sujeito pode ter construído sua vida de forma a ser amado e respeitado, mas não é isso que sente, não é isso em que acredita, e o que conta é a realidade psíquica e não a objetiva.

Freud (1926) definiu a inibição como uma restrição das funções do eu e declinou duas causas para isso: ou a inibição se instala para evitar o desenvolvimento da angústia e os sentimentos de culpa, ou ocorre devido a uma exaustão da energia do eu, engajado em atividade defensiva. Dava como exemplo um paciente obsessivo que se sentia exaurido toda vez que acontecia algo que deveria ter provocado um acesso de raiva. Segundo Bribing, a inibição depressiva não se encaixa em nenhuma destas duas características, mas está estreitamente ligada ao sentimento de desesperança de que todos os esforços para atingir as aspirações narcísicas serão inúteis. A pessoa desiste de perseguir objetivos que a seus próprios olhos parecem inatingíveis, torna-se incapacitada para novos esforços, exatamente como na fadiga comum. Nos dois casos o que se verifica é uma falta de vitalidade, de vigor, ou seja, um eu inibido diante do que lhe parece impossível.

O autor coloca no mesmo patamar a angústia e a depressão, e as qualifica como reações básicas do eu. Dá a angústia um valor mais positivo argumentando que ela é a reação ao perigo interno e externo, mas aponta para o desejo de sobrevivência do eu, fazendo da angústia uma aliada das pulsões de vida. Já na depressão ocorre justamente o oposto, o eu fica paralisado diante das ameaças internas ou externas por se sentir completamente incapaz de enfrentar o perigo. A depressão seria, pois, uma

reação onde fica mais evidente a ação da pulsão de morte, entendida aqui em sua vertente de volta ao inanimado.¹

Bibring descreve o fenômeno da elação também em referência ao eixo narcísico. Ao contrário da depressão, é uma reação real ou imaginária que indica a realização dos sonhos narcísicos. Geralmente trata-se de uma reação compensatória, que tenta evitar a depressão, fazendo parte do repertório do eu para lidar com estímulos internos e externos. Supõe aí também uma gradação que vai desde as reações mais brandas às mais patológicas.

O autor classifica quatro estados básicos do eu:

- 1) estado de narcisismo em equilíbrio, com auto-estima normal;
- 2) estado de auto-estima exagerado, de eu triunfante ou em estado de elação;
- 3) estado de narcisismo ameaçado;
- 4) estado de narcisismo ferido, auto-estima aniquilada, de eu deprimido, inibido, paralisado.

Bibring não acha possível afirmar que a depressão decorra exclusivamente de fixações orais ou generalizar a atribuição deste estado a golpes narcísicos deferidos contra um eu com orientação oral, que é descrito pelo autor como um eu que precisa estar sempre sendo elogiado para se sentir bem. Credita à freqüente frustração nesta fase da vida a intensificação do desamparo, que passa a ser sentido como traumático, formando o campo para predisposição à depressão. O que o autor valoriza não é a fixação e a frustração oral acompanhadas de ódio e destrutividade como os fatores

¹ Elisa Maria de Ulhôa Cintra faz um belo percurso sobre a relação da pulsão de morte e a depressão em sua tese de doutorado *Pulsão de Morte e Narcisismo Absoluto* – PUC – São Paulo – 2000.

determinantes da depressão, é a própria vivência traumática de não ser atendido, o sentimento de abandono e a fixação devida não à oralidade, mas sim ao desamparo que constituem as causas primordiais da depressão.

Por não ter sido possível formar “provisões narcísicas” necessárias ao equilíbrio psíquico, o sujeito, diante de fracassos na realização das aspirações narcísicas, é jogado ao desamparo traumático, mergulhando conseqüentemente na depressão. Para Bribing este é o núcleo de toda depressão, seja ela normal (luto), neurótica ou psicótica. O autor submete todas as variáveis que possam ter importância na etiologia da depressão aos conflitos entre o ideal do eu e o eu.

É interessante observar como a psicanálise vai gradativamente abandonando a ênfase etiológica nos fatores desenvolvimentistas, fixações nas fases precoces da evolução libidinal, assim como reduz o valor dado ao predomínio das manifestações da pulsão de morte principalmente em sua vertente de ódio e destrutividade, para colocar em primeiro plano as feridas narcísicas decorrentes das primeiras relações de objeto, particularmente a relação mãe-bebê, que são, então, destacadas como a causa princeps das depressões. É verdade que mesmo os primeiros pensadores da depressão na psicanálise já mencionavam esta questão, mas não conferiam a ela um valor central para justificar a dinâmica depressiva. A psicanálise foi criada num solo científico positivista e podemos supor que, dado a este contexto, presa a um modelo médico vigente, buscava um apoio no biológico, no constitucional. Como uma “ciência” nova procurava se impor respaldada em teorias biológicas, evolucionistas. À medida que se firmou como uma nova “ciência” pôde se libertar desta exigência “material” e focalizar a constituição do psiquismo nas relações afetivas do ser.

4.6

Hugo Bleichmar – Os vários tipos de depressão

Bleichmar (1982) faz um percurso sobre as principais contribuições psicanalíticas sobre a depressão, distinguindo-a em vários subtipos, mas mantém uma fórmula única que convencionou como a que caracterizaria toda e qualquer depressão. Sua suposição é que toda depressão inclui uma perda de objeto, que tem que ser acompanhada por uma persistência do desejo pelo objeto e a certeza de que tal desejo é irrealizável. O desejo anelado tem que ser central na economia da libido do sujeito.

Acredita que ao especificar que um dos componentes primários da depressão é um sentimento de impotência e desesperança que acompanha o desejo, avança na construção freudiana, pois acrescenta uma qualidade específica à perda de objeto. O desejo, segundo ele, pode variar de conteúdo:

- 1) Desejos de satisfação pulsional e de experimentar uma tensão física e mental baixa (Freud, 1915).
- 2) Desejos de ligação afetiva, desde os mais normais de contato físico e emocional com o objeto, até os mais patológicos de fusão com o objeto.
- 3) Desejos narcísicos, também dos mais normais (dominar o funcionamento mental suas pulsões e emoções, ser amado e ou apreciado), aos mais patológicos, ou seja, receber uma admiração ilimitada, ter um controle onipotente sobre si próprio e sobre outros (Kohut, 1971, Kernberg, 1975).
- 4) Desejos relativos ao bem estar do objeto. Se o sujeito vê a si próprio como sendo a causa ou agente do sofrimento do objeto ocorrerá uma depressão com um componente predominante de culpa (Abraham, 1911,1924; Freud, 1917; Klein 1935, 1940).

Bleichmar não pretende que esta categorização seja exaustiva, nem que uma exclua a outra, mas é aproximadamente em torno desses desejos que vai armar os subtipos da depressão. Tentaremos resumir os principais tipos de depressão classificados por ele.

Depressão Narcisista x Depressão Culposa

A depressão narcisista é aquela causada pela não identificação com o ideal do eu, ou seja, quando o sujeito se sente muito aquém das metas ideais traçadas. Embora a agressão e a culpa tenham sido consideradas pela psicanálise como os fatores determinantes de uma depressão, vários autores questionaram esta primeira posição, refutando a noção de que tais componentes sejam indispensáveis a todos os tipos de depressão. Bibring (1953), Haynal (1977), Lax (1989), Kohut (1971) defendem que é o sentimento de frustração por não atingir as aspirações narcísicas que constitui o corolário da depressão. Lax afirma que: “Numa depressão narcísica, sentimentos de vergonha e humilhação mais do que culpa predominam” (Lax,1989:88). No sentimento de inferioridade é imprescindível a presença real ou fantasiada de um outro significativo que vai testemunhar a falência narcísica do sujeito. Na culpa o que mais importa é a preocupação com o objeto, o sofrimento que lhe foi causado, implicando, portanto, uma identificação com o sofrimento do objeto.

Reconhece que tanto na culpa quanto na tensão narcisista não se cumpre com um ideal, porém sublinha que é só aí que reside a semelhança. Na culpa o que sustenta o ideal é o “não danificarás”, ou “não prejudicarás”, e suas diversas formas. Já o ideal da tensão narcísica está voltado para o projeto da perfeição. Caso o sujeito se aproxime desta referência agradecerá ao outro significativo que pode ser até o superado do sujeito. Mas, se o sujeito não se aproxima deste ideal, não se sentirá amado, nem tampouco valorizado, transformando-se no negativo do eu ideal. O ideal narcisista

satisfeito posiciona o sujeito em seu valor fálico, sendo que os atributos variam, podendo ser: a inteligência, a beleza, a riqueza, etc.

No sentimento de inferioridade que caracteriza a depressão narcísica, a preocupação é exclusivamente com a representação de si próprio. Já na depressão por culpa, é mais comum que a preocupação seja com a representação de objeto, que o sujeito experimentará como danificado e, em consequência, se sentirá como mau pelos ataques realizados.

A culpa resulta de uma preocupação com o bem-estar, com o sofrimento de um objeto que o sujeito sentiu ter atacado em algumas ações. Quando a culpa é sentida, o sujeito forja uma representação de si como mesquinho, destrutivo, não atendendo às exigências de um ideal que o quer como bom. Portanto, além da preocupação com o objeto, a representação de si mesmo entra na composição da depressão, e o sujeito sente-se fracassado, pois não alcançou o ideal relativo aos valores morais. Quando o sujeito sente que danificou ou não cuidou bem do objeto, se o que é mais forte é a preocupação com o objeto, a culpa tomará conta da cena e tentativas de reparação serão atuadas. Já se o que prevalecer forem os sentimentos de inadequação narcísica, os movimentos psíquicos tentarão obter uma recaptura da imagem narcísica sem preocupação com o bem estar do objeto.

Bleichmar critica os autores que defendem que toda depressão implica necessariamente em culpabilidade, argumentando que não se pode lançar mão de sentimentos de culpa reprimidos para justificar esta premissa, pois o inconsciente não é invisível, deixando rastros, substituições, afetos que comprovam sua existência. Freud foi claro ao declarar a existência do inconsciente e suas manifestações: sonhos, atos falhos, deslocamentos etc.

Sugere ainda outro tipo de depressão que não se enquadra nem na tensão narcísica, nem na culpabilidade e a nomeia de depressão por perda simples de objeto.

As categorias depressão narcisista e depressão culposa podem ser aplicadas tanto na neurose como na psicose, assumindo a forma neurótica ou psicótica dependendo da estruturação da personalidade envolvida.

Todos os fatores que concorrem para que se construa um ideal de eu extremamente inflado, inalcançável, favorecerão o desenvolvimento de uma depressão narcisista crônica. Os pais muito exigentes, que aspiram perfeição e plenitude para seus filhos, estarão contribuindo para a formação deste ideal inflacionado, tornando o equilíbrio narcísico de difícil consecução. Diante desta identificação com o desejo dos pais, o sujeito terá grandes chances de se sentir sempre insuficiente e, portanto, de se tornar deprimido.

A construção de uma imagem desvalorizada de si, arrastará o sujeito para a depressão narcísica. Não é necessário para isso que haja ocorrido qualquer episódio de injúria narcísica na infância, embora tal fato predisponha à baixa auto-estima. Uma representação do eu pobre, desvalorizada pode ser um processo lento e contínuo. Caso os próprios pais sejam desvalorizados, pode ocorrer um processo identificatório que produzirá o mesmo resultado, ou ainda, pais que desvalorizam os filhos também produzem adultos que se dão pouco valor narcísico.

A depressão aguda, diferentemente da crônica, pressupõe uma relativa aproximação entre o ideal do eu e a representação do eu, mas um acontecimento específico rompe esta harmonia, surgindo um fosso entre as duas instâncias. O colapso poderá ocorrer com mais facilidade quanto maior for a identificação fantástica com o ideal do eu.

No caso da depressão narcisista, a diferença entre o ideal do eu - o modelo - e o eu considerado como real pode ser criada devido às metas excessivamente elevadas, ou pela própria desvalorização do eu-representação. Muitos indivíduos não têm um ideal surpreendente, aspiram coisas perfeitamente plausíveis para suas vidas, mas a imagem que têm de si é tão pobre, que nem ao menos se acham capazes de realizar aspirações modestas. Esta imagem desvalorizada, central nesses casos, pode ser fruto

ou de pais melancólicos (identificação) ou ainda de pais paranóicos, que provocam a formação de sujeitos com baixíssima auto-estima.

As personalidades narcísicas conforme a descrição de Kernberg (1975), os chamados *borderlines*, são justamente aquelas que constroem um ideal de eu não só exigente, mas grandioso. Têm uma extraordinária ânsia de poder, fantasias onipotentes, ataques maciços e desvalorização dos objetos, agressividade muito destrutiva etc. A depressão ocorre quando fracassam suas fantasias grandiosas, quando vivem como uma grande humilhação o fato de não poderem dar livre curso à sua fúria, já que isso indica que não conseguiram atingir a identificação com o ideal de eu absoluto e onipotente.

Bleichmar defende que, mesmo que a agressão não seja considerada como a causa principal da depressão, ela é, segundo a experiência psicanalítica, um dos caminhos que levam a ela. Valorizando a relação entre depressão e agressão, Bleichmar faz, novamente, uma outra classificação, especificando as formas agressivas que podem aparecer na depressão. Pode ocorrer o processo de agressão ao objeto interno, que se torna um objeto desvalorizado, com conseqüências negativas para o próprio narcisismo do indivíduo, que dependia deste objeto para sustentar sua auto-estima. Ou ainda, o indivíduo ataca o objeto externo real e como conseqüência fica impossibilitado de realizar uma vida amorosa feliz. Propõe, além disso, uma agressão contra o próprio eu, que ao empreender uma guerra interna acaba por provocar uma inibição do eu, impedindo a realização dos desejos.

Aborda também a relação complexa entre agressão e culpa, oferecendo uma outra especificação detalhada. Os sentimentos de culpa surgem devido à qualidade do desejo inconsciente, ou seja, porque o desejo é hostil ou sexualmente proibido. Ou o desejo mobiliza a culpa não por sua qualidade específica, mas devido à codificação moral que o indivíduo atribuiu ao seu desejo. O indivíduo pode também se sentir culpado por pura identificação com um outro e, finalmente, a culpa pode emergir devido à introjeção da agressão originalmente dirigida contra o objeto.

Pretende que essas classificações, apesar de suas insuficiências, sejam apenas orientações gerais para auxiliar a terapêutica de cada caso. Quer levar em consideração os estudos importantes feitos por diversos autores psicanalíticos, argumentando que não se pode desprezá-los, pois a psicanálise tem uma densa e longa história. A escuta é, sem dúvida, singular, porém as generalizações, segundo o autor, nos ajudam a nos localizar, e não devem ser usadas como guias de aplicabilidade, mas sim como uma referência para o entendimento, a partir do qual serão construídas as interpretações sempre dependentes da relação transferencial.

Bleichmar defende que estas classificações possibilitam dirigir melhor a investigação de cada paciente. “Nesse sentido, abririam perspectivas de maior racionalidade num enfoque terapêutico, já que poderiam caracterizar núcleos de conflitos específicos, aspectos delimitados do supereu, e planejar, em conseqüência, metas de modificação menos vagas” (Bleichmar,1982/1983:101).

Apesar destas observações, e de sua vasta experiência com pacientes depressivos, há um excesso de classificações na organização de Bleichmar que não favorece uma boa articulação dos conceitos psicanalíticos. Várias subdivisões se sobrepõem desnecessariamente; tenta classificar tipos específicos de depressão como a culposa e a narcísica, através de elementos como sentimentos de inferioridade (narcisismo) e vergonha (culpa) que aparecem mesclados nos quadros depressivos.

A premissa de Bleichmar, de que a culpa implica uma verdadeira preocupação com o estado do objeto contrariamente ao narcisismo, não me parece sustentável como uma distinção nítida, uma vez que o supereu é erguido em função do temor da perda do amor dos pais e o ideal também é construído visando o mesmo amor.

Os diferentes tipos de agressão e de culpa classificados também se justapõem. É difícil entender que alguém possa destruir internamente um objeto, sem resvalar para um ataque externo ao objeto. Ou ainda, diferenciar culpa pela qualidade do desejo ou pelo código moral não obedece a um rigor uma vez que o desejo é interdito pela proibição cultural. Supomos que uma metapsicologia bem construída deva evitar este

tipo de atomização. Quanto menos elementos forem usados na conceituação de um determinado quadro clínico, mais precisa será a construção, mais possível e clara será a transmissão e mais flexibilidade e abertura teremos na prática clínica. A classificação excessiva congela o olhar e o que foi formulado com a intenção de esclarecer pode acabar funcionando como um manual de instruções para a clínica dos deprimidos, apesar da advertência do autor. Além disso, a lista pode se tornar infundável, pois um caso de depressão será sempre diferente do outro.

Apesar disso, Bleichmar, ao discriminar que os *borderlines* constroem um ideal de eu não só exigente, mas grandioso, nos brinda com uma especificidade que aponta para uma particular organização psíquica, que efetivamente se diferencia do neurótico deprimido. Além disso, seu estudo sobre as depressões e a sua valorização dos diversos autores que contribuíram para este tema funciona como um panorama esclarecedor do caminho que a psicanálise vem desenvolvendo, na tentativa de precisar cada vez mais os mistérios da depressão.

4.7

Jacques Lacan – A covardia moral e o objeto a

Lacan dedicou-se pouco ao estudo da depressão, de modo que iremos buscar, junto a Soler (1997) e Quinet (1999), representantes do Campo Lacaniano, alguns desdobramentos de suas contribuições. Estes autores discordam que se possa qualificar a depressão como uma neurose específica, argumentando que a depressão é um estado que acompanha as estruturas neuróticas clínicas, como a neurose obsessiva e a histeria.

Colette Soler afirma que “a depressão no singular simplesmente não existe” (Soler, 1997:165). Depressões são estados que podem aparecer em qualquer estrutura psíquica, seja ela obsessiva, histérica, etc. Evidentemente, existem inúmeros estados depressivos, e a variedade das formas exibidas, para a autora, impede que se possa fazer a unificação do conceito. Admite, entretanto, a consistência da psicose

melancólica, e esta é a única forma de depressão classificada como uma estrutura clínica. Apesar disso, reconhece que os fenômenos depressivos vêm se proliferando na civilização contemporânea e que a psicanálise deve estudá-los seriamente.

O termo depressão não pode ser enquadrado dentro da categoria de um sintoma, pois “não tem nem sua estrutura, nem sua consistência”(Soler,1997:174). O sintoma é uma estrutura significativa que pressupõe um sujeito do inconsciente. Envolve um conflito psíquico que revela a divisão do sujeito. Está submetido às leis da linguagem, podendo ser comparado a uma metáfora que substitui um significativo recalçado. É, também, a forma que o neurótico encontra de gozar.

A depressão, segundo Soler, não pode ser considerada um sintoma, no sentido analítico do termo, e sim um estado que se caracteriza pela dor, tristeza, falta de alegria. Entretanto, qualquer que seja o estado depressivo, uma fórmula unitária emerge: há sempre uma deflação da libido, as expressões dos deprimidos revelam sempre uma interação da tristeza e da inibição. A depressão, portanto, se inclui nas figuras de inibição, conforme preconizara Freud em *Inibições, Sintomas e Angústia* (1926[1925]).

Os argumentos que sustentam este ponto de vista - de desconsiderar a depressão como uma neurose específica, que mereça a dignidade da histeria e da obsessividade - não me parecem tão convincentes ou conclusivos. Se os deprimidos não manifestam os sintomas clássicos de uma formação de compromisso entre o desejo e a defesa, evidenciam sinais de fracassos psíquicos que comprometem sua vida tanto quanto a dos outros neuróticos. O conflito entre o ideal do eu e o eu é um indicador fundamental da divisão do sujeito, assim como pressupõe uma estrutura significativa. Além disso, não poderíamos omitir que os deprimidos também têm sua forma neurótica de gozar, e que seus sintomas não estão livres de um gozo masoquista que, mesmo em sua face neurótica, é um componente importante da depressão.

O fato de todos sofrermos estados depressivos, não me parece suficiente para justificar a impossibilidade de se considerar uma neurose depressiva, pois será que existem casos clínicos que não tenham nenhum componente histérico ou obsessivo?

Freud nos brindou com uma extraordinária contribuição ao detectar que os “normais” se aproximavam mais dos loucos do que se pensava. O sonho é a manifestação mais clara da presença, na vida normal, dos mecanismos que imputávamos somente aos “anormais”: delírios e alucinações. Apesar de se diferenciar dos fenômenos psicóticos, pois as portas da motilidade estão fechadas, os fenômenos do sonho têm, entretanto, a mesma tessitura dos psicóticos. Não podemos desconsiderar, também, que muitos dos depressivos, na clínica psicanalítica, relembram que, desde muito cedo, já respondiam a situações de perdas com uma tristeza que consideram exagerada e desproporcional à situação vivida, o que nos remete a um quadro depressivo até mesmo precoce.

É justamente por haver um conflito intermitente entre o ideal do eu e o eu, acompanhado de auto-acusações e desvalias, que a psicanálise pode ter alguma eficácia ao tentar desmontar a fantasia inconsciente de submissão a um ideal tirânico e destruidor. É, entre outras aproximações, tentando desconstruir este Outro onipotente, exigente e absoluto que podemos almejar restituir alguma alegria ao deprimido.

Passemos à perspectiva lacaniana. Os estados depressivos incidem diretamente sobre a causa do desejo que paralisa em parte o aparelho psíquico. É justamente em torno da perda parcial da causa de desejo, e a conseqüente perda da alegria, que Lacan faz girar sua teoria sobre a depressão. Apoiado na filosofia de Espinosa, situa a tristeza dos deprimidos no âmbito da ética, qualificando este estado de “covardia moral”. O sujeito teria o dever moral de bem dizer o seu desejo, e tal não ocorre com os deprimidos, que fogem de seus desejos, não querem saber deles.

Segundo Espinosa, e também para Lacan, o desejo é a essência do homem. Para o filósofo é o desejo consciente que importa, constituindo a consciência da força de existir - *conátus*, força que todo ser singular possui e que tem como meta conservar

seu estado de existência. “O desejo humano (*cupiditas*) é a própria essência do homem, uma vez que ela é concebida como sendo determinada, por uma afecção de si mesma, a fazer algo” (Espinosa, 1677/1954:242). Segundo o filósofo, o homem se encontra dividido em relação a seus desejos, sendo ou não consciente de seus apetites. Dedicou-se a compreender, na *Ética*, os esforços da natureza humana que podem se chamar de apetite, vontade ou impulsão, discriminando que estes variam de acordo com os diversos estados do homem e, muitas vezes, são completamente antagônicos arrastando o homem para direções opostas (Quinet, 1999).

Vemos, portanto, que embora não tivesse feito uma sistematização dos processos inconscientes, Espinosa já admitia que certos comportamentos eram causados por processos que escapavam à consciência do homem.

A intensidade da força de existir é variável como está evidenciado nos três afetos que Espinosa apresenta como fundamentais: a alegria, a tristeza e o desejo. O desejo é ativo e conduz à ação, já a tristeza produz uma inibição no agir.

Quando Lacan, em *Televisão* (1974), define a depressão como um pecado, uma covardia moral frente ao dever de bem dizer, está, nitidamente, sendo mais um, entre tantos outros juízes, a condenar os deprimidos. A sociedade capitalista moderna não é muito tolerante com os deprimidos, embora ela própria venha sendo responsável, em parte, por fomentar esse tipo de quadro clínico. A ordem que reina é: seja um vencedor (*winner*) para obter o respeito e a admiração do mundo, vá em frente e brilhe! Certamente os deprimidos não conseguem acompanhar esse ritmo exigido e se tornam ameaças ao laço social, revelando, em parte, a falha do sistema social vigente.

Qualificar os deprimidos de covardes morais porque fogem de seu desejo, não parece ser uma colocação que possa ajudar a clarificar a impossibilidade que certas pessoas sentem de elaborar perdas e infortúnios. Além disso, podemos nos perguntar: porque eles seriam mais covardes do que um histérico ou um obsessivo? Afinal, esses também se defendem de seus impulsos inconscientes, sendo, portanto, dentro dessa lógica, possível qualificá-los de covardes morais. Será que covardia é um termo

adequado para designar os processos inconscientes que estão implicados na dinâmica depressiva? Afinal, a depressão não se manifesta como uma escolha consciente, somos engolfados, tomados por ela, devido a dinâmicas fantasmáticas perfeitamente inconscientes.

Voltando à contribuição lacaniana, ao relacionar a depressão à causa do desejo:

Os estados depressivos, portanto, por mais variados e flutuantes que sejam, caem sob o golpe de uma fórmula unitária: a suspensão da causa do desejo, a inapetência apática e dolorosa que se nomeia depressão encontrando sua condição estrutural maior na queda de sua eficácia. Assim, falar de depressão não é nada mais que tomar esta causa de desejo pelo avesso, por seus fracassos ou suas vacilações. Esta tese imediatamente explica o efeito antidepressivo da psicanálise. Por mais limitado que seja, este não é menos patente, e prende-se ao fato de que, de um pólo ao outro, a psicanálise opera pela causa do desejo. Na entrada, em que introduz o sujeito numa temporalidade de espera que sustenta o vetor do desejo, e também na saída, pois a conclusão por menos que ocorra marca um mais além da posição depressiva (Soler, 1997:175).

Como se explicaria esta renúncia ao desejo, esta vacilação de algo que é responsável pela nossa alegria de viver? Lacan dá nos uma pista disso no seu seminário da *Ética* (1959-60) quando classifica os depressivos como *Unianos*. Freud nos ensinou que a tristeza se origina de uma perda, de uma falta. Os deprimidos acreditam na completude, na “relação sexual”. Quando vivemos uma perda, a falta fica exposta, vem à superfície. Na verdade, o que se perdeu não era mais nada do que algo que tamponava a falta, um semblante, um faz de conta que ocupava o lugar do real da falta. Os deprimidos não aceitam a falta estrutural e se fixam no semblante daquilo que se foi. Acreditam, portanto, na existência do Um como suplência à ausência da relação sexual. Diante do desaparecimento do objeto, o sujeito se fixa à sua imagem e tudo mais perde a graça, o tédio invade a cena.

Em *Televisão* (1974), Lacan faz um jogo de palavras dizendo que o segredo do *ennui* (tédio) é o *unien*; o tédio é o afeto correspondente ao *unien*. Uma vez

perdido o objeto semblante, a alegria da vida se esvai e a tristeza toma conta do ser.

Como vimos, para Lacan, a tristeza é uma falta moral em relação à ética do bem dizer. Quando está nesse estado, o sujeito se afasta do Outro do desejo, do Outro do amor do Outro do inconsciente.

É, ainda, em Espinosa, que encontramos o fundamento do que Lacan propõe como saída para a depressão que é o *gaiio* saber (saber alegre), que possibilita o bem dizer. Segundo o filósofo, para agir positivamente o homem tem que ter idéias adequadas. Uma boa ação pressupõe, portanto, um bem pensar. “Ora, por tristeza, entendemos o que diminui ou contraria a potência do pensar do espírito e, por conseguinte, visto que o espírito está entristecido, sua potência de agir está diminuída ou contrariada” (Espinosa, 1677/1954: 238).

As pessoas, quando tristes, pensam mal e têm dificuldades no agir. A virtude, na ótica do filósofo, é o bem pensar que leva à boa ação.

O *gaiio* saber de Lacan pressupõe a inclusão, a aceitação da falta constitutiva de todo ser, e a não fixação ao objeto que se perdeu que, na perspectiva do autor, é um semblante do real da falta (Quinet,1999).

Um ponto intrigante da teoria lacaniana é o de considerar os objetos que constituem nosso mundo psíquico, que dão sentido às nossas vidas, como semblantes, tampões do real da falta. Esta formulação de Lacan me parece algo desencarnada, por não nos oferecer a possibilidade de tradução para muito do que sentimos e vivemos. Se por um lado, a aceitação das perdas da vida é fundamental para que continuemos a gostar de viver, a nos alegrar, por outro, são os nossos objetos queridos que nos acariciam, nos amam e com quem construímos nossas histórias de vida, que sustentam nosso eu, que constituem nosso pedaço de felicidade. Sem eles, a vida pode ficar muito sem graça e sem cor. Esses objetos, certamente, não são tão descartáveis, nem somos tão flexíveis, como a noção lacaniana de semblante poderia sugerir. A noção de fixação e de viscosidade da libido em Freud nos serve de apoio para esta argumentação.

Não se trata de desenvolver uma ode à nostalgia, mas de reconhecer que cada perda sofrida deixa uma cicatriz, uma marca, uma saudade e, além disso, dependendo do tipo de perda, o sofrimento pode ser legitimamente insuperável e desesperador, impossibilitando o sujeito de ser causado por outro objeto amoroso, ou, em casos mais graves, por qualquer coisa.

Vale a pena lembrar as singelas palavras de Freud em uma entrevista em 1926: “Não, eu não sou um pessimista, não, enquanto tiver meus filhos, minha mulher e minhas flores! Não sou infeliz – ao menos não mais infeliz que os outros” (Viereck, 1926/1957).

Se os objetos são investidos, construídos, por conta do real da falta, ao longo da vida eles obtêm uma consistência própria, um colorido singular, um significado particular. Ao perdê-los parte da alegria de viver pode se esvaír, ou a amargura triunfar, esmagando o desejo. A teoria lacaniana dá margens a interpretações que podem resultar em uma clínica que tenda a desvalorizar a dor provocada pela perda do objeto amado, já que possibilita a interpretação de que os objetos que ao longo da vida construímos, as ligações profundas que mantemos são “apenas” recobrimentos do objeto *a*. Os objetos com os quais fazemos ligações afetivas importantes obtêm uma consistência própria; apesar de terem sido construídos graças ao obscuro objeto *a*, se tornam parte integrante do nosso eu. São essas ligações que nos sustentam, que conferem um sentido às nossas vidas e é justamente por isso que jamais voltamos a sermos os mesmos, quando perdemos alguém que amamos muito. O objeto *a*, essência que move o psiquismo, pode ser supervalorizado, a partir desta teoria, em detrimento dos objetos com que nos relacionamos e amamos, imprescindíveis à constituição de nosso eu.

Essa construção de Lacan tem um valor importante à medida que sublinha, com radicalidade, que a causa do desejo está irremediavelmente ligada ao psíquico, ao que restou da relação mais primitiva do objeto, demarcando um “a mais” na construção freudiana da experiência de satisfação, que se apoiava no modelo da necessidade

biológica. Mas, isso não justifica desconsiderarmos as relações construídas ao longo da vida que, como já foi dito, constituem e sustentam o eu, tanto perante a si próprio como perante aos outros.

Curioso é que, apesar dessa possibilidade interpretativa, Lacan afirma que após uma experiência de luto, ainda que este luto seja bem realizado, o sujeito jamais voltará a ser como antes. O luto instaura uma nova posição subjetiva inexistente até a época da perda significativa, e não existe a possibilidade de um objeto substitutivo modificar esta nova realidade psíquica. Sem deixar de valorizar a falta como operando a causa do desejo, considero que, uma vez constituída a relação de objeto, estamos irremediavelmente ligados ao objeto que não é apenas semblante, mas sim sustentáculo, sentido e prazer de viver. Não é à toa que o medo de amar é algo bastante comum nos seres humano.

A psicanálise incorporou como um dogma dois dos destinos da perda de objeto: a melancolia ou a boa resolução do luto. Lacan foi um dos autores que se preocupou com os destinos da perda de objeto além desses dois. Se no Seminário *O Desejo e sua Interpretação* (inédito, 1958-59) centrava a problemática do luto em torno do falo e da privação, a partir do Seminário sobre *A Angústia* (inédito, 1962-63) o eixo gira em torno do objeto *a* e da fórmula: “só se pode fazer luto por aquele cuja falta fomos”. O sujeito deixa de funcionar como objeto causa de desejo e se torna uma “causa perdida”, uma “alma penada”, uma “causa que já não causa a ninguém”. Diante disso, Lacan declina, no Seminário da *Angústia* (1962-63), o sujeito pode fazer uma passagem ao ato. Confrontado com o desvelamento da fantasia e a conseqüente angústia que isso acarreta, o sujeito é dominado pelo objeto *a*, ficando sem causa e sem rumo, sujeito a um puro transbordamento. Diante da morte, aparece o caráter de ficção do Outro do significante, revelando-se a inconsistência do mundo simbólico. Nada parece importante, tudo se torna banal e o sujeito poderá, então, deixar-se arrastar por esse objeto *a*, chegando à passagem ao ato, como o suicídio, ou um “acidente” aparentemente inocente (Ambertin, 2002). Em meu entendimento, é justo

porque o objeto perdido é consistente e dá significado ao sujeito que, ao perdê-lo, pode ficar sem rumo, sem desejo, e a morte se tornar atraente.

A ênfase que Lacan dá ao fato de deixarmos de ser causa de desejo para um outro na dinâmica do luto é uma contribuição rica e bastante pertinente. Perder esse lugar especial nos confronta com uma perda relevante e de difícil elaboração. Se estivermos diante de casos em que a relação pré-edípica foi povoada por injúrias narcísicas, é mais provável que ao se ver privado do objeto a quem causava, o sujeito se veja remetido ao horror da solidão e do desamor, sendo a passagem ao ato uma das conseqüências possíveis desse desamparo. Acredito que isso também possa ocorrer mesmo nos casos em que tais injúrias não sejam detectáveis.

Outro aspecto destacado por Lacan diz respeito ao *acting-out*. Muitas vezes nos deparamos com pessoas que após uma perda muito significativa estão sempre prontas para exhibir em público seu sofrimento, sua dor. O próprio sujeito pode se dar conta de que chora muito mais em público do que em sua privacidade. Trata-se de um chamado ao Outro. Novamente, o objeto *a* é convocado para explicitar esta reação. A cena pública testemunha que o objeto amado tem nele o maior sofredor, ele padece mais do que qualquer pessoa, exibindo ser a causa máxima de quem morreu. Desta maneira consegue mascarar, disfarçar o objeto *a* com uma cobertura agalmáltica, para não ser invadido por ele (Ambertin, 2002).

Dentro do destaque que Lacan dá à atuação após uma perda, compreende-se que essas pessoas estão sempre convocando àqueles que os cercam numa tentativa desesperada de substituir o olhar do objeto amado por outros, e não perder o lugar de causa que ocupavam. Muitas vezes usam recursos perigosos. Creio que essas reações apontam para relacionamentos em que, geralmente, o objeto amoroso ocupava um lugar de prótese na constituição psíquica desses sujeitos. Não podemos pensar num relacionamento amoroso sem dependência, mas existem dependências muito primitivas que vão bem além de uma dependência amorosa entre dois seres. Por outro lado, como a dependência amorosa é inarredável, em certos casos não estamos lidando com

dependências primitivas, mas com circunstâncias atuais que justificam que uma perda possa fazer desmoronar o significado da vida daquele sujeito em particular.

Lacan nos fala também de uma reação menos grave a uma perda, que chama, no seminário da *Angústia* (1962-63), de “o aspecto fecundo do luto”. Após uma perda, o sujeito não se perde atrás do objeto *a*, mas volta se relacionar com o mundo na dimensão do ato. Começa a fazer coisas que antes não conseguia: vende, compra, despede, escreve etc... Esta ação é o modo pelo qual o sujeito se envolve no mundo e consegue não ser engolfado pelo objeto *a*. Entretanto, a fecundidade dura pouco e o sujeito volta, aos poucos, a se enredar nas ficções do Outro.

4.8

Nicholas Abraham e Maria Torok – A doença do luto

Na França, surgiu uma outra vertente teórica interessante na abordagem da depressão, filiada ao pensamento de Ferenczi, numa tradição bastante diversa do lacanismo. Seus representantes são Abraham e Torok.

Os autores (1968) fizeram uma crítica veemente e muito pertinente ao fato da psicanálise estar tratando os conceitos de introjeção e incorporação como equivalentes. Argumentaram que os autores psicanalíticos perderam o sentido rigoroso e específico do conceito de introjeção, introduzido por Ferenczi em 1909. A introjeção, segundo este autor, consiste num processo que permite que os interesses auto-eróticos primitivos se expandam para o mundo exterior, possibilitando a inclusão dos objetos do mundo no eu.

Para Ferenczi o homem só é capaz de amar a si mesmo; qualquer amor de objeto, em última instância, implica a integração desse objeto no próprio eu. É essa fusão dos objetos com o eu que chama de introjeção. Esse processo é constituinte do eu, que se amplia através das introjeções.

No início, o recém-nascido não é capaz de diferenciar o que é o mundo externo do que é o interno. Ao fazer a primeira separação entre o que lhe pertence e o que é da ordem externa, está realizando a primeira operação projetiva, a “projeção primitiva”. Uma parte do mundo externo, entretanto, não cede à expulsão e se impõe ao eu, que a reabsorve, constituindo a primeira introjeção, “a introjeção primitiva” (Ferenczi, 1909), ampliando o eu.

A introjeção e a transferência estão estreitamente relacionadas, e o neurótico está continuamente buscando objetos de transferência, ou seja, busca atrair para si próprio tudo que é possível, distribuindo seu amor e ódio até para objetos insignificantes. O resultado dessa transferência é a introjeção excessiva, que nos neuróticos se manifesta somente como um exagero daquilo que é absolutamente normal e constituinte de todo ser.

É, também, graças à introjeção que o objeto externo opera como um mediador para o Inconsciente. Esse comércio transforma as moções pulsionais em fantasias desejanças com uma configuração delineada, enriquecendo o eu, dando nome ao que não tinha, permitindo o jogo objetal, a vida de relações.

A concepção ferencziana de introjeção implicava uma valorização deste conceito como algo estruturante, constituinte do eu, fundamental ao desenvolvimento, mas muitos autores esvaziaram esse conceito, chegando a equacionar a introjeção à posse do objeto através da incorporação, como bem observaram Abraham e Torok ao insistirem na distinção metapsicológica entre introjeção e incorporação. Retomando a originalidade do conceito criado por Ferenczi, clarificaram que introjetar é um processo de alargamento do eu, de inclusão da libido inconsciente que, investida no objeto, permite a ampliação do eu.

A operação da introjeção não é compensatória de uma perda objetal; na verdade quase todas as características frequentemente atribuídas a ela na literatura, pertencem à incorporação, este sim um mecanismo fantasmático que entra em ação após a perda do objeto. Na tentativa de negar o objeto perdido, realiza-se a

incorporação, ou seja, uma fixação, um congelamento do objeto dentro do sujeito. O eu tenta manter vivo o objeto imaginário mesmo às custas de sofrimento, na esperança de que algum dia seus desejos possam ser realizados, e paga por isso com a *doença do luto*.

Segundo Abraham e Torok, a “cura” mágica pela incorporação implica uma recusa ao luto, ou seja, uma negação do significado daquela perda. O saber implicaria uma necessária modificação em nós mesmos que seria proporcionada pela introjeção. Ao invés da introjeção ocorre uma incorporação, e isso aponta, necessariamente, para uma lacuna, uma falta. A incorporação não permite uma metabolização do objeto no eu. O objeto, como já observamos, permanece fixo, congelado, dentro do eu. Nessa perspectiva, os autores, resgatando a formulação original feita por Ferenczi, recuperaram a introjeção como um mecanismo enriquecedor que expande os interesses do eu, dando a ele uma importância fundamental no processo de luto, e reservaram o termo incorporação para as perdas não elaboradas.

A distinção entre introjeção e incorporação é extremamente pertinente, ela serve para clarificar uma ambigüidade presente na obra de Freud. No texto *O Ego e o Id* (1923) Freud vai dar à identificação um valor universal e estruturante, bem no estilo da introjeção de Ferenczi. Não demole este mecanismo como constituinte da melancolia, mas ressalva que naquela época não tinha noção da extensão desse conceito como algo comum e típico, constitutivo do eu. A instalação do objeto dentro do eu implica na transformação da libido objetual em narcísica, e são justamente esses investimentos objetais abandonados e transformados que vão dar ao eu sua configuração. Se mantivermos a incorporação e não a introjeção, como o mecanismo próprio do luto mal elaborado, teremos maior clareza sobre uma especificidade metapsicológica valiosa, instrumental em nossa clínica.

Até 1968, Abraham e Torok sustentavam que a incorporação resultaria no que qualificaram de doença de luto, que seria uma forma neurótica de lidar com a perda do objeto. Supõem que se instala uma incorporação duradoura após uma perda devido a

um interdito, ou seja, o objeto perdido estava carregado de anseios sexuais, era necessariamente um objeto proibido.

Enquanto a introjeção das pulsões põe fim à dependência objetal, a incorporação do objeto cria ou reforça um liame original. O objeto incorporado, exatamente no lugar do objeto perdido, lembrará sempre (em nome de sua existência e pela alusão de seu conteúdo) alguma outra coisa perdida: o desejo atingido pelo recalçamento (Torok,1968/1995:223).

A manutenção do objeto incorporado mantém a esperança contraditória de que os desejos proibidos poderão um dia ser realizados; a fixação de um “cadáver saboroso” terá como consequência e como destino a doença do luto.

Nesses casos como no precedente, o recalçamento não apenas separa: ele teria por missão *conservar* preciosamente – embora no inconsciente- o que o Eu não conseguiria representar a não ser como um cadáver saboroso, que nele jaz em algum lugar e cujo vestígio não cessará de buscar na esperança de fazê-lo reviver um dia (Torok,1968/1995: 227).

Insistem em que só se pode falar em incorporação quando se trata de uma perda súbita de um objeto narcisicamente indispensável. Além disso, um segredo tem que ser mantido: o desejo sexual proibido ligado ao objeto perdido. Existem muitos outros casos de recusa de luto, de negação da perda, que não envolvem necessariamente uma incorporação. Só nos casos de incorporação é que nada é dito, as lágrimas não são vertidas junto com o traumatismo da perda, não se confessa a dor, as palavras, os sentimentos serão engolidos, “postos em conserva” (Torok,1968), instalando-se no interior do sujeito uma “sepultura secreta” (Abraham e Torok,1972). Um tipo especial de recalçamento é proposto para os casos de incorporação - o *recalçamento conservador*, diferente do *recalçamento constitutivo*, típico da histeria chamado correntemente de recalçamento dinâmico. Na histeria, o desejo proibido busca através de desvios sua realização, enquanto no criptóforo trata-se de um desejo

guardado, que não se atualiza em nenhuma substituição assim como não é destruído (Abraham e Torok, 1972).

Gradativamente, os autores vão circunscrevendo e estreitando mais a concepção deste tipo de luto, e terminam por decidir que este luto envergonhado esconde necessariamente um traumatismo sexual impingido pelo objeto, que desempenhava para o sujeito o papel de um ideal do eu. A incorporação que parecia um recalçamento do tipo histórico, com retorno do recalçado e de valor sexual, na verdade, refere-se a um recalçamento que visa preservar o objeto produtor do trauma.

Através dos sintomas da incorporação, é o ideal do eu vil que reclama direito de cidadania. Pode-se sustentar, desde então, que toda fantasística oriunda da incorporação busca reparar – no imaginário- uma ferida real que afetou o objeto ideal (Abraham, Torok 1972/1975:253).

Este lugar concedido ao trauma representa uma modificação e um acréscimo da concepção de Ferenczi, que defendia que a criança, ao sofrer uma violência sexual, procuraria um outro adulto para contar sobre o que havia acontecido. Este, por sua vez, não suportando o relato da criança, desmentiria o que ela conta, exigindo que o fato fosse considerado somente como uma fabulação. Para Pinheiro (1993), a originalidade da teoria do trauma em Ferenczi é justamente a de atribuir ao desmentido a responsabilidade do trauma. Por ter que ser negado, não é possível para o psiquismo acionar o mecanismo da introjeção.

Segundo a nova concepção dos autores, para que ocorra o fenômeno críptico é necessário que primeiramente exista um amor sem ambivalência alguma, seguido de um segredo sobre este amor, mas é necessário que uma causa real, traumática, interrompa este idílio que se torna vergonhoso. Forma-se como consequência deste trauma sexual uma ferida aberta, que aspira em torno de si toda libido de contra-investimento. É justamente esta ferida que o melancólico procura esconder, sepultar, encriptar, e os autores defendem que isso se realiza não no sistema inconsciente, mas no pré-

consciente/consciente, erigindo um isolamento rigoroso de todo o resto do psiquismo. Sugerem o termo *inclusão* para melhor dar conta deste processo. Acreditam que este termo é melhor do que incorporação, pois é mais adequado para se comparar com a introjeção. “Os avatares da fantasia de incorporação aparecer-nos-ão doravante como estreitamente ligados à vida oculta da tópicia incluída e seu estudo, clínico e teórico, adquire, desse modo, as bases metapsicológicas necessárias” (Abraham, Torok, 1972/1995:254).

Tudo isto é erguido para preservar a inocência do objeto aviltante e, se não houvesse esta tentativa de preservação, não ocorreria a inclusão. O reconhecimento implicaria uma verdadeira decepção narcísica, com destruição não só do objeto como de si próprio.

Enquanto a cripta construída com as pedras do ódio e da agressão se mantiver não há melancolia propriamente dita. Ela só aparece quando as paredes da cripta ameaçam ruir e aí sim se evidencia um luto interminável.

A “sombra do objeto” não para de cercar a cripta até se reencarnar na própria pessoa do sujeito. Os autores acrescentam ainda algo mais à metapsicologia freudiana da melancolia ao defenderem que não é o eu que se apresenta disfarçado sob as características do objeto, mas é “o objeto, por sua vez, que usa o eu como máscara” (Abraham e Torok, 1973/1995:280).

Esse mecanismo que consiste em trocar sua própria identidade por uma identificação fantasística com a “vida” de além-túmulo do objeto perdido por efeito de um traumatismo metapsicológico, esse mecanismo totalmente específico, será denominado, na falta de algo melhor: *identificação endocríptica* (Abraham, Torok, 1973/1995: 280).

Para eles, as queixas do melancólico esclarecem uma fantasia específica que aponta para o sofrimento imaginário do objeto endocríptico, mas tal fantasia só tem

como função mascarar um outro sofrimento, o da ferida sempre aberta, fruto do traumatismo sexual que o sujeito não sabe como cicatrizar.

Essa metapsicologia pretende dar conta não só da melancolia como também tem a intenção de servir como base explicativa para o fetichismo e a neurose de fracasso. Toda esta construção tem como missão primordial camuflar a ferida imposta pelo objeto amado e perdido, pois não é possível falar dela.

A contribuição de Abraham e Torok me parece muito pertinente para um certo tipo de melancolia. Entretanto, creio que se mantivermos a incorporação do objeto como algo que implica um luto não resolvido, não ligando este mecanismo especificamente a um trauma real de ordem sexual, teremos uma opção metapsicológica mais abrangente. Quando se nega uma perda, se recusa um luto, de alguma maneira mantém-se uma ligação imaginária com o objeto, e o termo incorporação parece apropriado para este tipo de má resolução. Creio, portanto, que talvez fosse mais adequado utilizar para este tipo especial de “luto”, que mantém o objeto encriptado para ser preservado, o termo inclusão, criado pelos próprios autores. Além disso, nem sempre a melancolia, mesmo nos casos de um trauma sexual precoce, se deve ao desejo de preservar o objeto ideal. O narcisismo do sujeito pode ficar francamente abalado por ele próprio ter ferido seu ideal, ao participar com gozo do ataque sexual ao qual foi submetido. Apesar desses comentários, os autores, sem dúvida, trouxeram uma rica e original contribuição ao estudo dos destinos possíveis de uma perda.

5

Um Caso Clínico: O Luto e seus Destinos

Como observamos, um aspecto da teorização freudiana sobre o luto merece atenção especial, pois foi incorporado pela psicanálise como um dogma e, apesar da importância clínica do tema, muitos analistas ainda tratam os destinos de uma perda de objeto tal como foi postulado por Freud em 1915: a resolução do luto ou a queda na melancolia.

São vários os destinos possíveis de um luto, desde o pleno resgate da libido, a soluções de compromisso sintomáticas: neuroses transitórias ou não; até os quadros mais graves como a melancolia ou a psicose alucinatória. Muito temos ainda a descobrir em relação a esse processo. Ao nos fixarmos apenas nesses dois destinos, deixamos escapar a dimensão múltipla dos destinos de uma perda, congelamos nosso olhar, correndo o risco de não valorizarmos suficientemente que uma perda afetiva significativa pode provocar dificuldades psíquicas muito mais variadas do que apenas o quadro grave da melancolia.

Apesar da formidável contribuição freudiana, como bem observou Karl Abraham, e podemos afirmar ainda hoje, o processo de luto permanece assaz misterioso. A experiência clínica revela que a perda de uma pessoa amada pode fazer surgir vários tipos de perturbações psíquicas, e isso se verifica também na ausência de uma estrutura obsessiva.

A elaboração de um luto muitas vezes ocorre de forma apenas parcial, a libido não se liberta totalmente do objeto perdido e outros sintomas surgem devido a essa meia elaboração. Tentarei ilustrar isso com uma vinheta clínica, relativa a um atendimento ocorrido há vários anos atrás:

Maria, uma mulher no início de seus quarenta anos procurou análise, alegando que já não agüentava tanto sofrimento, tanta angústia. Tentava em vão se consolar com palavras tranqüilizadoras e racionalizações, mas nada adiantava, a dor insistia. Seus terrores se traduziam num medo incontrolável de perder seus filhos. Qualquer mínimo atraso, qualquer indício de doença ou afastamento um pouco mais longo, era vivido como uma tragédia iminente. Não tinha a menor dúvida de que se tratava de um sofrimento neurótico, mas tudo era inútil, vivia avassalada pelo medo. As coisas pioraram depois que os filhos cresceram e ganharam certa autonomia. Daí em diante, sua vida tornara-se um inferno, e tentava não escravizar seus filhos com seus temores infundados.

Observou que lamentava muito isso estar ocorrendo, pois estava num momento particularmente feliz de sua vida. Com o crescimento dos filhos, voltara a ter mais tempo para se dedicar a seu trabalho, tinha um companheiro amoroso, uma vida sexual que a satisfazia, bons amigos e uma situação financeira confortável.

Perdera seu pai uns quinze anos antes, e era muito ligada a ele. Tinha dificuldades com a mãe, mas conseguira um relacionamento razoável com ela, embora não especialmente amoroso. Sofrera muito com a morte súbita do pai, tendo levado muito tempo para sair de uma profunda tristeza com a perda de quem tanto significou para ela.

Engravidara de seu primeiro filho logo após a morte do pai, (decidira engravidar antes de sua morte), e não tinha dúvidas que isso ajudara muito a superar sua dor.

No desenrolar de nossos encontros, eu pouco falava e Maria continuava avassalada pela sua angústia, perplexa e desanimada com nossa experiência. As propostas clássicas psicanalíticas povoavam minha mente. Escutava Maria, mas pouco ouvia. Nada comprovava minhas suspeitas, que, aliás, giravam em torno dos pressupostos teóricos psicanalíticos. Ambivalência excessiva? Medo/desejo de morte dos filhos? Gozo do supereu? Neurose traumática?

Um dia, um sonho: “Hoje tive um sonho estranhíssimo. Não tinha história, nem nada... Não sei porque ele ficou me invadindo, na verdade, era só uma imagem, e ela apareceu muitas vezes hoje de novo, quando já estava acordada. Era um vidro de conserva e dentro dele havia um tumor; mais parecia um queijo branco, como a *mozzarella* de búfala, boiando num líquido. Não faço a menor idéia do que esse sonho possa significar”.

Pensei sobre o sonho, mas nada me ocorreu. Lembrei-me da advertência freudiana para selecionar um pedaço do sonho e solicitar associações a partir do fragmento, quando nada se produzisse em torno do sonho como um todo. Tumor? Comecei a repetir; para mim mesma: tumortumortumor, morto! Digo: “Maria, tumor ao contrário é morto”.

Maria começou, então, a fazer outras associações: o branco lembrava o lençol branco que envolvia seu pai, quando foi enterrado. Estava em viagem quando ele faleceu. Ao chegar já o encontrara no caixão. A religião judaica enterra seus mortos nus, como vieram ao mundo, enrolados num lençol branco, e não se pode abrir o caixão. Maria lembrou que havia pedido insistentemente para tocar seu pai, explicando que não pudera vê-lo morto. Um religioso, penalizado, abriu o caixão rapidamente, e ela o tocou.

“Não é possível”, disse ela emocionada, “15 anos se passaram e eu não consigo enterrá-lo”!

Um queijo - *mozzarella* de búfala - conservado num vidro. Um tumor. Um pai muito amado, judeu, vindo da Itália com a invasão do nazismo. Um pai-mãe, um pai-filho, um pai morto-vivo.

Após esse sonho, prosseguimos nossos encontros onde predominava o assunto do pai vivo e do pai morto. Sua angústia havia sido deslocada para seus filhos, eleitos, entre outras razões, por terem sido justamente concebidos em pleno luto paterno. A

contaminação da vida com a morte se deu. Em meio ao luto irrompeu uma brusca erupção de vida mesclada com a morte.

Maria lembrou-se que, logo após a morte de seu pai, acordava no meio da noite temerosa de morrer também. Além disso, “provocara” um acidente de automóvel na primeira semana após o desaparecimento do pai. Esses sintomas passaram com relativa rapidez, mas não a tristeza, essa levava muito tempo...

Sempre fora uma mãe preocupada e cuidadosa com seus filhos, mas como eram crianças saudáveis que adoeciam pouco, não valorizara como um corpo estranho a angústia que eclodia nas ocasiões em que estavam doentes. Só com o crescimento deles, quando não tinha mais controle absoluto de seus movimentos, pois já andavam desacompanhados, foi que irromperam as freqüentes crises de angústia, injustificadas, aos seus próprios olhos.

Retomando a preciosa contribuição freudiana, verificamos que, em qualquer processo de perda, o primeiro movimento é o de incorporação do objeto amado perdido, mecanismo que empresta vida ao objeto, vitaliza o amor que se foi. Entretanto o que se observa é que nos processos de luto normal tal incorporação é rápida, transitória, e o psiquismo se vê obrigado a se curvar ao teste de realidade.

Concordamos que esse processo de incorporação é, efetivamente, muito mais longo nos casos dos lutos não tão bem sucedidos, mas, como já observamos, tais casos não se limitam a um destino melancólico. Maria, apesar de suas eclosões de angústia era uma mulher vivaz, interessada na vida e vaidosa. Entretanto, carregava um processo de luto ainda por elaborar.

A incorporação de um objeto morto é produtora de muita angústia, mesmo quando diante de uma perda sem ambivalência excessiva. Sabemos da proximidade do conceito de incorporação com o da identificação, e, ao convocarmos o objeto morto ao nosso interior a fim de não nos separarmos dele, invocamos concomitantemente uma angústia avassaladora, pois os vivos não se misturam harmoniosamente com os mortos.

Ao emprestarmos vida aos mortos pagamos com um pedaço de nossas vidas e, no mínimo, com a ameaça de nossa própria morte. Não há negociação possível com a morte cuja moeda não seja a própria vida. A incorporação de um morto que se quer vivo, de um morto-vivo, é uma solução de compromisso provocadora de intensa angústia, indutora de um pouco de morte.

Esse caso clínico permite supor que, em muitos casos, a perda por morte e a conseqüente incorporação do objeto morto, transformado num morto-vivo, provoca uma intensa angústia que não está vinculada nem à ambivalência, nem à culpa, mas sim ao desejo de se unir ao objeto, à impossibilidade dele se separar e, ao mesmo tempo, ao terror do que essa união significa: a própria morte.

Bowlby (1962) já havia afirmado que a persistente busca de união com o objeto definitivamente perdido é o principal motivo do luto patológico, e isso sempre aparece de forma mascarada, distorcida.

Temos uma vastíssima produção na cultura de mitos, lendas, figuras de religião que expressam de uma forma ou outra esse processo que tentamos descrever. São os nossos famosos vampiros, fantasmas, zumbis, que retornam do inanimado, ameaçando-nos. São metáforas, criações que não cessam de ser construídas e, atualmente, contamos com todo arsenal tecnológico da contemporaneidade contribuindo para multiplicar essas produções, principalmente na indústria cinematográfica.

Uma *mozzarella* de búfala num vidro de conserva - “um cadáver saboroso” - e a recusa de abrir mão de uma posição libidínica tão confortável: a ilusão da proteção que poupava Maria do profundo sentimento de desamparo. A incorporação instalou-se pela recusa parcial das conseqüências daquela morte, a perda de um objeto que significava uma promessa de escapar da angústia ante o destino incontrolável.

Considero que o processo de luto é um dos maiores desafios ao equilíbrio do psiquismo e que, além disso, dependendo do tipo de perda, ou seja, no caso de mortes súbitas, precoces, violentas, de um filho, a elaboração pode se tornar assaz complexa,

com grandes possibilidades de um fracasso parcial deste trabalho. É um momento em que enormes dificuldades se impõem ao sujeito, e alguns sucumbem ou apenas conseguem encontrar uma meia solução, uma meia elaboração. A morte, destino inexorável de todo o ser, é dificilmente absorvida pela civilização ocidental, que diante do golpe narcísico mais contundente, descobre caminhos tortuosos na doce ilusão de um drible possível. Diante da morte não há negociação harmoniosa possível: ou ela é plenamente aceita, ou nos cobra um pedaço de nossas vidas. São os nossos mortos vivos que não nos deixam em paz, ou melhor, somos nós quem não os deixamos em paz.

Com mais um ano de trabalho, Maria pôde prosseguir no seu trabalho de luto, na elaboração e realização de sua perda. Reconheceu, nesse período, que fazia, muitas vezes, exigências exageradas ao companheiro quando este falhava em sua função protetora. Aceitou a idéia de que, provavelmente, nunca mais teria na vida alguém que a poupasse tanto dos dissabores do dia a dia como o fizera seu pai.

Finalizou seu percurso, observando que a perda de seu pai fora a maior dor de sua vida. Concluímos que chegou mesmo a ter saudades da dor que sentia, pois no sofrimento estivera perto dele e, hoje, já se sentia longe, muito longe.

Certamente o que Maria desenvolveu não fora uma melancolia, mas, por outro lado, também não havia conseguido elaborar completamente o luto pela morte do pai. O desejo de se unir a ele permanecia e a angústia e dor se faziam presentes na relação com os filhos. Acreditava que não suportaria mais viver se algo acontecesse a eles. Um resto de luto ficara, a angústia da morte rondava, restos inconscientes, elaborações e ligações faltosas...

A Sociedade Contemporânea e a Depressão

Após o percurso pelas contribuições psicanalíticas que julgamos relevantes ao estudo das depressões, e a defesa de que são várias as conseqüências possíveis da perda de um objeto querido para o psiquismo, voltemos ao outro propósito deste trabalho, que visa destacar fatores atuais que consideramos capazes de determinarem, pelo menos parcialmente, o desenvolvimento de uma neurose depressiva. Para isso, julgamos pertinente percorrermos alguns estudiosos da sociedade contemporânea que consideram que ela vem se organizando de forma a produzir sérios abalos psíquicos, principalmente os estados depressivos. Tentamos também situar a depressão, em termos numéricos, no cenário mundial.

Várias pesquisas e inúmeros autores concordam que a depressão tornou-se o mal maior da sociedade contemporânea. É interessante observar que a maioria dos estudiosos desse tema é extremamente crítica em relação à sociedade contemporânea industrializada, alegando que ela vem provocando um sério empobrecimento emocional e ético dos indivíduos. Alguns autores evidenciam uma nostalgia em relação ao passado, considerando o homem moderno mais sujeito a colapsos psíquicos, depressões e fracassos.

Após a segunda guerra mundial, difundiu-se a depressão em nossa sociedade, tornando-se um problema de saúde pública (Ehrenberg, 1998). Curioso é que ela se estabelece como a patologia moderna numa época de abundância e não de crise econômica. A depressão se infiltra em nossa sociedade com as modificações das nossas instituições, nossos hábitos, nossas relações.

Em 1967, um pesquisador da Organização Mundial de Saúde (Lin, 1967) estima que, em quinze anos, dobraram as taxas das doenças mentais não psicóticas, já

o índice de psicóticos permaneceu o mesmo. O pesquisador observa que essas taxas crescentes de quadros depressivos se devem ao alongamento da vida com as conseqüentes doenças associadas à velhice, e às mudanças incessantes do ambiente psicossocial: desintegração da família, solidão, etc.

A Associação Americana de Medicina, em 1989, confirma que o risco de depressão aumentou consideravelmente para as pessoas que nasceram após 1945. Estariam incluídas neste risco pessoas de todas as faixas etárias, incluindo os jovens e os adolescentes que, até então, estiveram relativamente imunes contra esse mal (Klerman & Weissman, 1989).

Vale a pena observar que esses estudos foram feitos na sociedade ocidental desenvolvida. Os pesquisadores incluem, nos quadros depressivos, o alcoolismo e o abuso de drogas, considerando que as toxicomanias nada mais são do que formas disfarçadas de depressão. No campo psicanalítico há uma séria discussão em torno desta questão. Alguns defendem as toxicomanias como sintomas de depressão, outros incluem-nas no quadro da perversão, e ainda há psicanalistas que supõem que elas devem ser consideradas como uma entidade clínica isolada.

Apesar da difusão dos quadros depressivos, as pessoas que nasceram após 1945, paradoxalmente, gozam de uma saúde física superior à de qualquer outra época da humanidade, assim como foram educadas num tempo de prosperidade econômica única. Os estudiosos levantam a possibilidade desses índices de um aumento significativo serem resultados do fato de que médicos clínicos são consultados para problemas psicológicos, coisa que não ocorria anteriormente, ou até mesmo das mudanças nas próprias práticas de diagnóstico. Concluem que, apesar dessas variáveis, pode-se ratificar a afirmação de que houve um real aumento na incidência dos quadros depressivos, e que os fatores causadores desta afecção podem ser localizados nas mudanças da estrutura social. A urbanização, a mobilidade geográfica com as conseqüentes rupturas afetivas, a mudança nos papéis sexuais e a desestruturação familiar, são alguns dos fatores citados que justificam o aumento do desequilíbrio

psíquico e da depressão que, conseqüentemente, se instala.

Segundo um artigo de André Trigueiro (2002) no jornal o Globo, de acordo com as estatísticas, aumentam de forma inquietante os suicídios no Brasil e no mundo. Para a Organização Mundial de Saúde, o suicídio já é uma das três principais causas de morte das pessoas entre 15 e 44 anos, sendo que apenas no ano 2000 aproximadamente um milhão de pessoas se suicidaram no mundo.

No Brasil, conforme o mapa da Violência III, produzido pela Unesco com base em dados oficiais do Ministério da Saúde, os suicídios aumentaram 30,8% na última década, um crescimento superior ao dos óbitos por acidentes de trânsito no mesmo período. Os próprios pesquisadores consideram esse crescimento abaixo da realidade, uma vez que as estatísticas não revelam o preenchimento incorreto dos atestados de óbito, ou sua adulteração a pedido da família do suicida.

No entendimento do Ministério da Saúde, o suicídio já é considerado um problema de saúde que tem, como principal causa, a depressão. Esta doença, segundo a Organização Mundial de Saúde, atinge pelo menos 8% da população mundial. Nos Estados Unidos os índices de suicídio são ainda superiores aos do Brasil.

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde – o DSM-4-, três por cento da população norte-americana sofre de depressão crônica - aproximadamente 19 milhões de pessoas. A depressão é a maior causa de incapacitação em pessoas acima de cinco anos de idade. Esses números são estarrecedores, e, mais ainda, se considerarmos que as pesquisas apontam um aumento expressivo dessa sintomatologia.

Desde o séc. XIX que se estuda as relações entre doença psíquica e sociedade. A neurastenia é a primeira doença considerada como fruto de problemas na própria estrutura social. Autores como Charcot, Freud, Janet, Ribot, entre outros, se debruçaram sobre ela, assim como a grande imprensa, mobilizando a opinião pública, os artistas e os escritores. O princípio básico que norteia a causalidade da neurastenia repousa na crença de que algo provocado do exterior provoca uma reação patológica,

sem haver necessidade de se recorrer a nenhum fator endógeno para dar conta de um comportamento mórbido (Ehrenberg, 1998).

O americano George Beard, que inventou a neurastenia em 1869, a considerou como a doença da vida moderna, devido às mudanças de uma nova época, advindas da indústria e das grandes cidades. A noção de problema funcional, que designa uma reação patológica a um acontecimento, deu margem à possibilidade de se entender os distúrbios psíquicos sem o apoio da noção de lesão orgânica. A neurastenia foi considerada como um esgotamento nervoso fruto das mudanças na sociedade. Assim, caiu por terra a noção de que um distúrbio mental implica sempre uma degenerescência; o fator social destaca-se como causa mais importante. Quase todos os sintomas cabiam na classificação de neurastenia: diminuição das funções, fadiga, falta de apetite, fragilidade permanente nas costas, histeria, dores de cabeça etc. Qualquer sintoma não sustentado por uma anomalia orgânica era considerado como um caso de neurastenia.

As causas desta afecção foram localizadas na organização social por vários autores. Kraft-Ebing, em 1895, observou que as transformações que ocorreram na sociedade industrializada provocaram exigências maiores no campo profissional. Para se alcançar um bom status, fez-se necessário um enorme dispêndio de energia psíquica, que é desproporcional às compensações obtidas.

Léon Biswanger, em 1896, evocou a caça desenfreada pelo dinheiro e pelos bens de consumo, assim como o extraordinário progresso da técnica, que facilitaram a locomoção temporal e espacial, como causas possíveis para a epidemia neurastênica. Wilhelm Erb (1887) também ressaltou que as exigências para se obter a independência econômica ficaram muito maiores, e que o indivíduo começou a anelar por luxos outrora impossíveis para certas classes sociais.

Novos meios de transporte (trem) e a conseqüente facilitação de locomoção espacial, difusão da riqueza e do luxo, novo papel das massas na vida política, declínio da religião, venenos da vida moderna: o álcool e até mesmo a literatura exploradora da profundidade da alma humana são os fatores sociais declinados, sem se conseguir traçar

com precisão quais os que, efetivamente, poderiam ser responsáveis pelo estabelecimento de um quadro neurastênico.

O que importa realmente aqui é o fato da neurastenia ter sido considerada uma perturbação causada por novas formas sociais, embora não tivessem sido precisamente delimitadas quais as características que induziam ao desenvolvimento da neurastenia. Pelo que vimos, os fatores eram declinados sem nenhum critério, chegando a ponto de certo tipo de literatura romântica ter sido responsabilizado.

Não se pode mais, hoje em dia, ter um olhar para o ser humano independente da cultura que o cerca. Norbert Elias (1987), autor enfático quanto à constituição do homem pela sociedade em que vive, afirma que não há nenhuma possibilidade do ser humano ser estudado, a não ser sob a ótica de sua inserção numa determinada rede social, da qual depende inteiramente. Considera que, de forma alguma, se pode pensar um eu sem um nós. Coloca-se frontalmente contra a oposição dentro e fora, interior e meio ambiente. Defende que o desenvolvimento individual se dá como numa conversa contínua, onde as colocações e perguntas de um evocam as respostas do outro e o rumo da conversa depende da relação entre os dois interlocutores.

O bebê não se desenvolve como o fruto da interação de um fora e de um dentro, primariamente diferenciados, mas sim como resultado de um precipitado de relações que só pode ser entendido a partir de toda uma trama social. A criança se constitui a partir da fala do outro, numa configuração que é só dela, que a especifica, mas que, concomitantemente, resulta de sua relação com os outros e exprime a teia humana na qual está inserida. O ser humano cresce nesse entrelaçamento incessante e sem início passível de delimitação; até mesmo o que ele chama de sua vida mais íntima, seu “interior” é marcado pela história de seus relacionamentos.

As próprias identificações do eu não se estabilizam numa posição rígida, a partir do final da infância. Elas são suscetíveis a mudanças e transformações no decorrer de toda a vida. De fato, essas mudanças podem não ser tão marcantes, nem se manifestarem de forma tão óbvia, quando se trata de adultos, já que as influências mais

poderosas e indeléveis são as da primeira infância, como Freud assinalou. De qualquer forma, não se pode perder de vista esta dimensão, ou seja, de que os indivíduos estão em constante processo de mudanças dentro da sociedade em que vivem, não sendo, portanto, entidades estanques, isoladas.

Segundo Elias, as ciências humanas criam divisões artificiais, separando os seres humanos em diferentes áreas de controle, como as dos psicólogos, dos antropólogos, dos historiadores etc. Mas, na verdade, as estruturas do psiquismo, da história e da sociedade humana são completamente indissociáveis e complementares. Para o autor, os pesquisadores atuais se esquecem desta dimensão, acreditando num isolamento dessas áreas, e isso é completamente artificial. Apesar de valorizar essa observação de Elias, creio que essa divisão de campos tem seu valor pragmático, desde que consideremos o fato de que o ser humano se constitui e depende inteiramente da trama social. Se não perdemos isso de vista, a divisão das áreas de estudo, apesar do artificialismo de seu recorte, tem a vantagem de permitir um estudo mais específico, com um instrumental mais diferenciado e fino, das diferentes áreas.

É comum os estudiosos da sociedade contemporânea valorizarem a liberdade do indivíduo moderno, em contraposição à posição mais restrita que cabia aos indivíduos no passado. Porém, Elias ressalta que, por mais que, na sociedade moderna, se tenham ampliado as formas possíveis de se viver, é completamente utópico pensar uma estrutura social que não imponha restrições à liberdade individual. Uma vez inserido numa determinada rede social, o indivíduo terá, de uma forma ou outra, que escolher um modo de funcionamento dentre os que são possíveis na estrutura social vigente. Até mesmo a liberdade de escolha entre as possíveis funções sociais que vá exercer depende de certas condições que restringem sua liberdade individual. O indivíduo depende amplamente do lugar onde nasceu, da família onde foi criado, da escolaridade que lhe foi possível obter. A liberdade individual é, portanto, de alguma forma limitada.

A própria rede de relações familiares, pai, mãe, filhos, por mais peculiares que possam ser, variando em detalhes, depende da estrutura básica da sociedade em que a criança nasce, e que pré-existe a ela.

A sociedade contemporânea envolve muitas tensões, sendo que o trabalho consome a maior parte de nosso tempo, e ainda por cima oferece um campo que pode restringir nossas inclinações e preferências pessoais, por mais que, sem dúvida, esse campo tenha se ampliado ultimamente. Aos jovens é oferecido um amplo leque de conhecimentos, opções possíveis, que, infelizmente, diminuirão consideravelmente quando forem obrigados a se defrontar com a vida adulta e as exigências características desse período. Mergulhados numa ilha da fantasia, onde tudo parece possível, os sonhos que perseguiam se transformam numa dura realidade à medida que são obrigados a participar do mercado de trabalho. Não só as pulsões terão que ser socializadas; as limitações e especializações impostas pelo mercado, assim como a acirrada competição em que vivemos, tornarão especialmente difícil a entrada do jovem no mundo adulto produtivo. A probabilidade de que o indivíduo fracasse em algum aspecto de sua vida será muito aguda: “Entre as necessidades e inclinações pessoais e as exigências da vida social, parece sempre haver, nas sociedades que nos são familiares, um conflito considerável, um abismo quase intransponível para a maioria das pessoas implicadas” (Elias, 1987/1997:17).

Com relação ao ideal do eu, Elias nos adverte que, ao mesmo tempo em que ele é inteiramente pessoal, é também característico de uma determinada sociedade. Não é possível construir um ideal completamente independente das exigências sociais.

A pessoa não escolhe livremente esse ideal entre diversos outros como o único que a atrai pessoalmente. Ele é o ideal individual socialmente exigido e inculcado na maioria das sociedades altamente diferenciadas. Evidentemente, é possível fazer-lhe oposição, mesmo nessas sociedades. Existem recessos em que o indivíduo pode furtar-se à necessidade de decidir por si e de se realizar destacando-se dos outros. Mas, em geral, para as pessoas criadas nessas sociedades, essa forma de ideal de eu e o alto grau de individualização a ela correspondente são parte integrante de seu ser, uma parte de que não podem

livrar-se, quer a aprovem ou não (Elias,1987/1997:118).

A realização dos ideais sociais é atingida por poucas pessoas. A maioria não alcança as posições de prestígio e poder valorizadas pela sociedade atual. Os que conseguem, carregam consigo o sentimento de realização, de prazer e de triunfo. Já os que não preenchem os requisitos exigidos sofrem do oposto, ou seja, de um sentimento de insatisfação e de frustração à medida que seus ideais de juventude fenecem:

Os sentimentos de realização dos primeiros correspondem nos últimos aos de não realização, aborrecimento, apatia, depressão, culpa e ausência de significado na vida. O que está em questão é o desencontro entre esses esforços e as oportunidades socialmente oferecidas de levá-los a bom termo (Elias,1987/1997:121-122).

Para que a vida em sociedade se torne menos sofrida, é necessário que as aspirações e metas dos indivíduos que as compõem possam ser atingidas. Isso só poderá acontecer se a estrutura social sustentada pelas atividades dos próprios indivíduos for construída de maneira a favorecer a harmonia, e não as pulsões destrutivas e agressivas dos grupos e indivíduos. Elias advoga, que, atualmente, as sociedades, especialmente as mais desenvolvidas e industrializadas, vêm desconsiderando essa premissa e obedecendo a padrões tomados como inquestionáveis, ou mesmo, confiando no próprio acaso. A pouca preocupação com essas questões vem ocasionando conflitos, fracassos e depressões muitas vezes devastadores.

Bauman (1997), junto com outros autores, destaca a liberdade individual como o predicado mais valorizado pela sociedade contemporânea, assim como o que mais está contribuindo para o atual mal-estar. Nas sociedades anteriores, o mal-estar era fruto de um investimento excessivo na segurança em detrimento do prazer. Atualmente, o que prevalece é justo o oposto: descarta-se a segurança e busca-se, cada vez mais,

sensações intensas e experiências carregadas de muita emoção. A liberdade individual com sua conseqüente busca do prazer está hiper valorizada. Mas, infelizmente, o que se observa é que a felicidade tão almejada não é atingida.

Vários profissionais são jogados fora do mercado, pois suas ocupações se tornaram obsoletas. Os projetos eram, anteriormente, de longo prazo e não se buscavam recompensas imediatas. A instabilidade reina na sociedade contemporânea, o mundo se tornou extremamente volátil.

Os empregos não oferecem mais garantias, mesmo que o profissional seja competente. Nenhuma posição é inteiramente segura, e até carreiras aparentemente promissoras podem se revelar, de uma hora para a outra, inteiramente inúteis. “Meio de vida, posição social, reconhecimento à utilidade e merecimento da auto estima, podem todos desvanecer-se simultaneamente da noite para o dia e sem se perceber” (Bauman,1997: 33).

O mesmo ocorre com as relações interpessoais. O outro é considerado como alguém com o dever de provocar sensações prazerosas, e a tolerância para qualquer coisa que fuja a essa “ordem” vêm diminuindo consideravelmente. As pessoas são tratadas como objetos a serem consumidos e descartados. Tal linha de conduta não favorece ligações duradouras, construtivas e estáveis, necessárias a uma certa paz de espírito. Retira-se das relações os direitos e obrigações, não se edificando entre as pessoas a confiança tão imprescindível à solidariedade. Dado o predomínio da busca pelo prazer, as famílias vêm se desintegrando por razões bastante fúteis. A sexualidade, muitas vezes, se desprende de qualquer contexto relacional e do encontro sexual nada resulta senão o próprio sexo.

Reinam, portanto, na concepção de Bauman, os encontros fortuitos, as relações passageiras e a profunda instabilidade na área profissional. Nesse cenário de incertezas e falta de confiabilidade, o sujeito não consegue se aproximar de um ideal de felicidade, estando à mercê de um destino bastante favorável à depressão.

Sennett (1998) localiza no imediatismo, nas incertezas, na falta de projetos de longo prazo e no descompromisso, típicos de nossa era, uma consequência extremamente grave: a corrosão do caráter. Segundo esse autor, o caráter se constitui dos valores pessoais que construímos e consideramos dignos e que esperamos que os outros valorizem também. O caráter pessoal só pode ser bem arquitetado num prazo considerável, e envolve necessariamente lealdade, compromisso mútuo, estabelecimento de metas futuras e adiamento de satisfações imediatas.

Não é possível edificar uma estrutura de caráter sólida numa sociedade como o “capitalismo flexível” onde lealdades e compromissos mútuos vivem se desfazendo em prol de um imediatismo econômico soberano. O princípio de “não há longo prazo” corrói a confiança, lançando a vida emocional à deriva. Esse capitalismo de curto prazo corrompe o caráter, que é o sustentáculo das ligações entre os seres humanos, dando a cada um a noção de identidade estável.

A incerteza dos tempos modernos tem algo de muito peculiar, pois ela não vem acompanhada de qualquer catástrofe histórica, ao contrário, ela foi completamente assimilada pelo capitalismo vigente. Ela é tomada como completamente normal, exigindo-se que o indivíduo adapte-se a ela. A flexibilidade, teoricamente, poderia expandir a liberdade pessoal, destruindo os males da rotina; porém, segundo Sennett, essa nova prática só serviu para novas formas de poder e controle serem criadas.

Hoje, a cultura empresarial trata a meia-idade como obsoleta, desvalorizando a experiência do indivíduo. Não se valoriza a acumulação de conhecimentos sobre uma mesma base, só as pessoas jovens são valorizadas, por serem consideradas como mais criativas e inovadoras. Há um enaltecimento da juventude, esta sim, apta aos riscos e à flexibilidade.

O fracasso é o grande fantasma da sociedade. Ele atinge não mais só a classe trabalhadora, como também a classe média, ou seja, pessoas bem educadas, com um bom nível de escolaridade. Tragédias súbitas invadem famílias estruturadas, com as reduções de quadros e reengenharias empresariais, causando colapsos psíquicos muitas

vezes insuperáveis.

Como conciliar este modelo econômico com a célula familiar, onde o que deve ser enaltecido é justamente o oposto, ou seja, os deveres mútuos, a colaboração, a confiança, a lealdade e as metas de longo prazo? Criado nestes valores, o indivíduo tem que redimensioná-los na sua vida profissional e isso acaba transformando seu caráter. “Um regime que não oferece aos seres humanos motivos para ligarem uns para os outros não pode preservar sua legitimidade por muito tempo” (Sennet, 1998/1999:176).

Giddens (1992) em seu livro *A Transformação da Intimidade*, dedica uma atenção especial às mudanças no relacionamento amoroso e no casamento, e suas conseqüências na formação familiar. No século XIX difundiu-se a idéia do amor romântico. Como conseqüência, gradativamente, começaram a ser valorizados nos laços matrimoniais, além da posição social e financeira do futuro cônjuge, aspectos afetivos, emocionais e sexuais. Essa tendência foi extremamente intensificada no séc. XX, chegando a ponto do casal valorizar mais a questão amorosa do que as responsabilidades com os filhos.

Com o passar dos tempos, a estrutura familiar modificou-se. As mulheres passaram a ter um papel mais importante na educação dos filhos, já que as famílias diminuíram consideravelmente de tamanho, e passou-se a valorizar a vulnerabilidade infantil, sendo a mãe a grande responsável pelo respaldo emocional das crianças. O foco central familiar deslocou-se “da autoridade patriarcal para a afeição maternal”, como escreveu Mary Ryan (1981:102).

Até muito recentemente, as mulheres deixavam a casa paterna somente para casarem-se. Nesta última geração é que as mulheres passaram a valorizar sua independência financeira. Mesmo assim, a grande maioria ainda dá um valor fundamental às suas ligações afetivas, e ter um companheiro garante um certo prestígio social.

Apesar da conquista social da mulher, ela ainda ocupa um lugar desvalorizado

na sociedade. O que Ehrenreich (1983) denomina como uma “fuga ao compromisso” com relação às obrigações do contrato conjugal, por parte dos homens, coincide com a mudança do padrão das relações sexuais, que se encaminhou em direção ao relacionamento puro, onde a ênfase recai sobre a emoção sexual em detrimento dos outros valores. Esta mudança trouxe várias conseqüências, especialmente para as mulheres, acostumadas tradicionalmente a um lugar de maior dependência, provocando desintegrações familiares bastante significativas. A rotina provoca uma sensação de segurança ontológica, e quando essa é rompida o indivíduo fica extremamente vulnerável.

Gullo (1989) propõe a existência de uma neurose que denominou de “neurose amorosa”, a partir de um estudo comparativo entre os soldados da guerra do Vietnã e pessoas que terminavam uma relação amorosa séria e significativa. Aparentemente, essa comparação banaliza a intensa angústia provocada pela neurose de guerra, mas o que foi detectado é que, muitas vezes, a reação à perda amorosa sofrida é tão intensa e a recuperação tão longa e penosa quanto nas neuroses de guerra. Nos dois casos, estamos diante de um trabalho de luto que envolve dor e culpa, e o tempo necessário para se terminar esse trabalho depende do grau de envolvimento na relação. Para um relacionamento poder durar, exige-se um compromisso sem reservas, mas aqueles que compartilham essa experiência correm o risco de um grande sofrimento, caso esse relacionamento venha a terminar por decisão do parceiro.

Pode-se comparar o esforço necessário à elaboração de uma separação entre adultos com aquele que um adulto tem que fazer para se libertar de um envolvimento compulsivo com experiências e traumas ocorridos na infância. Muitas vezes, esse processo fracassa e o indivíduo não consegue se libertar de seu passado psicológico, permanecendo preso às tramas do vivido.

O que Gullo (1989) descreve vem ao encontro do que observamos na clínica e na vida, e que podemos denominar de depressão-solidão. Nesse sentido, consideramos que perdas muito significativas na vida adulta podem provocar distúrbios psíquicos, que

muitas vezes se cronificam, constituindo um quadro depressivo.

Ehrenberg (1998) dedicou um denso estudo às relações da vida moderna com a incidência dos quadros depressivos. Observa que, nos anos 70, instituiu-se a idéia central de que o homem é individualmente proprietário de sua vida, e sua meta é a auto-gestão. O homem, soberano de si próprio, tal como preconizado por Nietzsche, está prestes a se tornar um fenômeno de massa. Nada além de si próprio pode indicar o caminho que deve escolher, já que pretende ser o único proprietário de si. Reina sociologicamente o indivíduo puro, a pessoa que tem completo domínio sobre si mesmo, escolhendo livremente seu destino.

Ora este indivíduo é certamente inseguro, pois não há nada no exterior para lhe indicar sua conduta, já que cabe a ele elaborar suas próprias regras. As normas de hoje exigem que você seja você mesmo, assim como as de antigamente comandavam a ser disciplinado ou aceitar sua condição, mas nada pode garantir que haja menos experiência subjetiva no constrangimento disciplinar do que no enaltecimento do pessoal. O “pessoal” é um artigo normativo; é, como toda norma, perfeitamente impessoal (Ehrenberg, 1998:157).

Este imperativo vem acompanhado de outro: “seja um sucesso”. Essas ordens atingem também as crianças e os adolescentes. Não só as exigências aumentam, como as próprias pessoas se responsabilizam por seus fracassos e isso vem acompanhado de culpabilidade e depressão.

Seja qual for o domínio - escola, família, negócios, profissões - houve uma mudança radical na sociedade. Não se preza mais a obediência, a disciplina, a conformidade à moral vigente, mas sim, a flexibilidade, a rapidez de reação, a capacidade de mudança. Espera-se que o indivíduo tenha completo domínio de si, mobilidade psíquica e afetiva, capacidade de ação. Exige-se que o indivíduo demonstre uma extrema maleabilidade adaptativa a um mundo sem permanência, instável, provisório, denominado por Bauman de “modernidade líquida”.

Se essa mudança na estrutura social durante muito tempo foi considerada

benigna e ligada a uma perspectiva de progresso infinito, de possibilidade de ascensão social, hoje ela tem trazido prejuízos relevantes. O medo da queda, da incompetência, que incide sobre o sonho da esperança de ascensão social é mais forte do que o benefício anelado, e nada melhor para expressar isso do que a fragilidade, a vulnerabilidade e a precariedade que vem afligindo os indivíduos submetidos às novas “normas” sociais. Para Ehrenberg (1998), a depressão é o resultado da resposta patológica à liberação psíquica e ao império da iniciativa. O indivíduo está cansado e incapaz de dar conta dessas novas exigências sociais.

Um estudo realizado no *Centre Jean Favreau*, em Paris, que recebe cerca de 1000 demandas de terapia por ano, verificou que, a cada ano, aumenta o número de pessoas com problemas relativos não à vida fantasiosa, mas à realidade factual. As problemáticas antes centradas sobre o conflito entre o desejo e o interdito foram amplamente superadas por aquelas relativas à perda de objeto e às vacilações na identidade subjetiva. No caso dos distúrbios depressivos causados pelas transformações sociais, o traumatismo se deve a sofrimentos relacionados às insuficiências na área das performances e aos abandonos afetivos.

Ehrenberg (1998) advoga que numa cultura onde o que mais conta é a performance individual os custos energéticos são muito altos, pois o indivíduo está sempre sendo exigido a responder conforme as expectativas do sucesso.

O autor busca articular estas observações de cunho sociológico com uma incursão no campo psicanalítico propriamente dito, argumentando que se o conflito era o mal do qual a psicanálise se alimentava, hoje em dia, diante de novas demandas, o que toma conta da cena psíquica é a insuficiência, e o indivíduo é invadido pelo vazio. Em outras palavras, a velha culpabilidade, o reinado do Édipo, é substituído pela insuficiência, pelo medo de não atender às exigências, tendo como resultado a impotência e o vazio. Reinam, portanto, as lesões narcísicas.

A precariedade da vida se impôs sobre o homem, e ele é tomado pela desesperança. Emerge, no contexto atual, o homem traumatizado. O que se verifica não

é da ordem de um conflito, mas da pura insuficiência, bem ao estilo do que afirmava Janet, autor que considerava que a neurose se devia a um déficit: “A maior parte dos neuropatas são deprimidos, esgotados, ou o foram no início de sua doença: seus problemas mentais têm sua origem nesta depressão mesma” (Janet, 1919/1980:303). Para este autor, a depressão ou o esgotamento constituía o motor dos distúrbios de personalidade e da vontade, que ele denominava de psicastenias. Ehremberg (1998) faz um paralelo com esta elaboração, e afirma que, na contemporaneidade, a insuficiência ocupa o lugar que o conflito ocupou na primeira metade do séc. XX.

A perspectiva de Ehremberg (1998) em relação à metapsicologia freudiana escorrega, na medida em que se atém a uma conceituação do conflito como apenas restrito ao isso e ao supereu. Os quadros depressivos também implicam um conflito centrado nas relações entre o eu e o ideal do eu. O eu se julga inferior ao que estabeleceu como meta ideal e dessa comparação sai abatido. A insuficiência é, portanto, um resultado desse conflito. Nesse caso, o ideal do eu é invadido pelo supereu, que tiranicamente colorido pela pulsão de morte, exige que o sujeito alcance de qualquer maneira as metas edificadas pelo ideal do eu. Os efeitos dessa exigência correspondem à descrição do homem patologicamente atingido pelas demandas da contemporaneidade, ou seja, um homem, inibido, cansado e frágil.

Roudinesco (1999), psicanalista e historiadora com forte entrada na mídia, classifica toda sociedade atual como depressiva. Afirma que a globalização econômica pretende transformar os homens em meros objetos, dos quais o inconsciente, a culpa e o sentido íntimo devem ser inteiramente descartados. A sociedade democrática moderna tenta desconsiderar o infortúnio, a morte, a violência. Além disso, bane de seu território os grandes ideais, valorizando somente o pacifismo e a moral humanitária. Afirma que vivemos numa época pasteurizadora, cuja meta é a equalização dos seres humanos num sistema normativo e superficialmente tranqüilo. Qualquer ideal que não seja o do pacifismo é desvalorizado, e os entusiasmos devem ser banidos. Não há tolerância às dificuldades, aos sofrimentos próprios da vida; o máximo que se almeja é

uma vida razoavelmente confortável. A subjetividade é uma idéia que não interessa à sociedade, ela se dedica ao indivíduo para contabilizar seu sucesso e, quanto ao sofredor, encara-o simplesmente como uma vítima. A busca incessante de quantificar a deficiência, o trauma, não é feita com a finalidade de querer saber sobre a origem deles.

Saída da neurastenia, noção abandonada por Freud, e da psicastenia descrita por Janet, a depressão não é uma neurose nem uma psicose nem uma melancolia, mas uma entidade nova, que remete a um “estado” pensado em termos de fadiga, déficit ou enfraquecimento da personalidade. O crescente sucesso dessa designação deixa bem claro que as sociedades democráticas do fim do séc. xx deixaram de privilegiar o conflito como núcleo da formação subjetiva. Ou, a concepção freudiana de um sujeito do inconsciente, consciente de sua liberdade, mas atormentado pelo sexo, pela morte e pela proibição, foi substituída pela concepção mais psicológica de um indivíduo depressivo, que foge de seu inconsciente e está preocupado em retirar de si a essência de todo conflito (Roudinesco, 1999/2000:19).

Valorizando a perspectiva psicanalítica, Roudinesco (1999) adverte que, apesar de todas as tentativas das sociedades capitalistas democráticas de repelirem o Inconsciente, ele insiste e se faz presente. Apesar disso, a autora não pretende teorizar, dentro do campo psicanalítico, sobre aquilo que o que chama de “sociedade depressiva” produz: sujeitos acometidos por apatia e depressão. Limita-se, assim, a uma posição descritiva, impactante, porém pouco produtiva para a metapsicologia.

Pode-se bem observar que quase todos os autores mencionados destacam as exigências de sucesso, as incertezas da nossa era, a perda da segurança, a instabilidade, a súbita ruptura das relações, a necessidade de uma extraordinária flexibilidade por parte dos indivíduos, como os fatores primordiais desencadeadores dos distúrbios psíquicos que levam o homem a um esgotamento de recursos, instalando-se, muitas vezes, quadros depressivos que podem evoluir para uma neurose depressiva.

Sabemos que a flexibilidade dos indivíduos tem um limite. À medida que nos tornamos adultos, as fixações se tornam mais rígidas, e nossas identidades se constroem sobre certos valores, conquistas e relações que, se abruptamente quebrados, podem

provocar patologias bastante sérias. O equilíbrio humano não é completamente estável, estamos sujeitos a abalos que podem nos comprometer, rompendo nossas estruturas psíquicas. A auto-estima (narcisismo) depende de uma constante reafirmação. Se esta necessidade ocorre de forma exagerada nos indivíduos mais comprometidos, mesmo os chamados “normais” precisam de uma renovação no reconhecimento pessoal. Quando o indivíduo se vê subitamente privado desse reconhecimento, seja na área profissional ou na afetiva, desorganizações psíquicas ocorrem. As perdas são objetais, mas são ao mesmo tempo narcísicas, e a elaboração de perdas não é uma tarefa fácil, como nos ensina a psicanálise. O luto muitas vezes não se realiza por completo, deixando rastros comprometedores.

A sociedade contemporânea vem exigindo uma maleabilidade freqüentemente desproporcional às nossas possibilidades. Desta forma, ficamos presos ao que perdemos, nostálgicos e deprimidos.

Nestes tempos, várias características conspiram para sufocar e desvalorizar as singularidades. As pessoas são consideradas muito mais pelo que possuem, pelo prestígio que desfrutam, pelo sucesso que alcançam do que pelo que pensam, pelo que sentem e pelos valores que defendem. Banalizam-se os sentimentos, exaltam-se os objetos de consumo, identificando-se naqueles que mais coisas possuem os detentores da felicidade. Diante disso, aqueles que não conseguem responder a estas demandas são presas fáceis do sentimento depressivo, que pode desembocar em algo mais crônico que identifiquei como uma neurose depressiva.

A psicanálise nos ensinou que uma sólida base afetiva na infância favorece enormemente nossas possibilidades de bem estar psíquico na vida adulta, e de lidar de forma melhor com situações adversas. Sem discordar deste ensinamento, o que tentamos defender é que exigências extremas podem e vêm comprometendo o equilíbrio psíquico, mesmo daqueles mais afortunados na tenra infância. Este ponto de vista tem conseqüências na clínica. Se o analista considera que essas perdas súbitas são de molde a causar danos no equilíbrio do analisando, ele poderá ter um olhar para sua

dor que o levará a conduzir o percurso analítico de forma diferente do que o faria se baseado na premissa de uma infância mal sustentada. Claro que a última perspectiva deve sempre estar na mira do analista, mas admitir as perdas recentes como causas possíveis e reais do sofrimento implica um trabalho que inclui, necessariamente, uma possível e longa reorganização do ideal do eu, que antes não se fizera necessária. Por outro lado, o analista não duvidará de que a dor do paciente advém da perda da qual ele se lamenta, não a remetendo rapidamente ao objeto perdido da infância e que se mostrou insuficiente naquela época.

Ouvir a queixa de um sujeito como legítima, se não resolve sua dor, pelo menos, não só ajuda o paciente a elaborar a perda, como dá ao analista a possibilidade de ser mais paciente e compartilhar o sofrimento na sua posição de observador-participante.

O sujeito constrói em sua vida laços que o sustentam diante de si próprio e dos outros. A destruição de um laço pode minar a confiança, o sentimento de ter valor que ele assegurava. A depressão se estabelece quando o sentido e o amparo são quebrados devido a uma perda muito significativa; o vazio invade a cena psíquica e o sujeito mergulha na apatia. A análise pretende, lentamente, através da relação transferencial restaurar o trabalho psíquico de ligações que foi rompido, possibilitando que novos laços sejam construídos. Dada a tendência psíquica à fixação, a tarefa é extremamente árdua e nem sempre bem sucedida.

O passeio empreendido por importantes sociólogos e pensadores da pós-modernidade e do capitalismo tardio seguramente nos apóia na idéia de que a vida contemporânea apresenta características que justificam amplamente uma maior disseminação das várias formas de depressão do que no passado. Esta avaliação não seria possível se não contássemos com tantas contribuições valiosas de autores psicanalistas para a compreensão da dinâmica da depressão. Por outro lado, esta situação é para nós, psicanalistas, uma oportunidade favorável para nos lançarmos em uma tentativa de aprofundar nossas teorias sobre a depressão, e esclarecer os pontos

em que estas se mostram insuficientes. É como uma contribuição para este projeto, que voltarei ao tema da depressão, buscando me situar em relação às contribuições resenhadas a partir da análise empreendida, e também da minha experiência clínica com as novas formas de depressão.

Depressão: Uma Organização

Tecerei, neste capítulo, algumas considerações sobre o tema da depressão, buscando sistematizar os conhecimentos adquiridos, obter uma maior clareza conceitual sobre este tema e delinear qual a posição que este percurso me permitiu tomar em relação aos quadros depressivos.

Em 1924, no texto *Neurose e Psicose*, Freud delineou um mecanismo metapsicológico específico para a melancolia, qualificando-a como uma neurose narcísica que envolve necessariamente um conflito entre o eu e o supereu, e remetendo as psicoses ao conflito entre o eu e a realidade. Até então, opunha as neuroses narcísicas às neuroses transferenciais e tratava as neuroses narcísicas como o conjunto das psicoses funcionais. Apesar desta circunscrição o termo neurose narcísica não foi incorporado pela psicanálise, e tende a desaparecer, como observam Laplanche e Pontalis (1967).

A revisão dos autores clássicos da psicanálise, imprescindíveis ao estudo da depressão, revelou que todos admitem que ela seja um quadro psicopatológico específico, com uma estrutura própria, e utilizam o mesmo referencial metapsicológico para a depressão e para a melancolia. Identificam algumas particularidades na melancolia, mas a incluem na categoria das depressões, argumentando que o que a caracteriza é primordialmente o elevado grau de intensidade.

Gradativamente, como observa Bleichmar (1982), houve um deslizamento conceitual que implicou em se considerar a melancolia uma psicose e reservou-se o termo depressão para os quadros neuróticos, excetuando-se alguns autores de orientação laciana, que, como já foi visto, não admitem a existência de um quadro neurótico depressivo.

Tentaremos fazer uma distinção nosográfica entre a melancolia, que consideramos uma psicose, e a neurose depressiva, cientes que uma linha de demarcação perfeitamente nítida é, na psicanálise, inviável na maior parte dos casos, tendo, portanto, um valor bastante relativo.

Como bem observa Freud:

Vimos que não é cientificamente viável traçar uma linha de demarcação entre o que é psiquicamente normal e anormal, de modo que esta distinção, apesar de sua importância prática, possui apenas um valor convencional... Estabelecemos um direito de chegar a um entendimento da vida normal da mente através do estudo de suas desordens – que não seria admissível se estes estados patológicos, neuroses e psicoses, tivessem causas específicas operando como se fossem corpos estranhos. Isto já foi demonstrado através dos estudos sobre os sonhos (1940[1938]/1975: 195).

Acrescenta: “O problema da psicose seria muito simples e perspicuo se o desligamento do ego da realidade pudesse ser realizado por completo. Mas, isso parece acontecer muito raramente ou talvez nunca” (1940[1938]/1975:201).

Feita esta ressalva, voltemos à nossa perspectiva de tentar delimitar a diferença entre a neurose depressiva e a melancolia, mas para isso faremos um breve percurso sobre os conceitos de eu ideal e ideal do eu, uma vez que concordamos que seja qual for o estatuto nosográfico conferido, estamos tratando de transtornos narcísicos.

O narcisismo tanto diz respeito a uma etapa evolutiva como a uma estrutura permanente do ser. O bebê ao evoluir descobrirá não somente seu corpo como um todo, mas, principalmente, vai se apropriar dele, vai se colocar como dono deste corpo. Isso implica que suas pulsões, particularmente, suas pulsões sexuais vão tratar seu corpo como um verdadeiro objeto. Deste momento em diante, há um investimento permanente do sujeito sobre si próprio. Este narcisismo, constitutivo e indispensável é uma evolução daquilo que Freud denominou de auto-erotismo, relativo ainda a partes do corpo, e ocorre conjuntamente aos investimentos da libido nos objetos externos. É justamente sobre esta base que são construídas as noções de eu ideal e ideal do eu

(Chemama,1993) . O termo ideal do eu sofreu várias modificações na obra de Freud, tendo sido o precursor do que Freud desenvolveu posteriormente como supereu. Tracemos as principais modificações (Laplanche, Pontalis, 1967).

Foi em *Introdução ao Narcisismo* (1914) que Freud conceituou o termo ideal do eu, como uma instância relativamente autônoma que tinha como função apreciar as realizações efetivas do eu. Essa instância é construída sobre o narcisismo, e o sujeito projeta como seu ideal o narcisismo perdido da primeira infância, quando ele próprio era seu ideal. É herdeiro do narcisismo primário, onde o eu da criança bastava a si própria. Freud compara este estado a um verdadeiro delírio de grandeza que teve que ser abandonado devido à crítica parental exercida sobre a criança. Esta crítica, por sua vez, é interiorizada como uma formação psíquica particular de censura e auto-observação, que pode ser diferenciada no conjunto do texto do ideal do eu: ela “... observa sem cessar o eu atual e a compara ao ideal”. O ideal do eu está ligado ao sonho infantil de se tornar um adulto (Freud,1908), tornar-se parecido com os pais, especialmente a figura parental do mesmo sexo (Freud, 1909) e a libido envolvida é, portanto, eminentemente homossexual (Freud, 1911).

Em *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921) o ideal do eu passa a primeiro plano, e Freud o coloca como uma instância claramente separada do eu. Através do ideal do eu, Freud explica a fascinação amorosa e a conseqüente submissão a um líder, ou seja, uma pessoa estranha passa a ocupar para o sujeito o lugar de seu ideal de eu. Tenta através deste processo dar conta da constituição dos grupos humanos, que criam um ideal coletivo a partir da convergência dos ideais individuais.

No *Ego e o Id* (1923) aparece pela primeira vez o termo supereu, que engloba o ideal do eu, não havendo mais distinção entre os dois termos. O supereu condensa duas funções a da interdição e a do ideal.

Em 1932, *Novas Conferências sobre a Psicanálise*, Freud oferece novamente uma distinção: O supereu é uma estrutura englobante que comporta três funções: “auto-observação, consciência moral e função de ideal”. Procura através da

explicitação destas funções diferenciar o sentimento de culpabilidade e o de inferioridade. Apesar de ambos serem frutos de uma tensão entre o eu e o supereu, tenta diferenciar que a culpabilidade é devida à consciência moral, ao passo que o sentimento de inferioridade está estreitamente relacionado à tensão com o ideal.

Apesar de Freud ter englobado o ideal do eu no supereu, a literatura analítica, em geral, procurou manter a separação entre os dois termos. O problema do narcisismo gradativamente veio a ocupar um lugar central na teorização psicanalítica, ampliando seu alcance, que, primeiramente, além de constituir um momento específico e indispensável à constituição do psiquismo, servia primordialmente como referencial explicativo para as psicoses funcionais. Do momento que passou a ser uma referência fundamental para o equilíbrio psíquico, servindo de suporte explicativo para distúrbios não mais restritos à psicose, a distinção do ideal do eu do supereu tornou-se um instrumental valioso para a metapsicologia.

Para Nunberg, o ideal do eu e a instância interditora moral devem ser completamente separados. Para este autor o ideal do eu seria construído a partir dos objetos amados e o sujeito se submeteria a ele principalmente devido a amor, ao passo que o supereu é erguido pelos objetos críticos e a submissão se deve ao medo à punição. Apesar da distinção ser útil, do ponto de vista descritivo, não se sustenta, pois o supereu também é erguido baseado no amor, já que é por medo da perda do amor dos pais que as críticas são aceitas.

Lagache (1958) sustenta um sistema supereu-ideal do eu em cujo interior se estabelece uma relação estrutural. O supereu refere-se à autoridade, e o ideal do eu a forma pela qual o sujeito deve se comportar para corresponder à expectativa da autoridade.

Embora seja muito difícil justificar metapsicologicamente a separação dos dois termos, pois são estruturas entrelaçadas e se formam a partir da mesma base, o amor aos primeiros objetos, o ideal do eu comporta uma função explicativa bastante útil à teorização psicanalítica. O ideal do eu inclui mais os planos, os projetos e sonhos do

sujeito, ao passo que o supereu é a instância mais crítica, mais avaliadora e, mais sujeita à ação da pulsão de morte.

Se o ideal do eu é uma concepção que sofre variações na obra freudiana, o eu-ideal é um termo ainda mais complicado, pois não aparece no pensamento de Freud de forma consistente e, segundo Laplanche e Pontalis, Freud jamais fez uma distinção conceitual clara entre os dois termos.

Nunberg (1932) conceitua esta organização intrapsíquica como uma formação de um eu ainda desorganizado, unido ao isso, correspondendo a uma condição de ideal absoluto. No desenvolvimento do indivíduo ele “abandonará” este ideal narcísico, mas desejará voltar a este estado, coisa que se produz claramente nas psicoses, mas não pertence exclusivamente a este registro.

Lagache (1958) também se coloca como defensor da distinção entre o eu-ideal e ideal do eu, mas numa perspectiva diferente de Nunberg (1932). Considera o eu-ideal como um ideal narcísico todo poderoso, mas que não representa uma união do eu com o isso e sim uma identificação primária com um outro, a mãe, esta sim, toda poderosa. Utiliza esta formação para explicar o que ele denomina de identificação heróica, ou seja, a admiração apaixonada por personagens excepcionais da história contemporânea do sujeito. Progressivamente com o desenvolvimento em direção a uma posição menos patológica o eu-ideal cede lugar à formação e estabelecimento mais sólido do ideal do eu, menos submetido aos desejos de onipotência absoluta.

Apesar dessas contribuições, creio que devemos a Lacan (1949), a perspectiva teórica mais interessante da distinção entre estas duas formações. Para este autor, o eu-ideal é uma formação essencialmente narcísica, originando-se do que este autor conceituou como estágio do espelho. Antes de entrarmos na teorização lacaniana, faremos um pequeno percurso sobre o narcisismo primário e secundário, uma vez que estamos valorizando a contribuição lacaniana e, além disso, existe uma séria e justificada crítica à última conceituação freudiana de narcisismo primário.

Primeiramente, para Freud, o narcisismo primário foi conceituado como um estado precoce da vida da criança onde ela investiria toda sua libido sobre si própria, antes de qualquer escolha de amor objetal. Tal concepção encontra-se nos textos freudianos de 1910 a 1915. Já o narcisismo secundário representaria a retirada da libido sobre investimentos objetais com o conseqüente retorno sobre si próprio. Esta primeira concepção do narcisismo primário situa-o entre o auto-erotismo e o amor objetal, correspondendo, portanto, a primeira unificação do eu.

Posteriormente Freud (1917[1916-17]) modifica esta posição e defende o narcisismo primário como o primeiro estado da vida do bebê, anterior à própria constituição do eu, e a vida intra-uterina seria o protótipo desta situação. Perde-se, desta forma, a distinção entre auto-erotismo e narcisismo, e estamos, neste ponto de vista, lidando com um estado anobjetal. Vários autores se opõem a esta nova clarificação, valorizando que desde os primórdios da vida, o bebê se relaciona com objetos (Klein, Balint, Lacan) e, fundamentalmente, acreditamos que a constituição narcísica depende inteiramente da relação com o outro. É nesta direção que se desenvolve a perspectiva lacaniana e sua concepção do estágio do espelho.

Lacan (1953,54) sustenta que Freud designa de fato duas funções diferentes para o eu ideal e ideal do eu e explicita em sua tópica esta distinção. Para ele o ideal do eu implica o ser enquanto falante, enquanto mantém uma relação simbólica e sublimada com o mundo. O eu ideal, por sua vez, é uma formação essencialmente narcísica, construída na dinâmica do espelho; decorre, pois, do registro do imaginário e se torna uma “aspiração”, um “sonho” (Lacan, 1960).

Lacan (1949) elaborou a fase do espelho para explicar o narcisismo primário, o primeiro esboço do eu a partir do qual se formariam as identificações secundárias. Esta fase estaria situada entre o sexto e o décimo oitavo mês, período onde o sistema nervoso ainda se encontra muito imaturo.

No período pré-especular, a criança vê-se como fragmentada, não faz diferença entre seu corpo e o da mãe, nem entre si própria e o mundo exterior. Esta

prematuridade pode ser comprovada pelas fantasias esquizofrênicas do corpo fragmentado, observado nos tratamentos psicanalíticos.

A fase do espelho produz uma identificação, ou seja, opera uma transformação onde a criança passa a reconhecer no espelho sua própria imagem. É esta imagem especular que permite que a criança tenha uma noção intuitiva da forma de seu corpo. Porém, o que é absolutamente essencial, fundamental, para que a criança possa efetivamente assumir sua imagem refletida no espelho é que sua mãe, que a carrega, confirme através de seu olhar este reconhecimento. Em outras palavras, é fundamental que a criança ao se voltar para a mãe encontre no olhar dela a autentificação de sua descoberta.

A criança poderá assumir uma determinada imagem de si mesma ao percorrer processos de identificação, porém é impossível reduzir, a um plano puramente econômico, ou a um campo puramente especular (seja qual for a prevalência do modelo visual), aquilo que é a identificação no espelho, pois nunca é com seus próprios olhos que a criança se vê, mas sempre com os olhos da pessoa que a ama ou a detesta (Chemama,1993/1995:58).

A criança para ser dona de sua própria imagem, para que possa interiorizá-la, precisa ter um lugar no Outro (geralmente, encarnado pela mãe), e é a partir deste lugar, deste reconhecimento, que se constituirá o traço unário sobre o qual vai se formar o ideal do eu. Desta operação resulta o narcisismo primário, ou seja, o investimento libidinal, desejante e amoroso que o sujeito realiza sobre si mesmo, ou melhor, sobre sua imagem.

Sobre a base desta identificação primordial ocorrerão as identificações imaginárias que constituirão o eu. Mas, Lacan adverte, as coisas são mais complexas, pois esse eu ou essa imagem que é o eu, é “exterior” ao sujeito e não pode representá-lo completamente para si próprio. “O eu é um outro”, diz Lacan (1953,54), fazendo eco a Rimbaud. O narcisismo secundário é o resultado da operação, onde o sujeito investe um objeto exterior a ele, que não pode ser confundido com a identidade

subjetiva, mas é um objeto que parece ser ele (eu), uma imagem na qual se prende, se fixa, e esse processo inclui necessariamente a cegueira e a alienação.

O ideal do eu é construído na visão de Lacan, a partir desse desejo e desse engodo, mas trata-se de uma instância que funciona principalmente no plano simbólico, regulando a estrutura imaginária do eu.

Após este percurso sobre as variantes do narcisismo, e as instâncias eu ideal - ideal do eu, retornemos a nossa argumentação que visa destacar aquilo que caracteriza a melancolia. Para isso retomemos o estudo e desenvolvimento da psicanálise sobre a temática da depressão.

Observamos que a partir do advento Melanie Klein, a psicanálise passou a valorizar, cada vez mais, a relação pré-edípica, a díade mãe-filho, e a centrar nesta relação à etiologia dos quadros depressivos, entre outros. O mundo interno se constitui numa relação direta com o objeto, que concorre para a estruturação do eu, sendo o amor e a compreensão da mãe fatores importantes para se poder ultrapassar os estados de desintegração e angústia. Para Klein, entretanto, são as pulsões destrutivas que constituem o fator decisivo para que se estabeleça um quadro psicopatológico.

Os psicanalistas modernos vêm valorizando a relação pré-edípica como fundamental para a determinação de um quadro patológico. Tal posição foi primeiramente conjecturada por Abraham e depois desenvolvida especialmente por Winnicott. O narcisismo ferido das experiências pré-edípicas tornou-se o principal responsável pelo quadro da melancolia. Os pensadores atuais da depressão afastaram-se da ênfase dada ao sadismo e à agressividade constituintes da ambivalência (Freud, Abraham, Klein), para considerarem que o humor do deprimido é indício de um eu machucado, ferido, vazio. Sua dor não esconde a culpa, fruto de ataques contra o objeto amado, nem a raiva das vinganças imaginadas, mas se deve ao desamor, ao olhar distante, à falta de ternura e compaixão do primeiro objeto de amor. E, além disso, como tudo isso ocorreu muito precocemente esse ferimento não é simbolizável, não é nomeável nem representável.

Abraham, portanto, com sua contribuição sobre a ferida narcísica pré-edípica, iniciou um caminho que, gradativamente, foi cada vez mais explorado pela psicanálise, e que diz respeito à quão fundamental são as primeiras relações intersubjetivas, que podem determinar o destino de cada ser.

Os psicanalistas contemporâneos vêm aprofundando e refinando esta concepção. Kristeva (1987), por exemplo, destaca a perda como central nas depressões, mas argumenta que a dor que se sente pelos acontecimentos é, geralmente, desproporcional ao ocorrido em si e, mais fundamental ainda, remete a uma perda sofrida outrora. Assinala que todo depressivo é um mau perdedor que não soube achar uma compensação valiosa para a perda sofrida. Esta perda diz respeito ao luto impossível do objeto materno, que ainda não é percebido como tal. Da ligação arcaica, o depressivo sente que foi roubado de algo impossível de ser nomeado, o real resistente à significação, um pré-objeto que amarra a libido, cortando os laços desejantes. Incapaz do matricídio o depressivo incorpora o objeto materno, congelando-o numa cripta (segundo a expressão cunhada por Torok) e fica condenado ao sentimento de vazio e tristeza.

Identifica na denegação o mecanismo responsável pela possível resolução do luto da Coisa, por ser o operador que abre as portas da linguagem:

“Perdi um objeto indispensável que, no caso, em última instância é minha mãe”. ... “Mas não, eu a reencontrei nos signos. Ou melhor, porque não aceito perdê-la, não a perdi (eis a denegação), posso recuperá-la na linguagem” (Kristeva, 1987/1989: 47).

O deprimido, ao contrário, recusa a denegação e fica fixado ao objeto real (Coisa) da sua perda, portanto, a *Verleugnung da denegação* seria o mecanismo fundamental do luto impossível.

No seu belo e erudito livro *O Discurso Melancólico* (1997), Lambotte garimpa, cuidadosamente, vários aspectos da melancolia, calcada nas contribuições de Lacan. Seu estudo minucioso apresenta excelentes contribuições tanto clínicas como

metapsicológicas. Localiza no estado do espelho de Lacan, a etiologia primária da melancolia. A troca de olhares, o sorriso, a voz, que dependem diretamente da presença amorosa da mãe, é que possibilitarão ao bebê identificar-se ao reflexo especular, apropriando-se da imagem refletida como algo, ao mesmo tempo, ideal e familiar. Uma vez dono dessa imagem, a criança obtém a confiança narcísica indispensável à boa condução da vida. O estágio do espelho não implica, de forma alguma, um processo de reconhecimento cognitivo, mas sim um processo de assimilação inconsciente. Presume que o olhar distante e desvitalizado da mãe, sem uma tonalidade afetiva amorosa, cria uma imagem especular frágil, vacilante. No lugar de seu próprio reflexo, que a criança só poderia ter investido desde que tivesse se sentido objeto de um investimento amoroso, cria-se um modelo ideal absolutamente inacessível o qual ela jamais poderá aspirar. Confrontado com um ideal tão inatingível só lhe resta um profundo sentimento de inferioridade e a conseqüente inibição. Nesse caso, trata-se de uma metapsicologia que não se refere a uma perda de objeto, mas sim, muito mais, a uma falta de imagem de si próprio.

É justamente em torno desta concepção, acompanhando Lambotte (1997), que pretendemos delimitar a diferença entre a melancolia e a neurose depressiva. Presumimos que o melancólico, como descreve Lambotte, cria uma imagem especular de si frágil, vacilante, ou seja, jamais consegue fazer um investimento narcísico que o apazigüe; sofre de feridas narcísicas muito precoces que tornam sua imagem especular alquebrada, fissurada, porém não despedaçada, como no caso dos esquizofrênicos. O eu-ideal que é o sustentáculo imaginário do sujeito na posição de objeto do amor do Outro fica profundamente abalado, instaurando-se, portanto, uma aspiração amorosa impossível de se realizar. Com um investimento narcísico primário tão reduzido cria-se uma facilitação para a atuação mais intensa da pulsão de morte, daí a apatia, a suspensão da causa do desejo, a retirada da libido da cena principal.

No caso da neurose depressiva supomos uma identificação primordial primária mais bem estabelecida, e a tensão se daria entre o eu e o ideal do eu; as decepções

narcísicas ocorreriam num período menos precoce quando o sujeito já está inserido enquanto ser falante nas trocas simbólicas com o mundo. Uma vez que o equilíbrio narcísico nunca é completamente estável, e nossa auto-estima depende fundamentalmente disso, estamos sempre sujeitos a abalos que podem comprometer este equilíbrio, mesmo em épocas bem mais tardias de nossas vidas. A instância crítica, o supereu, se torna mais severa dada ao enfraquecimento do eu na sua relação com o ideal, que menos investido narcisicamente abre campo para a ação das pulsões de morte que se infiltram no supereu. Se essa dinâmica prevalece e persiste, uma neurose depressiva pode se instalar.

Outro fator que queremos valorizar como central na metapsicologia dos neuróticos depressivos diz respeito à perda e especialmente ao mecanismo defensivo que selecionamos como característico deste tipo de neurose: a recusa (*Verleugnung*). Freud, no final de sua obra interessou-se por dois tópicos intimamente relacionados: o ato da recusa e a divisão do eu. No artigo *Fetichismo* (1927), destacou que a recusa implica necessariamente numa divisão do eu. Embora tenha se dedicado especificamente ao fetichismo para exemplificar o mecanismo da recusa e a conseqüente cisão do eu, afirma que estes mecanismos têm uma aplicabilidade mais ampla, e podem ser encontrados em diversas situações nas quais o eu se vê constrangido a construir uma defesa. Se a cisão do eu era um mecanismo específico das psicoses, a partir do *Fetichismo* (1927) perde esta particularidade e passa a ser um operador tanto do fetichismo quanto das neuroses. A função sintética do eu, apesar de extremamente importante, em determinadas circunstâncias pode sofrer perturbações e se tornar inoperante.

No caso do fetiche, ele é construído para substituir a percepção da falta de pênis da mulher e a conseqüente ameaça da própria castração diante deste fato. Uma parte do eu aceita a percepção, a outra a nega, a recusa, e ocorre a construção do fetiche que permite a manutenção da crença que a mulher possui o pênis.

Freud faz as seguintes ressalvas em 1938:

Não devemos considerar que o fetichismo representa um caso excepcional com relação à divisão do eu; é apenas um assunto particularmente favorável para estudar esta questão(Freud,1940[1938]/1975:203)... Recusas desta espécie ocorrem freqüentemente e não somente com fetichistas; e toda vez que estamos numa posição de estuda-las elas se tornam meio medidas, tentativas incompletas de se desligar da realidade(Freud,1940[1938]/1975: 204).

Implica o ato da recusa inclusive na impossibilidade de um trabalho de luto. Dá como exemplo disso, no texto *Fetichismo* (1927), a análise de dois jovens que fracassaram no reconhecimento da morte dos pais, sem por isso desenvolverem uma psicose.

Portanto, um pedaço da realidade que era indubitavelmente importante foi recusado pelo eu, assim como o fator desagradável da castração da mulher é recusado no fetichismo...Foi somente uma corrente das mentes de suas vidas que não reconheceu a morte de seus pais, havia outra corrente que tinha plena consciência daquele fato. A atitude que se adequava ao desejo e a atitude que se adequava à realidade existiam lado a lado. (Freud,1927/1975:156)

A recusa implica, portanto, a negação, a não aceitação da perda. Se considerarmos a perda de objeto um fator central na etiologia da depressão, temos que acrescentar que é justamente a sua não aceitação por parte de uma corrente do psiquismo que impede que o sujeito processe a perda, e o psiquismo caminha, então, na direção contrária ao desligamento do objeto. A depressão, portanto, implica a nostalgia, a prisão ao objeto que recusamos perder.

Concluimos, portanto, que toda depressão pressupõe uma perda de objeto, mas uma perda recusada por parte de uma corrente psíquica. Quando uma perda objetual significativa ocorre há uma reverberação na estrutura narcísica. O objeto perdido não só era um objeto causa de nosso desejo, mas também era um objeto que

nos conferia importância, que sustentava nossa auto-estima, e isso vale não só para as pessoas que amávamos como também para uma determinada posição que ocupávamos ou que pretendíamos ocupar e que perdemos, daí a já mencionada tensão entre o eu e o ideal do eu.

Bleichmar (1982) faz uma crítica à tentativa de se delimitar a nosografia psicanalítica em torno de uma dimensão temporal. Abraham foi o expoente máximo deste tipo de correlação, ou seja, a cada fase evolutiva da libido corresponderia uma determinada patologia. Argumenta que mesmo Klein e Lacan não conseguiram escapar desta dimensão apesar das modificações introduzidas. Klein sem desconsiderar as zonas erógenas na determinação do tipo de patologia a ser desenvolvida, criou uma teoria de desenvolvimento psíquico que passa por duas etapas – esquizo-paranóide e depressiva – que se constituirão dadas às possibilidades de oscilações e recaídas em duas posições estruturais. Apesar disso, caracterizou momentos evolutivos em que se passa de uma estrutura a outra, sendo a primeira metade do ano de vida do bebê caracterizada pela posição esquizo-paranóide, e a segunda pela posição depressiva, não se desgarrando completamente da dimensão temporal.

Algo semelhante a isso acontece com a teorização lacaniana. No lugar das etapas evolutivas da libido, das posições esquizo-paranóide e depressiva, o eixo de determinação psicopatológico é o Édipo estrutural. O estágio do espelho, aproximadamente, de 6 a 18 meses é o período do paradigma das identificações imaginárias; após o que, inicia-se o acesso à linguagem, momento que possibilitará gradativamente a metáfora paterna, a inscrição do falo como significante básico. Esta inscrição ocasiona a saída do primeiro momento do Édipo, e são justamente os momentos edípicos que escalonam as condições de patologia. Apesar da tentativa de se romper com a cronologia, refere-se a momentos do Édipo e não somente tempos, mas, de qualquer forma, é a fixação a um desses momentos que produzirá a psicose ou a neurose. Portanto, apesar de todo esforço estruturalista de romper com a historicidade, a dimensão temporal também está presente nesta teorização.

Bleichmar (1982) se opõe a qualquer teorização que pretenda demarcar momentos da evolução que produziriam acontecimentos que predisporiam o sujeito à depressão. Afirma que o elevado ideal narcisista, a imagem de si desvalorizada, a agressividade do supereu, a identificação com figuras desvalorizadas podem ocorrer em qualquer época da vida, não tem uma evolução pré-fixada em etapas da vida, e estão em constante estruturação e reestruturação. Além disso, acrescenta: “Por outra parte a injúria narcisista não é necessário que ocorra antes que os desejos edípicos tenham sido superados, como pensa Abraham em seu trabalho clássico sobre as etapas evolutivas da libido. O dano narcisista pode ocorrer antes ou depois do período edípico” (Bleichmar, 1982/1983: 110).

Se Bleichmar abre com isso a perspectiva de que em qualquer momento da vida uma depressão possa se configurar - não é um autor que se preocupe em diferenciar a depressão psicótica da neurótica – creio que se perde nesta abordagem uma especificidade importante delimitada pela maioria dos autores da psicanálise, e comprovada pela clínica. Concordamos que esta diferenciação não deva ser tomada de forma rígida, como anunciamos anteriormente, e também acompanhamos este autor quando ele afirma que depressões podem ocorrer em qualquer momento de nossas vidas. O equilíbrio psíquico é instável, nosso narcisismo está sendo sempre submetido a provas e sujeito a desestruturação, mas a descoberta de que as primeiras experiências psíquicas são de uma importância fundamental para o desenvolvimento e determinação de formações patológicas não deve ser descartada, ou seja, se este critério não é absoluto ainda se configura como um fator que decide, na maior parte das vezes o destino psíquico do indivíduo. Porém, insistimos, se a felicidade infantil não garante completamente o futuro desenvolvimento, certamente, o favorece, embora não o decida.

O que ocorre é que o pensamento psicanalítico sofre de uma desconsideração pelos fatores atuais que concorrem para a desestruturação psíquica, remetendo sempre o sujeito às experiências infantis e à maneira pela qual organizou estas experiências.

Freud, no início de sua teorização postulou a existência das neuroses atuais, causadas por uma insuficiência sexual, prevalecendo posteriormente as psiconeuroses resultado da insuficiência da elaboração edípica, caindo em desuso, portanto, as chamadas neuroses atuais. Tais neuroses tinham como base explicativa o reino somático, disfunções desta área específica. Quando valorizamos os fatores atuais não estamos retomando exatamente o que Freud postulou, pois estamos lidando com o psíquico e tratando os fatores atuais em sua dimensão traumática.

7.1

Depressão e Trauma

Uma vez que considero que fatores atuais têm o poder de desencadear uma neurose depressiva, valorizando-os como traumáticos, farei um percurso sobre a noção de trauma, um assunto bastante controvertido na teorização psicanalítica, ressaltando especialmente na literatura sobre o trauma, o que serve de apoio para esta formulação. Acompanharei a pesquisa minuciosa e rica de Rudge (2003) sobre a relação entre o trauma e a sexualidade na teoria psicanalítica, em que a autora também defende uma concepção de trauma que não é de origem sexual.

Desde o início da construção psicanalítica o trauma ocupou um lugar central na teorização de Freud. O abuso sexual sofrido na infância pelas crianças era o principal fator etiológico das psiconeuroses. Gradativamente as cenas sexuais traumáticas foram consideradas como fantasias, e os desejos edípicos passaram a ocupar o lugar das cenas reais traumáticas. Apesar deste deslocamento, a sedução sexual pelo adulto não desapareceu completamente da psicanálise. Ferenczi a aborda através de sua teoria sobre a linguagem da paixão, que assola traumáticamente a criança, e Laplanche defende a perspectiva da sedução generalizada.

A literatura psicanalítica vem, ainda hoje, dando uma ênfase especial ao trauma de natureza sexual infantil, relegando ao segundo plano os traumas que não tem este

conteúdo, apesar das evidências clínicas e das sintomatologias que a clínica atual vem apresentando.

A valorização do trauma, somente enquanto ligado à experiência sexual infantil, tem todo sentido se vinculado a uma determinada época da teorização freudiana, quando o autor vislumbrava conteúdos sexuais no discurso e sintomas dos pacientes históricos. Eram as pulsões sexuais que comandavam a metapsicologia e o aparelho psíquico era regulado apenas pelo princípio do prazer.

Com o advento da guerra e o surgimento de pessoas traumatizadas pelos horrores vividos, Freud (1916) admitiu a existência das neuroses traumáticas, causadas por acontecimentos dolorosos e recentes, sem nenhuma aparente ligação com a sexualidade. Pressupõe que no momento do acontecimento extremamente doloroso ocorreria uma fixação; isso faria com que o acidente traumático reaparecesse nos sonhos, nos ataques histeriformes que transportariam o sujeito para o momento traumático, evidenciando uma impossibilidade de se superar o acontecimento. Algumas vezes o sintoma se manifestava como uma re-vivência quase alucinatória do trauma.

Apesar de declarar a existência da neurose traumática, resultante de um trauma não sexual, Freud não ficou satisfeito com esta conclusão, pois em 1926 tenta integrar tanto as neuroses de transferência, como as narcísicas e traumáticas numa única rede conceitual coerente. Para isso utiliza a ampliação da teoria da libido, realizada em 1914, com a introdução do conceito de libido narcísica. Tenta sustentar os sintomas da neurose traumática na cisão do eu, num conflito entre o “antigo ego pacífico” do soldado e o novo ego guerreiro exigido pela situação de guerra.

Embora continue reconhecendo que o perigo na neurose traumática surja de fora enquanto nas neuroses de transferência as pulsões são as grandes vilãs, Freud tenta diminuir a importância desta diferença ao valorizar que o que realmente está em questão é sempre a integridade do eu, que está ameaçada, tanto no caso da possibilidade da ameaça física, quanto no caso de uma falência total do eu, que levaria à morte subjetiva. Conclui que o recalque, fundamento de qualquer neurose, é sempre resultado de um

trauma. Como bem observa Rudge, o trauma assume aqui um lugar estrutural, exatamente como o recalque originário, fundador do psiquismo, diferenciado dos sintomas específicos resultantes de um trauma atual, e que dizem respeito à repetição incessante do acidente que o desencadeou.

Esta solução não satisfaz Freud e a neurose traumática passa junto com outros fatores a ser um dos agentes precipitadores da virada conceitual de Freud em 1920, onde é então postulada a pulsão de morte e, o princípio do prazer deixa de ser o principal regulador da vida psíquica. A repetição ganha o lugar da tendência mais primitiva, mais primordial do aparelho psíquico, anterior ao princípio do prazer e atributo da vida pulsional. É através dela que as experiências traumáticas serão condicionadas ao princípio do prazer.

Apesar dessa importante mudança metapsicológica, ainda hoje a literatura psicanalítica hesita em descartar a sexualidade infantil como o fator etiológico imprescindível à noção de trauma, apesar dos sintomas das neuroses traumáticas não expressarem esta conexão. Se o trauma não pode ser explicado exclusivamente pelo acontecimento atual, as experiências atuais não assimiladas são os fatores mais decisivos na determinação dos sintomas.

Há uma forte resistência na psicanálise de incorporar teoricamente os efeitos que os acontecimentos traumáticos não sexuais podem desencadear num sujeito, apesar da neurose traumática ter sido uma dos fatores que obrigaram a reformulação freudiana efetuada no *Mais Além do Princípio do Prazer* (1920). O próprio Freud é adepto desta resistência, uma vez que tenta unificar os traumas da guerra com o trauma infantil, concluindo: “temos todo o direito de descrever o recalque que está na base de toda neurose, como uma reação a um trauma – como uma neurose traumática elementar” (Freud, 1919/1975: 210).

É curioso observar que a desconsideração pelo valor do acidente traumático não é uma exclusividade da psicanálise. Logo após ter sido constatado que acidentes físicos provocavam distúrbios psíquicos, tal relação foi desconsiderada ao se observar

em hospitais que os pacientes rapidamente aprendiam o que os médicos esperavam deles. Conseqüentemente as neuroses traumáticas foram identificadas com a histeria e passaram a ser chamadas de “neuroses de pensão”. Isto significava que a neurose não era causada pelo acidente, mas por um desejo que não era falado de obter pensão. Era o início da dissolução progressiva da relação causa/efeito entre o evento traumático e os sintomas pós-traumáticos. O fato de se considerar os sintomas pós-traumáticos como psicogênicos levou a considerações absurdas, como a de que se o indivíduo não obtivesse nenhuma recompensa pelo dano físico sofrido não desenvolveria nenhum sintoma psíquico. A epidemia da primeira guerra mundial não desfez esta idéia; pelo contrário era interpretada como uma prova da natureza histérica desta reação que só se tornava patológica quando sustentada pelo desejo de fugir da guerra. Como conseqüência desta visão, a vítima passou a ser responsável por sua condição mórbida.

A psicanálise não escapou desta abordagem. Desvalorizou as condições traumáticas da situação em si para enfatizar “a grande influência dos conflitos intrapsíquicos” (Strachey, 1931). Por ocasião da Segunda Guerra a noção de trauma foi novamente rejeitada por muitos. A agressão enraizada no conflito edípico mal resolvido tornou-se uma das explicações preferidas. A desvalorização do acontecimento traumático era de tal ordem que Rappaport chegou a conclusão que: “Neuroses traumáticas são mencionadas na literatura analítica especialmente após a II Guerra Mundial quase que unicamente com o intuito de negar sua existência” (Rappaport, 1968: 719).

É surpreendente que após uma catástrofe devastadora como a do extermínio nazista, prevalecesse na psicanálise uma negação dos efeitos causados por tais atrocidades, horrores e barbaridades. Entre os autores que defendiam este ponto de vista Rappaport cita Fairbairn (1943), Kardiner (1941), Grinker e Spiegel (1945), Saul e Lyons (1952) e Brenner (1953).

Bettelheim (1943) chega a ponto de afirmar que os sintomas que manifestou, após um ano como prisioneiro dos campos de concentração de Dachau e Buchenwald, foram sinais que sua análise permaneceu incompleta.

Grande parte dos psicanalistas rejeita qualquer explicação para distúrbios psíquicos que não esteja ancorada ou nos conflitos da sexualidade infantil, ou numa infância mal sustentada, ou seja, numa infância povoada por injúrias narcísicas. Além disso, como demonstra Bettelheim, mantém a ilusão que uma análise conduzida até o seu final pode prevenir distúrbios psíquicos posteriores. Ora, nada pode garantir a felicidade psíquica, nem uma análise “terminada”, nem uma infância bem acolhida. O máximo que se pode conseguir é uma disposição para o equilíbrio psíquico, mas, como, já foi observado, este equilíbrio é sempre relativamente instável.

A psicanálise não é unânime em relação à questão do trauma. Muitos analistas defendem que as neuroses traumáticas só existem devido a traumas infantis anteriores aos eventos atuais, que aparentemente teriam valor de causa na etiologia dessas neuroses. Outros valorizam os próprios acontecimentos traumáticos como parcialmente responsáveis por essas neuroses, independente da predisposição forjada na tenra infância. Phillips (1991) defende a posição de que a nova experiência precisa parcialmente ser entendida a partir da natureza do próprio evento traumático. Como poderíamos explicar um trauma de massa senão levássemos em conta o próprio evento em si? Não é razoável pensarmos que exatamente num determinado momento, um número extraordinário de pessoas apresentaria sintomas próprios de uma neurose traumática, e a causa principal seria falta de maternagem suficiente ou problemas edípicos mal solucionados.

Como vimos anteriormente, a partir de *Inibições, Sintomas e Angústia* (1926[1925]) o termo desamparo passa a ter um lugar importante na teorização freudiana, antes ocupado primordialmente pela questão pulsional. A relação de objeto é valorizada como constituinte da estruturação psíquica, portanto, a relação mãe-filho passa a ter uma importância determinante, antes mesmo da instauração do complexo de

Édipo. O estado de desamparo torna-se, então, o protótipo de qualquer situação traumática.

Apesar de fundamentar o sentimento de desamparo numa dependência a princípio puramente biológica, Freud introduz e vincula o desamparo ao amor, ao dizer que as situações de perigo criam a necessidade de ser amado que nunca mais abandonará o homem, assim como vincula o desamparo ao protótipo da situação traumática produtora de angústia.

As situações traumáticas estão sempre vinculadas a situações de separações e perdas, de parte de si, do objeto de amor, do amor do supereu. É sobre este solo que sustentamos que as depressões podem ser provocadas por acontecimentos recentes de caráter traumático. A literatura psicanalítica sobre as depressões não leva suficientemente em conta o conceito de trauma não sexual e, se estamos considerando que a clínica das depressões aumentou consideravelmente na sociedade contemporânea, não podemos desconsiderar o valor traumático das perdas súbitas, freqüentes na sociedade atual: perda de emprego, extinção de certos ofícios, ruptura de relações significativas, solidão, perda de prestígio social e poder, atribuindo que as pessoas reagem a esses acontecimentos com depressão, dado a traumas infantis re-despertados.

Estamos considerando a noção de trauma aqui no sentido de Ulman, R.B. & Brothers, D. (1988) que defendem que o trauma é vivenciado como uma injúria narcísica, que provoca uma ruptura no eu, que perde o sentido de si próprio e do mundo em que vive. Quando ocorre uma perda traumática, um laço significativo que dava sentido à vida do sujeito é rompido, o vazio invade a cena psíquica e o sujeito mergulha no desamparo, perdendo a valorização de si próprio. A fragilidade narcísica abre as portas para a ação da pulsão de morte, a apatia predomina, a depressão se instala, ora em sua versão de culpabilidade, ora como puro desânimo. Nesta acepção as “pequenas” tragédias podem ter um valor traumático, pois o que interessa é a invasão do sentimento de desamparo, a ruptura do eu, sem que necessariamente a

causa traumática em si seja algo de dimensão maciça e avassaladora, como no caso das guerras ou catástrofes naturais.

O narcisismo não é uma fase do desenvolvimento que superamos ou não, é uma estrutura permanente do psiquismo em equilíbrio relativamente instável. Dependemos do amor do outro, do lugar que ocupamos no mundo, da nossa integridade física, para que possamos manter nos ligados à vida.

Não somos rochas inabaláveis, com recursos inesgotáveis, imunes a acontecimentos que nos obrigam a mudarmos radicalmente nossas vidas. A rede de significações que sustenta as relações simbólicas é rasgada após um evento de cunho traumático, representando uma quebra na relação de continuidade que nos acompanha.

Concordamos que há várias maneiras de se lidar com situações traumáticas, mas queremos enfatizar que nem sempre a resposta negativa ao evento doloroso se deve a uma grave injúria narcísica infantil ou ao acoso pulsional. A falta de perspectiva, a não aceitação do ocorrido, a inabilidade para construir um outro sentido para a vida são fatores que somados ao evento de valor traumático podem produzir um quadro de depressão. A instabilidade da sociedade atual não facilita em nada a necessária continuidade do eu, e quando a relação eu - ideal do eu se encontra muito perturbada, o supereu age sadicamente e o eu sucumbe, abatido, humilhado.

Após um evento traumático, o mundo não pode mais ser o mesmo. A experiência vivida como traumática esmaga a previsibilidade do mundo que estávamos acostumados. Somos levados a questionar certas verdades, incluindo nossas crenças sobre a vida e a morte, o eu e os outros, de modo que não é nada simples reconstruir o que foi destruído. Uma situação com valor de trauma pode levar, na melhor das hipóteses, a uma vasta transformação da mente e a uma reconsideração do mundo, mas nem sempre o final é tão feliz, e aí é que surge a necessidade de um auxílio para que esta operação possa ser processada.

Se no início da psicanálise o que orientava o tratamento era a busca do preenchimento lacunar da memória, o sexual reprimido, calcado nas pacientes histéricas, gradativamente a pulsão de morte emergiu como o maior obstáculo à “cura”. O dualismo pulsional se impôs e, como vimos, quando a pulsão de morte invade a cena, dada à quebra narcísica, como é o caso dos deprimidos, a base interpretativa não se norteia pela busca da rememoração; o que guia o analista é a relação desconstrução-construção. É esta premissa que possibilita uma retomada do narcisismo fecundo, através do qual o sujeito poderá dar um sentido à sua vida resgatando o prazer-desprazer de viver.

8. Considerações Finais

Entra no meu consultório, pela primeira vez, uma mulher de 30 anos, muito bem vestida e com um rosto original, não propriamente bonito, mas atraente. Diz imediatamente a seguinte fala, que me surpreende: “Eu sou mais uma daquelas mulheres que você deve estar de saco cheio de receber, sozinha, triste, sentindo-se abandonada. Não faço nada nos fins de semana, durmo loucamente”.

Valéria, divorciada com 47 anos: “Sinto falta de alguém que me toque, que me acaricie, não agüento mais esta solidão. Os homens da minha geração só se interessam por menininhas, e não quero ficar com qualquer cara só para estar acompanhada”.

Rejane, 30 anos, linda, me comunica: “Isso aqui não está adiantando nada, como compulsivamente, não sigo nenhum regime médico. Sei que deve ser para compensar minha carência, mas nada muda, vou abandonar a análise”.

Ricardo, 43 anos: “Sou homossexual e sofro de depressão. Estou tomando antidepressivo, mas não acho que esteja me ajudando muito, quero parar com isso. Não sei se análise vai me ajudar, mas estou disposto a tentar. Não consigo ter um parceiro, vivo de mau humor. Ganho bem, mas não faço o trabalho que gostaria, sou uma promessa que não se realizou. Acho que é algo químico, pois isso vai e vem sem maiores explicações”.

Márcia, 32 anos, sai do emprego intempestivamente e chora, segundo seu relato, todos os dias: “É terrível, não tenho nada para fazer, já mandei 30 currículos, fiz inúmeras entrevistas e nada. Além de não ter namorado fiquei sem trabalho, estou sendo sustentada pelos meus pais, isso me deprime muito”.

Evelyn, 37 anos, artista de alguma fama: “Não agüento esta instabilidade, estou sempre correndo atrás de trabalho, vivo angustiada, não tenho contrato fixo, nada que

me dê um pouco de paz. Deveria é ter aberto uma lanchonete. Oscilo entre estar angustiada e super deprimida”.

Sérgio, 57 anos: “Fui despedido da empresa onde trabalhei durante 30 anos. Sabia que iria me aposentar aos 64 anos, pois a empresa não admite executivos além desta idade. No início fiquei bem, mas agora a ficha caiu e, gradativamente, fui caindo numa apatia, numa falta de interesse por tudo. Perdi todas as minhas regalias, carro importado, viagens ao exterior, um super seguro de saúde. Sinto-me um inútil, envergonhado diante dos meus amigos”.

Carlos, 28 anos: “Estou me tornando um alcoólatra, e, além disso, utilizo várias drogas: cocaína, maconha e anfetaminas. Apesar de estar bem profissionalmente para minha idade, não tenho a estabilidade que gostaria, nem faço exatamente o que sonhei realizar. Namoro há quatro anos uma moça muito bacana, mas ela não é bonita e isso me incomoda. Gostaria de ter acesso às mulheres bonitas, mas desconfio que seria rejeitado, assim, fico vivendo a Maria como um prêmio de consolação”.

Marina, 38 anos: “Não sei o que está acontecendo comigo. Vivo triste e angustiada. Brigo, por qualquer razão com meu marido. Não estou feliz com ele, mas morro de medo de me separar e ficar sozinha. Meu irmão se suicidou há dois anos, mas acho que já engoli este fato. Parei de fumar e creio ter piorado muito depois disso”.

Foram essas e outras falas que me levaram a querer saber mais sobre a depressão e a valorizar também os fatos recentes como capazes de causar transtornos significativos que tiravam a alegria de viver dessas pessoas.

Cada um com sua história singular, mas todos encolhidos narcisicamente. Alguns comprovavam a suposição psicanalítica de uma infância mal sustentada, mães pouco amorosas, lares desfeitos, pais ausentes. Outros, aparentemente, tiveram uma infância razoável e até sentiam saudades, nostálgicos de tempos que consideravam mais felizes.

Quando nasce uma criança, muitos pais esperam que ela tenha uma vida muito mais feliz que a deles, que compense tudo que não conseguiram obter. *His majesty the baby* será poupado de todos os dissabores, de todos os infortúnios possíveis. Tudo dará certo na vida para ele; será bonito, rico e bem sucedido. Casará com alguém que o tornará imensamente feliz, e para que todos esses sonhos se realizem, os pais se debruçam com muito amor e dedicação ao recém vindo, que renova todas as antigas aspirações narcísicas. Como Freud (1914) bem assinalou, o amor dos pais, tão generoso e aparentemente objetal, revela, desta forma, o narcisismo que ressurge diante daquele que se anuncia como uma promessa que se realizará.

É através do narcisismo dos pais que a criança vai construir o alicerce de seu ideal do eu, que, por sua vez, absorverá, na continuidade do desenvolvimento, os ideais preconizados pela sociedade na qual a criança está imersa. Através deste investimento narcísico necessário, erige-se o ideal, constituindo-se num sonho a ser alcançado, mas que terá que ser constantemente remodelado diante das castrações inevitáveis que a vida, inexoravelmente, vai impor. Decepções, perdas, que terão que ser aceitas e elaboradas, pois quando recusadas (*Verleugnung*), a depressão invade e toma conta da vida. Se o ideal se petrifica, a face da morte exhibe sua eficácia e transforma o narcisismo, guardião da vida, do amor por si próprio, em desilusão, desgosto, amargura; o eu honrado passa a ser um eu humilhado.

Temor de perda do amor, medo do desamparo, são fantasmas que estão sempre rondando, prestes a tomar conta do ser quando este se encontra combalido diante dos fracassos de seus ideais. O encolhimento narcísico provocado pelo desequilíbrio da relação entre o eu e o ideal do eu abre as portas para a entrada triunfal da pulsão de morte, que ora ataca o eu (supereu sádico), culpando o sujeito, ou propala a desvitalização, tornando o sujeito apático, desinteressado, entediado, ou ainda, mostra sua força e eficácia das duas maneiras. É por não conseguir perder, por não poder substituir um ideal que não se realizou por outro, por tomar o supereu como

um tirano a quem deve submissão, que a neurose depressiva engolfa o sujeito e a lamúria passa a ser sua fala principal.

O ideal do eu, instância formada a partir do narcisismo projetado dos pais, está em constante transformação e capta as exigências sociais à medida que o indivíduo se desenvolve. O mundo em que vivemos, conforme todos os fatores já descritos, não vem facilitando em nada que esta relação entre o eu e o ideal do eu fique relativamente apaziguada. O grande tirano da atualidade talvez tenha o nome de sucesso. E esse ditador é cada vez mais exigente: a realização tem que ocorrer na vida profissional, financeira, amorosa, sexual, física e familiar. É a sociedade do capitalismo tardio, onde os indivíduos são grosseiramente classificados entre os *winner*s e os *looser*s, e, dependendo do lugar que se enquadram, serão ou não respeitados.

A mídia, eficiente na glorificação desses valores, nos invade incessantemente com reportagens eloqüentes sobre alguns poucos, tidos como muito bem sucedidos, que tomam conta do nosso imaginário, e se tornam a grande referência da felicidade.

Os fracassos no cumprimento das exigências lançam os sujeitos numa dor difícil de suportar. Sem encontrar outros ideais aos quais se dedicar e incapazes de cumprir as injunções do supereu, resta a depressão. Impotentes para suportar as faltar, os sujeitos caem no desespero, na tristeza ou se entregam às compulsões. O tempo é da urgência, a impaciência reina soberana, a espera virou sinônimo de desespero. Diante da falta, da ausência, ao invés da sublimação, emerge brutalmente a depressão. A perda e o luto exasperam. Aquilo que falta tem que ser preenchido rapidamente, caso contrário, o sujeito se sente um excluído, um perdedor mal amado.

A intolerância à falta, própria do discurso social, invade a vida familiar, e as famílias bem sucedidas financeiramente promovem um excesso consumista, onde nada pode faltar a sua majestade criança. Esse excesso, por sua vez, pode prejudicar as formações simbólicas, a elaboração da castração, a construção diante da insatisfação. Diante disso, os sujeitos se tornam mais vulneráveis a qualquer falta de um olhar mais amoroso, um episódio de rejeição, um insucesso profissional, por terem sido habituados

a serem “preenchidos”, a não tolerarem perdas, e, portanto, não saberem como efetuar um trabalho de luto.

Quando Elza me diz abruptamente que é mais uma mulher sozinha, infeliz, entre tantas outras que imagina terem me procurado, penso silenciosamente que certamente não encontrará seu parceiro amoroso ali, e reconheço que tem razão de se lamentar por estar só. São muitas as mulheres com este tipo de queixa, dentro e fora dos consultórios. Ouvindo-a mais atentamente, percebo que as exigências que faz de um parceiro não são poucas, assim como a dor por ter sido traída quatro anos atrás permanece latente. Lembro-me, então, das palavras de Paula, abandonada por seu ex-marido: “O Marcos tem oito anos a menos do que eu, as pessoas me olham de forma atravessada, e, talvez eu esteja com ele para evitar me envolver demais numa relação e me machucar de novo. Mas o fato é que me sinto feliz com ele, mais do que com o Carlos que era o partido perfeito”.

Se por um lado a sociedade atual constrange, por outro, ela também oferece uma liberdade maior e, sem dúvida, as mulheres, hoje em dia, conquistaram um lugar jamais pensado outrora. Isso vale também para os homens, antes submetidos às leis de um bom casamento. Nesse momento, entretanto, cabe a elas conquistar mais liberdade sujeitando-se de preferência mais às leis do desejo do que àquelas louvadas pelos ideais perfeitamente adaptados. É à lei do desejo que os analistas se aliam, não a do gozo desenfreado, ou do desejo conformado e enquadrado.

A realidade dificilmente corresponde ao sonho do ideal e se o mal-estar é inevitável, em qualquer sociedade, isso não significa, necessariamente, como bem disse Freud, que a “miséria neurótica” não possa ser substituída pela “miséria comum”.

Os deprimidos, esses seres que oscilam entre viver e morrer, que se deixam invadir constantemente por pequenas mortes, são seres traumatizados. O trauma ocupa um lugar central nas depressões e, não me parece que a psicanálise esteja dando o devido valor a questão traumática no caso dos deprimidos. Talvez devamos considerar que toda a depressão é fruto de um trauma. Trata-se de um dos destinos possíveis de

uma situação vivida como traumática, quando o trabalho de luto não pode se efetivar. Trauma sofrido por abuso sexual, trauma devido a abandonos muito precoces, trauma devido a fatos dolorosos recentes. Trauma que incide sobre o sujeito e que o deixa à deriva, carregando o fardo de ter que sobreviver. Alguns optam pelo suicídio, quando a dor é tão avassaladora, o mundo tão sombrio que a morte se anuncia como a solução para o final do calvário.

O suicida nos assusta. Ao acusá-lo de “louco” fazemos de conta que nada sabemos disso, embora possamos silenciosamente reconhecer que algumas vezes essa idéia nos ocorre, mesmo que seja rapidamente: passagem fugaz da pulsão de morte. Traumatizado, esmagado, arruinado o suicida sucumbe e cessa de brigar, desiste de tudo.

Chama a atenção o modo pelo qual o deprimido lida com a temporalidade. É como se só existissem duas dimensões: o presente e o passado. O futuro é uma certeza da repetição do presente infeliz, nada vai mudar, o amanhã é o hoje. Esta falta de perspectivas é que faz a vida fantasiosa do depressivo ser tão pobre, tão improdutiva, fator que dificulta o trabalho analítico.

O estudo das depressões nos induz naturalmente a pensar, refletir sobre a força da pulsão de morte no psiquismo. A falta de desejo, a inibição, a reclusão, a apatia, manifestações tão comuns nos depressivos, são flertes com a morte. E, diante dessa presença maciça, sou levada por associação à pergunta sobre a afirmação freudiana (1926), tão aceita, de que não há representação de morte no inconsciente, que ela se encontra sempre disfarçada sob a forma de ameaça de castração. Não será novamente uma relutância em aceitar que não é somente a sexualidade e seus avatares que constituem os nós do psiquismo? Vimos anteriormente, quando estudamos a questão do trauma, quanta resistência existe na psicanálise em aceitar e incorporar os efeitos traumáticos não sexuais num sujeito, apesar da reformulação freudiana realizada no *Mais Além do Princípio do Prazer* (1920). Esta afirmação freudiana parece embutir novamente esta mesma dificuldade. O sexo e a morte são os temas que mais ocupam o

ser humano, não há como escapar deles, de modo que creio que vale esta indagação a respeito desta conhecida afirmação freudiana. Fica como uma questão, entre outras, nesta pesquisa, que espero desenvolver posteriormente, sobre se a representação da morte existe no inconsciente ou não, e o que, exatamente, tal afirmativa freudiana implica. A idéia de que a angústia da morte só comparece como ameaça de castração, pois não é possível a representação da morte no inconsciente, me parece não dar conta do poder da ameaça narcísica constituída pela morte, assim como de seu papel no psiquismo. A morte é uma questão crucial para o ser, razão de angústia e terror, e admitir isso não implica em desvalorizar ou desbancar a importância da sexualidade.

A morte comparece expressivamente no discurso de nossos deprimidos. Quando a fala expressa a derrocada do desejo, o lamento é a melodia principal, repetitiva e monótona. Mas enquanto um sujeito fala a um analista, ele anseia pelo retorno do desejo; enquanto ele insiste na análise, alguma promessa se insinua. Fazer o desejo ressurgir é uma missão analítica dura, especialmente cansativa com os deprimidos, traumatizados por suas perdas, engolfados pela desesperança e dor.

Mas, se algumas vezes, do encontro analítico, a sombra se torna luz, o desejo emerge das profundezas da alma, vale a pena prosseguir, apesar dos fracassos eventuais: fracasso do próprio analista, fracasso de nosso instrumental.

Referências Bibliográficas

- ABRAHAM, K.(1911) – *Notas sobre a Investigação e o Tratamento Psicanalíticos da Psicose Maníaco-Depressiva e Estados Afins*. In: *Teoria Psicanalítica da Libido - Sobre o Caráter e o Desenvolvimento da Libido*. Imago. Rio de Janeiro.1970.
- ABRAHAM, K.(1924) – *Breve Estudo do Desenvolvimento da Libido visto à luz das Perturbações Mentais*. In: *Teoria Psicanalítica da Libido - Sobre o Caráter e o Desenvolvimento da Libido*. Imago. Rio de Janeiro. 1970.
- ABRAHAM, N. e TOROK, M.(1972) – *Luto ou Melancolia, Introjetar – Incorporar*. In: *A casca e o núcleo*. São Paulo. Escuta. 1995.
- (1975) “*O Objeto Perdido - Ego*”, *Notações sobre a Identificação Endocríptica*. In: *A Casca e o Núcleo*. São Paulo - Escuta - 1995.
- ALLOUCH, J. (1994) – *Ajó* – em ver. Litoral, n.17 :87-95Córdoba:E.D.E.L.P.
- Bauman, Z. (1997) – *Mal Estar da Pós Modernidade-* Jorge Zahar - Rio de Janeiro.
- BERGERET, J. (1986) – *La Psychanalyse de la Dépression: Nouvelles Propositions Théoriques* – J. Bergeret e W . Reid (org) – Dunod – Paris.
- BETTELHEIM, B. (1943) – *Individual and Mass Behavior*. In: *Extreme Situations* – J. Abnormal Psychol. 38: 417-452.
- BLEICHMAR, H. (1982) – *Depressão - Um Estudo Psicanalítico-* Artes Médicas – Porto Alegre – 1983.
- (1996) – *Some Subtypes of Depression and their Implications for Psychoanalytic Treatment* – Int. Journal Of Psychoanalysis 77: 935:961 – Institute of Psychoanalysis – London.
- BRIBING, E. (1953) – *The Mechanism of Depression*. In: *Affective Disorders – Psychoanalytic Contribution to their Study* – Edited by Phillips Greenacre – New York – Int. Universities Press: 13-48.
- BOWLBY, J. (1962) – *Processes of Mourning*. In: *Int. J. Psycho-Anal.* 47: 317-341- Institute of Psychoanalysis – London.
- CHEMAMA, R. (1993) – *Org.- Dicionário de Psicanálise*. Larousse. Artes Médicas. Porto Alegre. 1995.

- COUTINHO, A. R. (1996) – *Cientificidade e Relevância Social - I: Controvérsias sobre a Cientificidade da Psicologia e das Ciências Sociais*. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan. Abril 1996. vol. 12 n. I.
- COUTINHO, A.R. (1996) – *Cientificidade e Relevância Social - II: Uma Rediscussão da Questão da Cientificidade e suas Implicações Sociais*. In: *Teoria e Pesquisa*. Maio-Agosto 1996. vol. 12: 165-177.
- DELOUYA, D. (2000) – *Depressão – Clínica psicanalítica* - Casa do Psicólogo – São Paulo.
- DOSSE, F. (1992) – *História do Estruturalismo*. - Ensaio. S.P. 1993.
- DUJARIER, L. (1979) – *Considérations Psychanalytiques sur la Dépression – Psychiatries* – n. 36 – Paris.
- EHRENBERG, A. (1998) – *La Fatigue D’Être Soi - Dépression et Société* - Éditions Odile Jacob – Paris.
- EHRENREICH, B. (1983) – *The Hearts of Men* – Pluto – London.
- ELIAS, N. (1987) – *A Sociedade dos Indivíduos* - Jorge Zahar - 1994 - Rio de Janeiro.
- ESPINOSA, B. (1677) – *L’Éthique*, Gallimard, Paris, 1954.
- FÉDIDA, P. (2002) – *Dos Benefícios da Depressão- Elogio da Psicoterapia* - Escuta - São Paulo.
- FERENCZI, S. (1909) – *O conceito de introjeção*. In: *Obras Completas Psicanálise I*, São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- FERENCZI, S. (1912) – *Transferência e introjeção*. In: *Obras Completas - Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- FOSSI, G. (1986) – *La Psychanalyse de la Dépression: Nouvelles Propositions Théoriques*. In: J. Bergeret e W. Reid (org) *Narcisisme et États Limits*. Dunod. Paris.
- FREUD, S. (1873-1939) – *Epistolario*. (Seleção de Ernest Freud). Madrid. Biblioteca Nova. 1963.
- (1908[1907]) – *Creative Writers and Daydreaming* - vol. IX. S.E. London.1975.
- (1909[1908]) – *Family Romances* – vol. IX. S.E. London. 1975.
- (1909) – *Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy* - vol. X. S.E. London. 1975.
- (1911) – *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)* – vol. XII.S.E. London. 1975.

- (1914) – *On Narcissism: An Introduction* - vol. XIV. S.E. London. 1975.
- (1917[1915]) – *Mourning and Melancholia* vol. XIV. S.E. London.1975.
- (1919) – ‘*A Child is being Beaten*’: *A Contribution to the Study of the Origin of Sexual Perversions*. vol. XVII. S.E. London.1975.
- (1920) – *Beyond the Pleasure Principle*, vol. XVIII. S.E. London. 1975.
- (1921) – *Psicologia das Massas*, vol. XVIII. Ed. Bras. Imago. 1976.
- (1923[1922]) – *Two Encyclopaedia Articles. Psychoanalysis; The Libido Theory*. vol. XVIII. S.E. London. 1975.
- (1923) – *The Ego and the Id*. vol. XIX. S.E. London. 1975.
- (1924[1923]) – *Neurosis and Psychosis*. vol. XIX. S.E. London. 1975.
- (1924) – *The Economic Problem of Masochism*, vol. XIX, S.E. London. 1975.
- (1926[1925]) – *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. vol. XX. Standard Edition. London. 1975.
- (1927) – *Fetischism*. vol. XXI. S.E. London. 1975.
- (1930[1929]) – *Civilization and its Discontents*. vol. XXI. S.E. London. 1975.
- (1933[1932]) – *New Introductory Lectures on Psychoanalysis* – vol. XXII. S.E. London. 1975.
- (1940[1938]) – *Splitting of the Ego in the Process of Defence*. vol. XXI. S.E. London. 1975.
- (1940[1938]) – *An Outline of Psychoanalysis* - chapter 8 - *The Psychical Apparatus and the External World*. vol. XXIII. S.E. London. 1975.
- GEREZ-AMBERTIN, M. (2002) – *Vicissitudes do Luto* – *Psicologia Clínica* n. 14. 1, Departamento de Psicologia da PUC-Rio, Cia de Freud, Rio de Janeiro.
- GIDDENS, A. (1992) – *A Transformação da Intimidade - Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas* – Unesp - São Paulo.
- GULLO, S. & CHURCH, C. (1989) – *How to Recover from a Broken Heart and Love Again*-Simon and Schuster. London.
- HAYNAL, A. – *Le Sens du Désespoir* - Rapport XXXVI - Congrès de Psychanalystes de Langues Romaines - Rév. Fc. Psychanalyse 41: 5-186.

- ISRAËL, L. (1976) – *L’Hystérique, le Sexe et le Médecin* – Masson – Paris.
- JANET, P. (1919) – *Les Médications Psychologiques* - Félix Alcan. vol. II, Paris, reeditado pela Sociedade Pierre Janet – 1980.
- JONES, E. (1957) – *Vida y Obra de Sigmund Freud*, Hormé, 1976, Buenos Aires.
- KEHL, M.R. (2003) – *Uma Existência sem Sujeito* - Folha de São Paulo - 26/1/2003.
- KENDELL, R.E. (1976) – *The Classification of Depressions: a Review of Contemporary Confusion* - British Journal of Psychiatry n. 129 - Londres.
- KERNBERG, O. (1967) – *The Personality Organization* - Journal of American Psychoanalysis Association n. 15 - New York.
- KERNBERG, O. (1975) – *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* – Jason Aronson - New York.
- KLEIN, M. (1934) – *Contribuição a Psicogênese dos Estados Maníacos - Depressivos*. In: *Obras Completas II*. Paidós - Hormé. Buenos Aires. 1975.
- KLEIN, M. (1940) – *O Luto e sua Relação com os Estados Maníaco-Depressivos*. In: *Obras completas II*. Paidós - Hormé. Buenos Aires. 1975.
- KLEIN, M. (1963) – *Sobre o Sentimento de Solidão*. In: *Nosso Muo Adulto e Outros Ensaio*. Imago. R.J. 1971.
- KLERMAN, G.L. e WEISSMANN, M.M. (1989) – *Increasing Rates of Depression* – JAMA - 21/04/1989.
- KOHUT, H. (1971) – *The Analysis of the Self* – International Press- New York.
- KRISTEVA, J. (1987) – *Sol Negro - Depressão e Melancolia*. Rocco. R.J. 1989.
- LACAN, J. (1949) – *Le Stade du Miroir comme Formateur de la Fonction du Je-Écrits* - Seuil – Paris – 1966.
- (1953-54) – *Seminário I - Os Escritos Técnicos de Freud* - Zahar - R.J. 1975.
- (1958-59) – *O Desejo e sua Interpretação* - Seminário Inédito.
- (1959-60) – *O Seminário 7 - A Ética da Psicanálise* - Zahar - R.J. 1988.
- (1960-61) – *O Seminário 8 - A Transferência..* Zahar. R.J. 1998.
- (1960) – *Observações sobre o Relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e Estrutura da Personalidade-* Escritos - Jorge Zahar - Rio de Janeiro – 1998.
- (1962) – *O Desejo e sua Interpretação* - Seminário Inédito.

- (1962-63) – *A Angústia* – Seminário Inédito.
- (1974) – *Televisão* - Zahar - R.J. 1993.
- LAGACHE, D. (1958) – *La psychanalyse et la Structure de la Personnalité*, In: La Psychanalyse - P.U.F. - Paris VI.
- LAMBOTTE, M.C. (1997) – *O Discurso Melancólico: da fenomenologia à metapsicologia* . Companhia de Freud. R.J.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. (1967) – *Vocabulaire de la Psychanalyse* - P.U.F. Paris - 1981.
- LAX, R.F. (1989) – *The Narcissistic Investment in Pathological Character Traits and the Narcissistic Depression: Some Implications for Treatment* - Int. Journal of Psychoanalysis 70: 81-90 – Institute of psychoanalysis, London.
- MASSON, M.J. Edit. (1985) – *A correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887-1904* - Imago. R.J. 1986.
- MOSCOVICI, M. (1994) – *A Sombra do Objeto – Sobre a Inatualidade da Psicanálise*. Zahar. R.J.
- MOUSSAOUI, D. (1978) – *Biochimie de la Dépression- Analyse de la Literature* - L'Écephale n. 4 - Paris.
- NUNBERG, H. (1932) – *Principes de psychanalyse* - P.U.F. – Paris – 1957.
- PESSOTTI, I. (2003) – *Para Compreender a “Vida Dura”*- Folha de São Paulo - 26/1/2003.
- PHILLIPS, S.H. (1991) – *Trauma and War* - A Fragment of an Analysis with a Vietnam Veteran - Psychoanal. St. Child, 46: 147-180.
- PINHEIRO, T. – *Trauma e Melancolia*- Rev. Percurso VI - n. 10 - São Paulo.
- QUINET, A. (1999) – *A Tristeza: Mal-Dizer o Desejo em: Extravios do Desejo- Depressão e Melancolia* - org: Antonio Quinet - Marca D'Água Livr. e Edit. - Rio de Janeiro.
- RAPPAPORT, E. (1968) – *Beyond Traumatic Neuroses – A Psychoanalytic Study of Late Reactions to the Concentration Camp Trauma* - The Int. Journal of Psychoanalysis – London - vol. 49: 719-731.
- ROUDINESCO, E. (2000) – *Por que a Psicanálise?* Jorge Zahar. R.J.
- RUDGE, A.M. (1998) – *Pulsão e Linguagem - Esboço de uma Concepção Psicanalítica do Ato*. Zahar. R.J.
- (2003) – *Trauma e Temporalidade* - Rev Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental - São Paulo - no prelo.

- RYAN, M. (1981) – *The Cradle of the Middle Class*, Cambridge University Press, Cambridge.
- SENNETT, R. (1998) – *A Corrosão do Caráter* – Record – 1999 - R.J.
- SOLER, C. (1997) – *Um Mais de Melancolia*. In: *A Dor de Existir* – Kalimeros - R.J.
- SOUZA, O. (1998). *A Metapsicologia e as Opções Éticas dos Psicanalistas*. In: *Cultura da Ilusão*. Contracapa. R.J.
- STRACHEY, J. – *The Function in the Aetiology of Neuroses: A Historical Note* - Int. Journal of Psychoanalysis - 12: 326: 330.
- TOROK, M. (1968) – *Doença do Luto e Fantasia do Cadáver Saboroso*. In: *A Casca e o Núcleo*, São Paulo: Escuta, 1995.
- TRIGUEIRO, A. (2002) – *Um Caso de Saúde Pública* - O Globo- 8/8/2002/ - Rio de Janeiro.
- ULMAN, R.B. & BROTHER, D. (1988) – *The Shattered Self* – Hillsdale - N.J: The Analytic Press.
- VEERECK, G.S. (1926) – *Entrevista com Freud* – Journal of Psychology - vol: Psychoanalysis and the Future - New York - obtida pela Internet.
- WIDLÖCHER, D. e HARDY, M-C (1991) – *La Dépression* - Ouverture Médicale - Hermann – Paris.
- WINNICOTT, D. (1954) – *A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal*. In: *Da Pediatria à Psicanálise. Textos Selecionados*. Francisco Alves. R.J. 1978.
- WINNICOTT, D. (1960) – *Distorsion du Moi en Fonction du Vrai e du Faux "Self"*. In: *Processus de Maturation chez l'Enfant*. Petite Bibliothèque Payot. Paris. 1974.
- WINNICOTT, D. (1962) – *Ego Integration*. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. I.U.P. New York. 1974.
- WINNICOTT, D. (1962) – *A Personal View of the Kleinian Contribution*: In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment- Studies in the Theory of Emotional Development*. - I.U.P. New York. 1974.
- WINNICOTT, D. (1963) – *The Mentally Ill in your Caseload*. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment-Studies in the Theory of Emotional Development*. - International Universities Press. New York. 1974.

- WINNICOTT, D. – *The Development of the Capacity for Concern (1963).p.56.*
In: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment – Studies in the Theory of Emotional Development.* - I.U.P. New York. 1974.
- WINNICOTT, D. (1963) – *Psychiatric Disorder in Terms of Maturational Processes.* In: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* I.U.P. New York. 1974.
- WINNICOTT, D. (1963) – *From Dependence Towards Independence in the Development of the Individual .*In: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* I.U.P. New York. 1974.