



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Julio Cesar Silvestre

A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE MELANCOLIA EM FREUD: DAS PRIMEIRAS
TEORIZAÇÕES À CLÍNICA DA ATUALIDADE.

Palmas - TO

2016

Julio Cesar Silvestre

A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE MELANCOLIA EM FREUD: DAS PRIMEIRAS
TEORIZAÇÕES À CLÍNICA DA ATUALIDADE.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e apresentado como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Dr. Adriano Machado Oliveira

Palmas - TO

2016

Dados internacionais da catalogação na publicação.

Silvestre, Julio Cesar

587c A construção do conceito de melancolia em Freud: das primeiras
teorizações à clínica da atualidade / Julio Cesar Silvestre –
Palmas, 2016

61 fls., 29 cm. il.

Orientação: Prof^o. Dr. Adriano Machado Oliveira

TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Psicologia - Centro
Universitário Luterano de Palmas. 2016

1. Psicanálise. 2. Melancolia. 3. Depressão. 4. Clínica. 5.
Manejo Técnico. I. Oliveira, Adriano Machado .II. Título.
IV. Psicologia.

CDU: 159.954.2

Julio Cesar Silvestre

A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE MELANCOLIA EM FREUD: DAS
PRIMEIRAS TEORIZAÇÕES À CLÍNICA DA ATUALIDADE.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
elaborado e apresentado como requisito
para obtenção do título de bacharel em
Psicologia pelo Centro Universitário
Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Dr. Adriano Machado
Oliveira

Aprovada em: _____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Adriano Machado Oliveira
Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP

Prof.Dra. Irenides Teixeira.
Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP

Prof. Me Nara Wanda Zamora Hernandez
Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP

Palmas - TO

2016

RESUMO

SILVESTRE, Julio Cesar. **A construção do conceito de melancolia em Freud: das primeiras teorizações à clínica da atualidade.** 2016. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2016.

Esse estudo ocupa-se em revisar a construção teórica do conceito de melancolia em Freud, desde as primeiras teorizações, e sua relevância na prática clínica contemporânea. Em especial, o presente estudo teórico tomou como ponto de partida o clássico Luto e Melancolia e comentadores contemporâneos. Em seguida o trabalho buscou analisar o avanço das concepções sobre melancolia na clínica psicanalítica atual estabelecendo suas repercussões para a prática clínica. No presente estudo também se buscou estabelecer as distinções principais entre estados melancólicos e estados depressivos, na medida em que para alguns autores da psicanálise a melancolia encontra-se como uma subclasse da depressão. Como conclusões principais o trabalho aponta que a melancolia na perspectiva freudiana é relevante para a clínica psicanalítica atual, porém foi absorvido pelo termo depressão pelos sintomas serem semelhantes, e pela retirada do DSM em 1980. Devido a isso, sua volta como adoecimento tornou-se impossível pelo domínio de uma visão empirista da ciência, e de que o psicológico é observável, mas apesar disso a melancolia como adoecimento continua existindo na psicanálise freudiana. Contudo, para a psicanálise o psicológico não é observável, e por isso o subjetivo do paciente é reconhecido, a lógica freudiana consegue distinguir se a pessoa é melancólica ou depressiva.

Palavras-chaves: Psicanálise; Melancolia; Depressão; Clínica; Manejo Técnico.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2.PERCURSO TEÓRICO.....	13
2.1 - A CONSTRUÇÃO TEÓRICA DA MELANCOLIA NO PENSAMENTO FREUDIANO.....	17
2.1.1 – A ETIOLOGIA DO QUADRO MELANCÓLICO.....	18
2.1.2 - A DINÂMICA DA MELANCOLIA EM FREUD.	22
2.1.3 - O PROCESSO DE ADOECIMENTO.	25
3 - A MELANCOLIA NA TEORIZAÇÃO PSICANALÍTICA ATUAL: MÚLTIPLOSOLHARES.....	32
3.1 - MELANCOLIA DE FREUD A LACAN.	34
3.2 - A PERSPECTIVA LACANIANA.....	35
3.3 - FRAGMENTO DE UM ESTUDO DE CASO: A MELANCOLIA DE PACIENTE COM HIV (AIDS).....	39
4 - A CLÍNICA DO QUADRO MELANCÓLICO NA ATUALIDADE: A QUESTÃO DO MANEJO TÉCNICO.....	41
4.1 - ENTRE OS ABISMOS DA MELANCOLIA E DEPRESSÃO.....	42
4.2 – AFINAL, EM QUE CONSISTE A COMPREENSÃO DA MELANCOLIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA CONTEMPORÂNEA?	46
6 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

1. INTRODUÇÃO

¹Je suis Le Ténébreux, - Le Veuf, - l'Inconsolé,
Le Prince d'Aquitaine à la Tour abolie :
Ma seule *Etoile* est morte, - et mon luthconstellé
Porte Le *Soleil noir* de La *Mélancolie*.

Eu sou o Tenebroso, _ o Viúvo, _ o Inconsolado,
O príncipe d`Aquitânia da Torre Abolida:
Minha única estrela é morta, - e meu alaúde
Constelando traz o Sol negro da Melancolia.

Gerard de Nerval

Diante da grandeza da obra de Freud surgiram vários olhares sobre suas teorias, e desses múltiplos olhares, destacam-se os dos tradutores² de suas obras, em especial os da primeira edição das obras completas em português Standart, do inglês para o português das edições imago, e do alemão para o português da Companhia das Letras³. Essa segunda tradução é a mais fiel aos textos originais, porém é bom ressaltar que cada tentativa de traduzir as ideias originais do fundador da psicanálise tem sua riqueza, e é essa riqueza que serão percorridas nas próximas páginas, mesmo diante do grande desafio enfrentado por seus tradutores na busca da fidelidade da escrita dos textos de Freud.

¹Na segunda metade do século dezenove o poeta Gerard de Nerval descrevia em suas poesias e novelas, a alma melancólica do ser humano apaixonado, no caso a dele mesmo. Em seu primeiro verso do épico poema “El desdichado”, descrito acima, demonstra a dor de sua alma, a escuridão da noite escura, em cujo viúvo inconsolável derrama sua alma em versos. A torre macabra, onde muitos amores morreram. Onde ele observava a sua única estrela no céu escuro, que não brilha mais, está morta. E agora, sem seu amor, o que resta é carregar um sol negro melancolia. O verso que remete a escuridão, o sombrio, é uma referência ao inferno, a referência à viúva e ao mausoléu, onde um amante construiu um tumulo para sua amada morta. Situação onde ele se encontrava naquele momento; “O príncipe d`Aquitânia da Torre da Abolida”. Nerval desde criança começou a criar com seu primeiro amor de infância, a pequena Adrienne, que se conheceram em Valois no interior da França um amor ideal, esse amor que fez nascer Aurelie, personagem de novela. Esses dois amores ideais vieram a se fundir em Sylvie, artista real de teatro, apaixonado a pediu em casamento, mas foi rejeitado. É nesse contexto que ouve a ruptura dolorosa que feriu a alma do poeta, agora o objeto amado que demandava tanta energia libidinal, já não existe mais. Aconteceu assim, a identificação do eu ideal com o objeto amado. Nessa estrofe percebemos a auto depreciação, trazendo a si a solidão e a escuridão melancólica.

²Dispomos hoje de vários textos de Freud vertidos diretamente do alemão para o português por competentes tradutores. Entretanto um número significativo de leitores ainda tem como texto-referência a Edição Standard Brasileira. A autora desse artigo, após ressaltar o singular papel da Edição Standard Inglesa na divulgação da Psicanálise e o trabalho pioneiro da psicanalista e tradutora Marilene Carone, aventam algumas explicações para compreender a lenta assimilação das novas traduções.

Uma das formas de manter a fidelidade ao texto original é o trabalho dos comentadores que com suas análises procuram esgotar a essência das palavras e conceitos originais, no caso, as de Sigmund Freud no livro *Luto e Melancolia* (1914-1916). Durante todo percurso teórico acerca do tema, iremos contemplar alguns para enriquecer e atualizar para nosso tempo o pensamento de Freud sobre melancolia e prática clínica.

No caso de Freud, seus escritos foram, e continuam sendo uma verdadeira arte argumentativa, ele soube gerenciar as informações que possuía, demonstrando e convencendo grande número de seguidores, e de fato ele convenceu através da perpetuação de seus escritos, que ainda hoje auxiliam no entendimento do ser humano e de suas dores psíquicas. Ele persuadiu com emoção seus seguidores, e ainda hoje persiste, isso sobre muitos assuntos que ainda são tabus e motivo de controvérsias no mundo acadêmico e científico.

Freud foi inovador, quando discorreu sobre assuntos que ainda eram considerados mitos e fantasias, ele desbravou muito das cavernas escuras do inconsciente⁴ humano. Nesse capítulo, iremos mencionar alguns comentadores acerca de um dos escritos no (volume XIV, o texto *Luto e Melancolia*), com mais ênfase na *Melancolia*. Ao ponto de quem nunca leu o clássico *Luto e Melancolia*, possa reconhecer e refletir sobre frases na beleza e “na força das expressões como: o complexo melancólico se comporta como uma ferida aberta. Ou a famosa: a sombra do ego do objeto caiu sobre o ego.

Segundo Carone (2011) a tradução deve ser uma interpretação de texto visando à neutralidade, mesmo admitindo que isso seja impossível no ponto de vista de isenção total, pois possui uma relatividade inevitável que não exclui o senso crítico baseado em argumentos técnicos e linguísticos.

Ao experimentamos perdas de amigos e parentes, até mesmo quando trocamos e perdemos empregos, mudamos de cidade, e diante de toda situação inesperada que causa um vazio, em qualquer desses casos, há uma perda de

⁴Na linguagem corrente, o termo inconsciente é utilizado como adjetivo, para designar o conjunto dos processos mentais que não são conscientemente pensados. Pode também ser empregado como substantivo, com uma conotação pejorativa, para falar de um indivíduo irresponsável ou louco, incapaz de prestar contas de seus atos (...) Em psicanálise*, o inconsciente é um lugar desconhecido pela consciência: uma “outra cena” (ROUDINESCO, 1998, 374-375).

energia libidinal que antes era investida no determinado objeto perdido, e que quando leva a perda da autoestima, a ponto de causar ao sujeito uma autodepreciação e autoacusação, começa um processo de adoecimento que Freud chama de melancolia (FREUD, 1914-1916, p.20).

Segundo Freud (1914-1916) acontece uma perda de energia cartexial⁵ (libidinal) no processo de melancolia, essa carga energética concentrada em um determinado objeto, que na psicanálise consiste em um investimento psíquico de uma pulsão, com representação mental consciente ou inconsciente figurado em uma ideia, imagem, fantasia ou símbolo; e todo esse processo consiste no processo de adoecimento melancólico (BEARZOTI, 1997, p.2).

O tema melancolia resgatado por Freud em sua obra *Luto e Melancolia* foi embasado em sua nascente psicologia, pois para ele muitos conteúdos da nossa psique ainda estão no inconsciente, e isso desde nosso nascimento ao chorarmos ao sair da zona de conforto (FREUD, 1901-1905, p.187). Ao iniciar a vida cada indivíduo estava em um lugar seguro e aquecido, recebendo tudo de que precisava para sobreviver, nem mesmo precisava respirar. Essa sensação de perda de um objeto perpassa por toda vida, principalmente nas primeiras fases psicosssexuais que determinam nossa psique começando na primeira fase pré-genitais (ibidem).

E a experiência de ego ferido é uma característica da melancolia em Freud, caracterizando-se por um desânimo profundo, perda de energia libidinal, causando falta de interesse pelo mundo na falta do objeto amado perdido, acentuando de forma grave a inibição de atividades, “é um rebaixamento do sentimento de autoestima, que se expressa em autorecriminações e auto insultos, chegando até a expectativa delirante de punição” (RAMIRES, 2010, p. 47).

Percebemos que todo processo psíquico possuiu uma dinâmica, e a melancolia não foge a isso, sendo assim, Freud traça de forma genial um procedimento que começa na escolha objetual, comprometendo de forma direta a

⁵Energia cartexial, decartexia. O termo catexia pode ser empregado para indicar: (1) a origem da excitação, p.ex., uma sequência de pensamento pode receber uma catexia de um desejo inconsciente (V: 633; XVII: 98); (2) o deslocamento de cargas energéticas, p. ex., idéias com carga de intensidade débil podem receber um reforço de carga proveniente de idéias fortemente catexiadas (IV: 187); (3) se a carga de energia psíquica é forte ou fraca; (4) a carga de energia psíquica vinculada a objetos (catexia objetai) (XVI: 395); (5) o interesse libidinal que as pessoas têm por seus objetos amorosos (catexia libidinal); por exemplo, uma pessoa doente pode retirar sua catexia do objeto amoroso redirecionando-o para o seu próprio ego até restabelecer-se (XIV: 98). Em termos práticos, catexia pode ser entendida como investimento de energia psíquica (FREUD *apud* BEARZOT, 1997, p.3)

relação do ego com o outro, pois segue o modelo narcisista que compromete a relação de alteridade com o outro, isso no sentido idealizador do objeto escolhido.

Hoje vemos uma exaltação da chamada e rotulada depressão, qualquer conflito que leve a uma perda e consequente tristeza é nomeada assim (COSER, 2003, p.33). Podemos dizer que, nesses casos, o contexto atual dissolve a autoestima do indivíduo quando em nome da liberdade norteia padrões impossíveis para a maioria alcançar, causando uma busca incessante por algo que parece real, mas é um ideal criado, onde “a questão do melancólico é não conseguir lidar com a perda inconsciente de si mesmo, a perda da autoestima (BERLINCK, 2008, p.48). É isso acontece no adoecimento melancólico onde a busca de ideal perdido não vai sendo alcançado causando um mal-estar contemporâneo, que para muitos é depressão, mas que segundo Freud (1914-1916) trata-se de melancolia.

Alguns traços de melancolia podem ser observados em algumas obras artísticas, e durante muitos anos foram personificados em poemas e obras, mas quase sempre relacionando esses mesmo gênios a seres loucos deslocados da sociedade considerada normal (KEHLL, 2011, p.25). É por isso que se torna importante percorrer os caminhos traçados por Freud até a atualidade, e perceber a relevância de todo processo nos últimos anos, quais as ferramentas desenvolvidas por seus sucessores, distinguindo as diferenças entre melancolia e depressão para um melhor desempenho na prática clínica psicanalítica, e um consequente alívio e cura dessa dor que rasga a alma.

A forma de escrever de Freud é bem peculiar, ele consegue atingir seus leitores de forma simples ao mesmo tempo em que consegue ser técnico, suas idas e voltas no mesmo assunto faz com que seja fixada a essência que sempre está oculta em uma leitura dinâmica e superficial, algumas pessoas o acha repetitivo, contudo ao ler novamente percebe que falou do mesmo assunto, mas com acréscimos ricos, que na maioria das vezes está na forma de escrever, pois o alemão é uma língua rica em detalhes, e ao traduzir para o português, o leitor pode não se ater a esses detalhes na primeira leitura.

Esse trabalho analisa a relevância do conceito de melancolia em Freud e na prática a clínica psicanalítica na atualidade. Como problema de pesquisa torna-se importante pontuar de que forma é apresentado por Freud o conceito de Melancolia e seus principais desdobramentos teóricos; e de que maneira autores

contemporâneos de orientação psicanalítica têm atribuído sentido à melancolia na prática clínica atual?

O objetivo geral do presente estudo, por conseguinte, é avaliar a construção do conceito de Melancolia na obra freudiana e seus desdobramentos na clínica psicanalítica da atualidade, e os objetivos específicos são caracterizar a construção do pensamento de Freud acerca da melancolia; Identificar de que modo, na literatura psicanalítica contemporânea, operacionaliza-se o pensamento freudiano acerca da melancolia; Relacionar e analisar as distinções conceituais entre melancolia e depressão, e suas implicações clínicas.

A escolha do tema foi uma opção do pesquisador devido sua vivência como orientador de pessoas com problemas relacionadas ao luto, melancolia e depressão, e ao perceber que muitos dos problemas apresentados estavam relacionados à má ou nenhuma elaboração do luto e melancolia. Ao lidar com pessoas melancólicas e em luto, percebia que na maioria das vezes anulavam suas vidas e a dos seus próximos por falta de investimento afetivo, e para onde estava indo esse investimento? E nada melhor para elaborar e superar um momento difícil como conhecer as possíveis “verdades” que envolve o processo e até mesmo as de quem está vivendo o processo, o indivíduo com toda sua subjetividade.

Atualmente é quase um consenso que a depressão será a doença do século, pois está em ascendência, e “cada época possui suas características peculiares. Estas, por sua vez, são sempre determinadas por condições de possibilidades específicas de seu tempo (TAVARES, 2010, p.27)”. Contudo nem tudo é depressão, muitas vezes é uma tristeza comum à condição humana, ou mesmo pode ser melancolia em suas diversas interpretações, mas no nosso caso a visão de Freud.

A quantidade de famílias que já possuem um ou mais de seus membros com doenças psíquicas cresce a cada dia, e não é coincidência que cresce ao mesmo tempo em que a cultura e a tecnologia avançam de forma meteórica, que quase não conseguimos alcançar tais avanços que muitos chamam de evolutivos. E no passar do tempo, podemos perceber que aumenta a dificuldade de definir o que seriam esses problemas mentais. Contudo, essas - “chamadas doenças mentais impõem que busquemos modalidades novas de compreensão que não se esterilizem em rótulos diagnósticos importados da medicina (PERES, 2003 p.8)”.

Devido essa imposição da psiquiatria moderna, torna-se relevante refletir sobre conceitos anteriores para se chegar a uma argumentação que beneficie mais os pacientes em estados psíquicos alterados, não somente aceitar uma imposição baseada na biologia humana, pois o ser humano possui uma estrutura complexa, e tal estrutura foi elaborada principalmente nas teorias de Freud sobre a psique humana. A psicanálise contribuiu e ainda pode contribuir para isso principalmente com as teorias sobre luto e melancolia, que no caso de nosso estudo, terá ênfase na melancolia.

Freud no século XIX retoma o tema melancolia o campo da sua teoria psicanalítica, retomando a dor da alma do ser humano, agora de forma mais ampla, que segundo Peres (2011, p.107) está gravada em cada homem como riqueza que somente os humanos possuímos. “Tormento de difícil tradução, pois a palavra não alcança o enigma de nossa existência, que se trama na vicissitude das perdas e seus lutos”. Podemos dizer que o ponto em comum entre melancolia e depressão, indiscutivelmente está na dor causada ao indivíduo, e muitas dessas dores são inconscientes (FERREIRA, 2010, p.79). Mas Freud (1914-1916) teorizou as mesmas de forma genial quando comparou luto e melancolia e fez a distinção dos traços da melancolia, que consistem na autoacusação e autorecriminação. Traços bem parecidos com a chamada depressão na contemporaneidade, como descrito nas notas da edição imago da tradução do inglês.

Em suma, a sociedade em que se torna crescente o rompimento afetivo devido à velocidade que a tecnologia nos proporciona, assim como a influência das mídias sociais que podem colaborar para mais rompimentos, que muitas vezes são inconscientes, ou seja, o sujeito nem sabe de fato o que perde, sendo bom ressaltar que é somente no campo da psicanálise que se justifica essa perda inconsciente que se afirma. Durante o percurso da vida temos muitas perdas, por isso, torna-se relevante aprofundar no tema proposto, para aliviar essas dores humanas, e fugir da tendência em buscar alívio somente em medicamentos, que na maioria das vezes só amortecem e escondem de forma química a origem dessas dores.

2. PERCURSO TEÓRICO

⁶Dans La nuit du Tombeau, Toi qui m'as consolé,
Rends-moi Le Pausilippe et La mer d'Italie,
La *fleur* qui plais aittant à mon coeur désolé,
Et La treille ou Le Pampre à la Rose s'allie.

Na noite da tumba, Tu que me hás consolado,
Devolve-me o Pausilipo e o mar da Itália,
A flor que me encantava o coração desolado,
E a treliça em que o pâmpano à rosa se alia.

Gerard de Nerval

Freud afirma que a pessoa em estado de Melancolia se detém na ferida aberta, na queixa, na autoacusação na sombra do objeto perdido, seja na perda de uma pessoa concreta, ou um ideal (FREUD 1914-1916). Mas nos dois casos existe um objeto perdido, uma paixão, que na origem pode ser narcisista, e segundo a psicanálise é de fato narcisista.

Conforme explicitado abaixo,

De acordo com Freud, a paixão se encontra dentre as doenças narcísicas, pois o sujeito busca alcançar sua completude através de um objeto idealizado. Considerando que as relações passionais têm como modelo as experiências vivenciadas na infância, o sujeito revive em suas relações amorosas, não só os amores e os cuidados obtidos na infância, mas, também, as dores, o fracasso e o sentimento de desamparo (FERREIRA2010, p.63).

A escolha objetal para Freud retoma as escolhas das primeiras fases psicosexuais da vida. O objeto amado tem base narcisista, ou base do tipo anaclítico (FREUD, 1914-1916, p. 97). Na primeira, ama-se o que se é (a própria pessoa); o que se foi; o que se gostaria de ser; alguém que foi parte da própria

⁶Nerval continua na segunda estrofe, rasgando sua alma melancólica, afirmando que até a noite é como uma sepultura, e seu consolo ainda é esse amor perdido. E na verdade a sua vida tinha se tornado uma noite tumular. Ele continua na negação dessa perda por morte, chegando a continuar consolando-se com sua presença ausente, que nesse caso é a presença dele mesmo, pois o seu ego e o objeto amado se fundiram, o que era introjeção passa a ser identificação. Aqui percebemos o ideal narcisista de amor a si mesmo, depois do processo de introjeção a identificação. No último verso dessa estrofe, a treliça que une a videira e a rosa, duas espécies entrelaçadas como se fosse uma só planta.

pessoa. Na segunda base, ama-se a mulher que alimenta; o homem que protege, ou as pessoas que ocuparam esse lugar (ibidem).

Em relação ao quadro de melancolia, o objeto perdido é mais idealizado, sendo inconsciente no caso de um amor perdido, pois o mesmo não morreu de forma concreta, a pessoa amada está viva, mas está ausente, o abandonou. Já no luto é mais consciente, principalmente no caso da perda de uma pessoa concreta (FREUD, 1914-1916, p.249).

Uma pessoa que se encontra em uma situação real que exige que sua libido se desprenda desse objeto perdido, percebe que isso não é fácil, independente de como foi vivenciado o evento, seja pela não elaboração do luto por morte real ou ideal, até mesmo pela má elaboração do evento edípico (MOREIRA, 2002, p.81).

Segundo Freud (1914-1916), cada pessoa vive de forma particular o Complexo de Édipo, mas seja qual for o desfecho, se foi bem vivido ou não, existe a dificuldade de desinvestir do objeto. Pois preferimos nos agarrar a esses investimentos ao máximo, e como não conseguimos, acontece o processo doloroso do rompimento desse primeiro objeto amoroso.

Poderíamos dizer que o processo de melancolia seria como juntar pedaços de um cristal quebrado. Freud faz essa analogia, comparando a estrutura psíquica como a estrutura de um corpo químico cristalizado, pois quando atiramos um cristal no chão, ele se quebra, mas segundo suas linhas de segmentação que estão delimitadas pelo cristal em uma linha invisível (ROCHA, 2008, p. 3).

Nas palavras de Riviera:

Freud faz uso do recurso metodológico conhecido como "princípio do cristal", por ele exposto nas "Novas conferências introdutórias sobre psicanálise" (1933): a psique, como um cristal, só mostra suas linhas de estrutura quando se quebra. Não existe, portanto, uma clara oposição entre normal e patológico. Enquanto não se quebrar, o cristal parecerá "normal" - entretanto, ele é composto de fraturas que, no momento em que alguma circunstância desencadeadora o fizer "cair", guiarão o modo como ele se partirá (RIVIERA, 2012, p.234).

Os afetos depressivos e a auto recriminação do ego causado pelo rompimento com o objeto amado, pode vir a ser trabalhado redistribuindo a libido que antes era investida no objeto de amor. Esse processo de desinvestimento e reinvestimento podem levar tempo, caso não seja fechado o ciclo investimento a pessoa entra em desequilíbrio, acontece um acúmulo energético, gerando uma tensão e um estado melancólico de acordo com Freud (1914-1916).

O equilíbrio de forças é um fato que não acontece na melancolia, assim o processo fica ruidoso cria-se uma situação diferente da do luto, pois não há busca de outro objeto, desencadeando um desequilíbrio de forças, “é como se, digamos, a excitação escapasse através de um buraco... na melancolia, o buraco é na esfera psíquica (Freud apud Moreira, 2002, p.67)”. O alicerce para se compreender o processo de melancolia na concepção psicanalítica foi estabelecido por Freud em Luto e Melancolia, elucidando todo processo como a Introjeção, identificação e mecanismos anteriores à aquisição da linguagem, chamada por Freud de fase oral (MOREIRA, 2002, p.81).

A pessoa que vive um processo de cisão entre o ideal e o real, acrescida de um fato trágico de um rompimento amoroso, faz com que o aparelho psíquico⁷, até mesmo por ele estar sempre em formação, passe por um processo ruidoso (FREUD 1914-1916). Devido à dicotomia entre a onipotência e impotência, amor e ódio direcionado ao outro e ao objeto amado que pode ser o próprio amante. Portanto, dependendo de como a estrutura psíquica foi elaborada, o processo pode ter percurso e destino tanto trágico como de amadurecimento e crescimento, mesmo que envolva sofrimento em ambos os casos, o desfecho pode ser diferente (Ibidem). No caso da melancolia pode-se levar o sujeito a um quadro de mania.

Como descreve Riviera:

A suspensão da perda por uma radical entrega do eu ao objeto também é uma tarefa psíquica dinâmica, e em consequência dela o quadro melancólico pode se reverter em um episódio de mania, caracterizado por exaltação e agitação extremas. Tal alternância, conhecida pela expressão psicose maníaco-depressiva - ou pelos termos, atualmente mais usados, distúrbio bipolar -, mostra que se pode passar de um estado no qual o eu está quase inteiramente subjugado pelo objeto para uma situação na qual o eu teria "superado a perda do objeto (ou o luto pela perda, ou talvez o próprio objeto)". Talvez o eu possa até, nesse momento, reconhecer-se como melhor, "como superior ao objeto", diz Freud (RIVIERA, 2012, p.236).

Entretanto, o grande desafio da modernidade é lidar com a perda inconsciente. Em especial aos de linha psicanalítica, pois o advento da psiquiatria moderna com a adição dos psicofármacos, que prometem resolver as questões das dores existenciais, como se fôssemos somente um aparelho biológico sem aparelho

⁷Em sua carta de 6 de dezembro de 1896 ao mesmo Fliess [amigo pessoal de Freud], Freud abandona a ideia — expressa um ano antes, no “Projeto para uma psicologia científica” — de uma base neurofisiológica dos processos psíquicos. Pela primeira vez, fala de um “aparelho psíquico” constituído de três níveis, o “consciente”, o “pré-consciente” e o “inconsciente” (ROUDINESCO, 1998, p.131-132).

psíquico. Eis aqui um grande desafio para os atuais clínicos, pois sabemos que Freud distingue muito bem o que é melancolia, mas que nos desdobramentos modernos são chamados de depressão, mas isso é uma questão para ser resolvida pelos discípulos do pai da psicanálise.

E fato que não é uma tarefa fácil, mas nunca foi como o próprio Freud disse em uma rara entrevista em sete de dezembro de 1926a Rádio BBC de Londres:

Eu iniciei minha atividade profissional como neurologista tentando trazer alívio a meus pacientes neuróticos. Pela influência de um velho amigo, e por meus próprios esforços. Eu descobri fatos novos e importantes sobre o inconsciente na vida psíquica, o papel dos impulsos instintivos e assim por diante. Com essas descobertas, deu-se a origem de uma nova ciência: Psicanálise, um tipo de psicologia, e um novo método de tratamento das neuroses. Eu tive que pagar um preço muito alto por esse pedaço de sorte. As pessoas não acreditavam nos meus fatos e acharam minhas teorias repugnantes. A resistência foi implacável. Por fim eu tive sucesso em conseguir discípulos e em construir a Associação Internacional Psicanalítica. Mas a batalha ainda não terminou (1926).

E essa batalha segue na modernidade como um desafio para a clínica de orientação psicanalítica. A plasticidade do termo melancolia se desdobrou pós Freud, e hoje a liberdade é maior, e essa cobra um preço, a começar pelos rompimentos com as tradições e poderes considerados opressores, que de início parece libertador, e proporciona a criação de uma vida independente, mas em contrapartida causa uma sensação de desamparo e insegurança (PERES, 2003, p.21). Esse processo era inevitável e vai ser sempre constante, acrescentando nos antigos adoecimentos elemento para novos adoecimentos, que se desenvolveram e tomaram novas formas. Mas é fato indiscutível que a origem e essência serão sempre as mesmas, porém sabemos que os avanços e benefícios da modernidade tem suas consequências.

Segundo Peres:

Pesquisas recentes detectam no século XX e no XXI uma verdadeira epidemia no que se refere às depressões. As grandes e aceleradas mudanças transmitem insegurança e acentuam o sentimento de desamparo. As permanentes crises econômicas, o desemprego, as alterações no conceito de trabalho, as guerras e revoluções, as ideologias que se esfacelam, as modificações nas relações e estruturas familiares, a liberdade sexual, a fragilização das figuras paternas e de autoridade, a expansão do universo virtual confinando o homem a uma vida cada vez mais solitária, o uso abusivo das drogas, a violência urbana, a miséria crescente - enfim, frente a tudo isso, não é difícil constatar que vivemos um momento fortemente depressor (PERES, 2003, p.23).

Sabemos que para Freud a Melancolia não se trata de depressão, e ele pouco usou o termo depressão em seus escritos clássicos, cujo foco de suas

reflexões permeou sobre sintomas relativos à melancolia (MOREIRA, 2002, p.77).O tempo era outro, a sociedade ainda era patriarcal, as mulheres eram submissas e oprimidas, a liberdade individual praticamente não existia. A medicina era dominada pelo biologicismo sem levar em conta a complexibilidade e subjetividade humana (PERES, 2003, 16-17). Contudo, Freud deu os fundamentos para seus seguidores desenvolverem tratamentos acerca dessa nova epidemia da modernidade, cuja as estatísticas são impressionantes na modernidade.

Como descreve Peres:

As estatísticas são alarmantes: em 1970, havia cerca de cem milhões de deprimidos no mundo; trinta anos mais tarde chegam, talvez, a um bilhão. Vários relatórios de órgãos oficiais consideram a depressão como a quarta causa mundial de deficiência, com a estimativa de que, nos próximos vinte anos passará ao segundo lugar. Nos países em vias de desenvolvimento, ainda que pouco diagnosticada, ela deve ocupar o primeiro lugar. Na França, em dez anos (1980-1991) ela aumentou em 60%, um milhão a mais de diagnósticos, e sobretudo entre as mulheres. No período de 1980 a 1989, os Estados Unidos registraram entre 2,5 e 4,7 milhões de consultas e prescrições de antidepressivos. A Organização Mundial de Saúde prevê para os próximos anos que a depressão seja um dos dois grandes problemas de saúde pública, podendo mesmo ultrapassar as doenças cardiovasculares. (PERES, 2003, p.26).

Segundo o Jornal Folha de São Paulo, a depressão como a doença do futuro já chegou. Segundo as previsões da Organização Mundial da Saúde (OMS) feita em séculos anteriores, que em 2030 representaria 9,8% de mortes de pessoas, já foi atingido em 2010“A depressão atinge hoje quase 7% da população mundial – cerca de 400 milhões de pessoas”, apontou ele. “Incapacita os atingidos pela doença, coloca enorme peso em suas famílias e rouba da economia a energia e o talento das pessoas (FOLHA, 15 de maio 2016)”.

2.1 - A construção teórica da Melancolia no pensamento freudiano.

O título da comentadora Kehl (2011) foi apresentado como Melancolia e Criação, sugerindo uma análise sobre a gênese do texto original de 1914. Segundo a autora, a obscuridade de um texto deve revelar dois problemas que na essência caminham juntos: “a falta de clareza e do pensamento e a vontade de impressionar e (ou) de intimidar o leitor (p.9)”.O comentário escrito em 1987 sobre os textos de Freud, a célebre Marilene Carone destaca o esforço do criador da psicanálise de transmitir com clareza pela escuta da alma.

Nas palavras de Carone:

Se a escuta clínica fundou a nova “ciência da alma” que revolucionou o século XX, nada mais adequado à sistematização do pensamento à sua transmissão do que construir conceitos a partir da linguagem usada, pelos pacientes para expressar suas fantasias, padecimentos e angústias. A nomeação dos conceitos psicanalíticos deve muito a “clareza do povo”, somada a talento literário de seu criador: todos sabem que o único prêmio que Freud recebeu em vida foi o prêmio Goethe de literatura, em 1930 (CARONE, 2011p.10).

Segundo Freud (1914-1916), o adoecimento acontece quando há um rompimento abrupto com o objeto amado por parte do amante, e acontece que muitas vezes nem sabe o que perdeu de fato, só se sabe que essa perda causa uma dor, uma melancolia, e chega a causar uma autodepreciação, autoacusação, isso sem mesmo ter um sentimento de vergonha.

Para teorizar sobre melancolia, Freud discorreu sobre luto, essa foi uma excelente proposta para explorar um tema tão complexo, sendo o último de uma série que foi chamado de textos metapsicológicos. Essa obra ocupa-se mais do que um estudo sobre o luto, poderíamos dizer que luto é somente uma comparação com o quadro clínico de melancolia (MOREIRA, 2002, p.4). Esse texto como um todo é um escrito fundamental sobre o eu ou ego, que mesmo que o leitor não entenda de psicanálise consiga compreender, apesar de o texto ser descritivo e teórico. “O texto em nenhum momento torna-se hermético ou árduo para o leitor, mesmo que este não possua conhecimento prévio em psicanálise (RIVIERA, 2012, p.234).”

Segundo Freud (1914-1916), Luto e Melancolia possuem afinidades em suas características. Contudo a melancolia possui traços específicos que a distingue. No decorrer de todo texto, por uma questão metodológica do fundador da psicanálise, ele discorre e compara luto e melancolia, com a intenção de fixar os traços específicos do adoecimento melancólico.

2.1.1 – A etiologia do quadro melancólico.

Sigmund Freud, em 1914, empenha-se em esclarecer a essência da melancolia, para isso ele utilizou a comparação com o luto como ferramenta, pois possuem características em comum, assim como características peculiares que os diferenciam, mesmo que sejam distinções muitas vezes tênues. Tanto luto quanto melancolia estão ligados a uma perda de algo ou alguém, a supressão de um objeto de investimento afetivo que em certo momento deixa de estar disponível para o gasto energético (MOREIRA, 2002, p.46).

A melancolia sempre teve uma definição pendular em várias áreas de conhecimento. Sendo assim, a forma que melhor moveu o fundador da nova ciência psicanalítica foi descrever o luto inicialmente, e em seguida, buscou paralelamente definir as características da melancolia de modo a fazer as devidas implicações particulares de cada uma. Essa metodologia se tornou o mais viável devido o luto e a melancolia partilharem do mesmo quadro geral de características de influências vitais, sendo assim podem discerni-las inicialmente as mesmas características para ambos (FREUD, 1914-1916, p.249).

De acordo com Freud:

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de uma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como os pais, a liberdade, ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Também vale a pena notar que, embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico (FREUD, 1914-1916 p.249).

O luto normalmente passa com o decorrer do tempo, não é considerado como algo patológico e que precise de um tratamento psicológico. Em algumas circunstâncias, no caso de lutos que se estendem muitos meses, de modo a prejudicar significativamente a vida social do sujeito, uma psicoterapia será benéfica para aliviar o processo doloroso (ibidem). Neste caso, com vistas a favorecer o trabalho de subjetivação acerca do objeto que está presente e ausente ao mesmo tempo, de modo que o ego fique livre para investir sua libido em outros objetos e na própria vida.

Segundo Freud (1914-1916, p.250), o doloroso estado de ânimo do luto se justifica quando caracterizamos a dor do ponto de vista econômico. A pessoa em luto se detém na perda de um ente querido, pessoa concreta, ou na perda de uma abstração que substituiu esse ente como um dos pais (provedores) ou um ideal relacionado a ele, assim começa a perceber que o objeto amado está ausente, não existe mais.

Como descreve Freud:

O teste da realidade revelou que o objeto amado já não existe mais, passando a exigir que toda libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível – é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já se lhe acena (FREUD, 1914-1916, p.250).

O empenho em demonstrar e preservar visivelmente a dessemelhança entre os dois estados de afeto, Freud mostra os traços distintivos da melancolia, que com poucas exceções são os mesmos do luto (LEITE, 2014, p.168). Freud em sua busca do conhecimento humano através do inconsciente humano inaugura uma nova forma de pensar a gênese humana, e já no início do texto quando expõe seu objetivo, afirma: “tentaremos agora lançar luz sobre a natureza da melancolia, comparando-a com o afeto normal do luto (FREUD, 1914-1916, p. 249).”

Segundo Freud:

Os traços mentais distintivos da melancolia, se caracteriza, são um desânimo profundamente penoso, uma cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade, a perda de toda e qualquer atividade, e uma diminuição, a ponto de encontrar expressão em autorecriminações e autoenvilecimento, culminando até numa expectativa delirante de punição (FREUD, 1914-1916, p.250).

A pessoa melancólica possui uma acentuada autocrítica chegando a se achar mesquinho, egoísta, desonesto e dependente, que ao longo da vida escondeu-se de todas essas realidades de que sempre foi um fraco. Antes a pessoa era boa, depois dessa perda, tornou-se um verdadeiro inútil (FREUD, 1914-1916, p. 252). Isso não aconteceria em condições normais, falta nesse estado de melancolia o que chamamos de vergonha perante as outras pessoas. Dentro desse processo de exposição das feridas da alma, ele chega a um autoconhecimento, “ficamos imaginado, tão somente, porque um homem precisa adoecer para ter acesso a uma verdade dessa espécie (ibidem)”.

Freud ao questionar se de fato era preciso todo esse sofrimento para se auto conhecer se seria normal uma pessoa se expor assim, começou a edificação de um quadro clínico construído pela nascente psicanálise, pois a falta de vergonha em exhibir-se publicamente demonstra que tal pessoa não seria normal possuindo uma patologia.

Como Freud exemplifica:

Uma mulher boa, capaz e conscienciosa, não terá palavras mais elogiosas para si mesmas, durante a melancolia, do que uma que de fato seja desprovida de valor; realmente, talvez a primeira tenha mais possibilidades de contrair a doença do que a segunda, a cujo respeito nós nada teríamos a dizer de bom. Por fim, deve ocorrer-nos que, afinal de contas, o melancólico não se comporta da mesma maneira que uma pessoa esmagada, de uma forma normal, pelo remorso e pela autorecriminação. (FREUD, 1914-1916,p.252-253).

Ainda em relação ao quadro de melancolia, o objeto perdido é mais idealizado sendo inconsciente (MARTINS, 2010) no caso de um amor perdido, pois o mesmo não morreu de forma concreta, a objeto amado está vivo, mas está ausente, o abandonou. Como no caso de um rompimento amoroso, cujo noivo abandonou a amante, sendo uma perda de natureza ideal (FREUD, 1914-1916, p.251). “É possível que o sujeito saiba quem perdeu, mas não o que perdeu nesse objeto (MOREIRA, 2002, p.46)”.

O objeto perdido no luto apresenta-se consciente, principalmente no caso da perda de uma pessoa concreta por um rompimento traumático por óbito. No entanto, o ego não fica empobrecido como no caso da melancolia, no luto é o mundo que se tornou carente e vago (ibidem). Depois desse processo doloroso, o ego será reparado, e o retorno da energia no caso do luto, não vai para o ego, permitindo o reinvestimento em novos objetos. Em decorrência desse processo ao findar do “luto penoso”, o ego volta a se fortalecer e fica novamente apto para um equilíbrio energético (CAMPOS, 2013, p.17). Para Freud (1914-1916) o luto não é considerado como patologia, mas como um estado doloroso, em consequência de uma reação a perda do objeto querido.

Na descrição de Freud:

São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo energia cartexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência de um objeto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexizada e o desligamento da libido se realiza em relação a uma delas, (...) É notável que esse processo penoso desprazer seja aceito por nós como natural. Contudo, o fato, quando o trabalho de luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido (FREUD, 1914-1916,p.250-251).

Em suma, aconteceu uma cissura libidinal de energia que estava investida em direção ao objeto, no luto normal essa energia vai sendo retirada aos poucos e é devolvida ao eu (ego). Assim, o ego pode investir em outros objetos, retirando a energia e utilizando em novos objetos, substituindo um objeto por outro.

Na melancolia, acontece outro processo, imaginamos que esse objeto foi perdido, e o ideal do eu vira para eu e diz. “Como isso seria possível? Isso não deveria acontecer, eu não aceito.” Assim, ele passa a massacrar esse eu, e o que era introjeção passa a ser uma identificação na tentativa de resolver esse conflito entre o eu ideal e o eu real. Assim acontece a ambivalência emocional, ao mesmo

tempo em que ama o objeto, odeia simultaneamente, isso devido a não satisfação pelo objeto (MOREIRA, 2002, p.47).

Nas palavras de Freud:

A perda de um objeto amoroso constitui excelente oportunidade para que a ambivalência nas relações amorosas se faça efetiva e manifesta. Onde existe uma disposição para a neurose obsessiva, o conflito devido à ambivalência empresta um cunho patológico ao luto, forçando-o a expressar-se sob forma de auto recriminação, no sentido de que a própria pessoa enlutada é culpada pela perda do objeto amado, isto é, que ela a desejou. (...) Esse conflito devido à ambivalência, que por vezes surge mais de experiências reais, por vezes mais de fatores constitucionais, não deve ser desprezado entre as condições da melancolia (FREUD, 1914-1916 p.26).

Quando acontece a identificação o eu também é o objeto, e como ele foi perdido, passa a ser desinvestindo, e como o objeto não existe, o próprio eu perde energia psíquica, não conseguindo restabelecer novas ligações objetais. A pessoa passa a definhar por estar perdendo energia libidinal, caindo em estado de melancolia (MOREIRA, 2002, p.48).

2.1.2 - A Dinâmica da Melancolia em Freud.

Meus olhos se escureceram de mágoa e meus membros se reduziram a sombras.⁸

(Jó,17,7)

A melancolia ao longo do tempo foi expressa de várias formas e confundida com muitos outros sentimentos. Muitos poetas, em livros sagrados como no livro de Jó da bíblia judaica cristã citada acima, tentaram com seus escritos e poesias descrever as dores da alma de um coração partido, de um amor perdido, que na origem é a dor de um objeto perdido. Contudo, Freud inaugura uma nova forma de pensar acerca da melancolia, levando em conta e colocando como essencial para compreender e analisar esse fenômeno, a identificação narcisista do eu com o objeto amado. “O que o melancólico ama no objeto é o seu próprio ego, engrandecido com a incorporação do objeto, o que permite entender a força, e a fraqueza, desse amor(COSER, 2003, p.112)”.

Segundo Riviera:

O eu trata a si mesmo como um objeto, e é isso que lhe permite matar a si mesmo, fazendo talvez de todo suicídio um auto assassinato (*Selbstmord*, em alemão, traz esse significado literal). Na melancolia mostra-se em toda a

⁸ O livro de Jó do Antigo Testamento da Bíblia cristã retrata a história de um homem melancólico ao extremo que chega ao ponto de desejar ter sido abortado ou não ter nascido, tudo isso devido ao sofrimento extremo que recaiu sobre ele.

sua radicalidade algo estrutural, mas habitualmente encoberto: o eu se toma como objeto de crítica e mortificação, graças a uma identificação com o objeto perdido, e assim, ao queixar-se de si mesmo,(...) Freud já havia, com o narcisismo, delimitado duas partições no campo do eu: um ideal, imagem de uma perfeição que lhe teria sido subtraída, e uma instância crítica que compararia constantemente o eu "real" a tal ideal, exigindo que ele deste se aproxime (RIVIERA, 2012, p.235).

Uma das grandes aspirações do ser humano é a pretensão, uma ansiedade de ser amado, e essa deve ser a característica que nos difere dos demais animais. Como disse um celebre pensador Alemão Friedrich Nietzsche: A exigência de ser amado é a maior das pretensões (NIETZSCHE apud CLARA, p.139),essa pretensão remete a escolha de um objeto a ser amado, que para Freud é onde vai ser investida a energia libidinal, e isso seria uma tentativa de autopreservação do eu.

A dinâmica da melancolia em Freud segue algumas etapas que começa com a escolha de um objeto amoroso; instituição de uma significativa ligação que leva a um investimento libidinal nesse objeto; rompimento com o objeto amado, por uma ofensa real ou decepção com o mesmo; retirada do investimento desse objeto, mesmo ainda estando lá; a energia retirada vai para o ego.

Essa dinâmica do ego em relação ao objeto amado, em certo momento é semelhante à do luto. O ego se identifica com o objeto amado, a energia cartexial antes investida no objeto amado, retorna ao ego. Isso acontece porque as pessoas não querem abandonar por própria vontade e liberdade“uma posição libidinal [confortável], nem mesmo quando um substituto já lhes acena (...) prolongando se psiquicamente, nesse período, a existência do objeto amado (MOREIRA, 2002, p.46)”.

Segundo Clara (2007, p.134-135) no que se refere ao ponto de vista econômico, a energia libidinal investida no objeto amado faz o caminho de volta ao ego, fazendo com que se invista em lembranças que permanecem no indivíduo causando sofrimento. “Esse movimento de investir as lembranças, consequentemente irá produzir desprazer e colocar em ação o processo de descarga (CLARA, 2007, p.135)”.

No adoecimento melancólico o indivíduo não consegue redirecionar esse investimento afetivo em outro objeto. Assim, acontece uma identificação do ego com o agressor, causando um quadro clínico que o paciente em seu inconsciente cria sintomas, por não querer perde-lo. “Situamos, então, o lugar do narcisismo na

melancolia e ainda frisamos: uma vez fundido eu e objeto, perder o objeto significa também perder a si mesmo nesse objeto (CLARA, 2007, p.141)”.

Como descreve Kehl:

(...) não sabem dizer o que foi perdido junto com o objeto. A observação clínica nos sugere que uma posição da libido nos primórdios da vida psíquica tenha sido abandonada. Freud estranha que falte ao melancólico o sentimento de vergonha comum aos arrependidos, aos que de fato se consideram indignos e sem valor. Se estes se escondem e tentam fazer calar a culpa e seu crime, os melancólicos parecem sentir necessidade de alardear suas baixezas e sua indignidade (KEHL, 2011, p.20).

Como já foi constatado a gênese da melancolia é inconsciente e a do luto é consciente, mesmo que as características sejam semelhantes na maior parte do processo de sofrimento pela perda do objeto, na melancolia o ego sai empobrecido, e no luto é o mundo externo que fica empobrecido.

Como descreve Freud:

Se se ouvir pacientemente as muitas e variadas autoacusações de um melancólico, não se poderá evitar, no fim, a impressão de que frequentemente as mais violentas delas dificilmente se aplicam ao próprio paciente, mas que, com ligeiras modificações, se ajustam realmente a outrem, a alguém que o paciente ama, amou ou deveria amar. Toda vez que se examina os fatos, essa conjectura é confirmada. É assim que encontramos a chave do quadro clínico: percebemos que a auto recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram descoladas esse objeto para o ego do próprio paciente (FREUD, 1914-1916, p.254).

Os melancólicos colocam publicamente seus insultos, que são voltados a si mesmos, como se fossem para outra pessoa. De acordo com Kehl (2011, p.20)reproduzindo Freud descreve, que é como queixar-se da própria queixa. “Se a sombra do objeto encobre o ego, isso indica a base narcísica do investimento (forte fixação baixo investimento) e a identificação precoce do ego com o objeto perdido” (ibidem). Essa é uma hesitação que vive os melancólicos.

Podemos dizer que o luto acompanhado de identificação com o objeto amado perdido torna-se melancolia, o conflito entre o eu e o ideal, o eu sai perdendo sendo obrigado a introjetar esse objeto o tempo todo e se identificar com ele. Isso gera um adoecimento pela perda excessiva de energia psíquica, gerando um quadro de psicose maníaca depressiva.

Na descrição de Freud:

Não é difícil reconstruir esse processo. Existem, num dado momento, uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular; então, devido a uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetal foi destroçada. O resultado não foi normal

– uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento da mesma para um novo - ,mas algo diferente, para cuja ocorrência várias condições parecem necessárias. A cartexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para o objeto; foi retirada para o objeto. Ali, contudo não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado (FREUD, 1914-1916,p.254-255).

Com a retirada do investimento libidinal do ego no objeto amado, há um retorno da libido ao ego, e assim acontece uma identificação, onde esse processo é realizado de forma inconsciente, e não havendo a busca de um novo objeto, pulsão erótica em outra pessoa, acontece o derradeiro processo de adoecimento, a melancolia. Com a insistência de incorporar o objeto em vez de abandoná-lo.

Como descrito por Freud:

Assim, a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetal se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada numa separação entre atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação (FREUD, 1914-1916, p.255).

Contudo, é na melancolia que devemos observar traços patológicos, caracterizando-se por uma modalidade de adoecimento. Isso acontece pela identificação narcísica em relação objeto, acontecendo uma regressão ao primeiro ano de vida, a fase que mais se expressão a dimensão narcísica do sujeito (FREUD, 1914-1916, p.247). Assim como a criança deseja incorporar a mãe que amamenta e supre todas suas necessidades básicas, o que representa uma regressão a fase oral de sua vida. O ego deseja incorporar a si o objeto amado perdido “em conformidade com a fase oral ou cabalista do desenvolvimento libidinal em que se acha, deseja fazer isso devorando-o (FREUD,1914-1916,p.255)”.

Segundo Coser:

De um lado, ele implica uma tentativa de trazer o objeto de amor (parte do mundo) para o domínio do ego, complementando-o, transformando-o em uma totalidade; de outro, ante a ruptura desse vínculo objetal, o melancólico se identifica ao objeto perdido, substituindo a libido objetal pela identificação – mas uma identificação muito peculiar, que faz com que o melancólico seja abatido pela imagem totalizada do outro que se foi(COSER, 2003, p.112).

2.1.3 - O processo de adoecimento.

“(...) Feito reviver uma lembrança – insensata! - que jamais foi atenuada (...) após a morte de Heneile, não suporto mais a companhia de meus netos, e mesmo não tenho gosto pela vida”.

Sigmund Freud

Durante muitos séculos poetas tentaram responder sobre a dor da alma, a dor de uma perda que parece ser eterna na história humana, e tal dor Peres (2011,p.101) chama de ferida que sangra a alma, essa que parece não ter fim, ser interminável e atemporal em seus existir, onde não existem barreiras entre passado e futuro, “torna-se distinto pela presença constante de uma falta, sinalizando a partir da relação da melancolia com o tempo, tempo que se faz pacto com a morte (PERES), 2011 p.101”.

Segundo Freud (1914-1916, p.256) tendência no adoecimento do melancólico é decorrente à característica da escolha objetal de cunho narcisista que acontece no conflito entre o eu e o ideal do eu. A não superação da perda do objeto amado seguido da identificação causa uma aparente confusão, que pode ser chamada de ambivalência emocional perante esse objeto.

Na descrição de Freud:

A perda de um objeto amoroso constitui excelente oportunidade para que a ambivalência nas relações amorosas se faça efetiva e manifesta. Onde existe uma disposição para a neurose obsessiva, o conflito devido à ambivalência empresta um cunho patológico ao luto, forçando-o a expressar-se sob forma de auto recriminação, no sentido de que a própria pessoa enlutada é culpada pela perda do objeto amado, isto é, que ela a desejou. (...) Na melancolia, as ocasiões que dão margem à doença vão, em sua maior parte, além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente (FREUD. 1914-1916 p.256).

Quando amor pelo objeto perdido não pode ser renunciado, embora o objeto seja, e se refugia na identificação narcisista, o ódio entra em ação, e a desconsideração, desprezo aparece e o ideal do eu castiga o eu, no que Freud (1914-1916) chamou de autotortura, sadismo. Que na verdade não é um atentado contra o ego, mas contra o ideal do objeto amado que está nele, na tentativa de resolver esse conflito.

Como Freud descreve:

É exclusivamente esse sadismo que soluciona o enigma da tendência ao suicídio, que torna a melancolia tão interessante - e tão perigosa. Tão imenso é o amor de si mesmo do ego (*self-love*), que chegamos a reconhecer como sendo o estado primeiro do qual provém a vida instintual, e tão vasta é a quantidade de libido narcisista que vemos liberada no medo surgido de uma ameaça à vida, que não podemos conceber como esse ego consente em sua própria destruição. De há muito, é verdade, sabemos que nenhum neurótico abriga pensamentos de suicídio que não consistam em impulsos assassinos contra outros, que ele volta contra si mesmo, mas

jamais fomos capazes de explicar que forças interagem para levar a cabo esse propósito (FREUD, 1914-1916,p.257).

A identificação narcísica ainda não explica com plenitude a violência que chega ao sadismo nas autoacusações nos melancólicos, que pode atingir o cumulo do sujeito procurar destruir o objeto odiado, que é mesmo amado, podendo até cometer suicídio, ou seja, tenta destruir o objeto identificado nele.

Como descreve Kehl:

(...) quando o sujeito, ao tentar destruir o objeto odiado de sua identificação inconsciente, pode chegar a destruir a própria vida. O auto tormento indubitavelmente deleitável da melancolia aponta para a modalidade sádica de satisfação pulsional, cuja natureza exige uma explicação do ponto de vista tópico (KEHL, 2011, p.20).

Entretanto, podemos dizer que luto acompanhado de identificação com o objeto amado perdido torna-se melancolia, o conflito entre o eu e o ideal, o eu sai perdendo sendo obrigado a introjetar esse objeto o tempo todo e se identificar com ele. Isso gera um adoecimento pela perda excessiva de energia libidinal, causando um quadro de psicose maníaca depressiva (BERLINCK, 2016, p.49).

Quando o ego perde o conflito para o ideal do eu acontece à depressão, e quando consegue juntar um pouco de energia e vencer esse conflito, passa o dominar o ideal do eu, a pessoa está da mania. “A característica mais notável da melancolia, e aquela que mais precisa de explicação, é sua tendência a se transformar em mania - estado este que é o oposto dela em seus sintomas” (FREUD, 1914-191, p.259).

Nesse processo, o ego pega a energia retirada do objeto amado para si, fazendo o processo narcísico de retorno de energia para o self, “o modo mais seguro do eu se preservar da ameaça de que o objeto - seja para sempre perdido - e de que o próprio eu seja também - para sempre perdido nesse objetodevido à identificação (CLARA, 2007, p141-142)”. Assim, surge o maníaco-depressivo, em que no processo não tem um único ganhador, ora o ego ganha, ora o ideal do ego a ganha. Essa flutuação gera depressão quando o ideal está vencendo, e quando o eu vence causa a mania, gerando uma euforia pelo excesso de energia libidinal.

Segundo Freud (1914-1916) a oscilação de energia no revezamento de vitórias entre o ego e o ideal do ego, pode causar confusões e engano em situações clínica. O psicoterapeuta pode pensar que o paciente está curado por estar na fase

maníaca, aparentemente alegre, mas isso é um engano, pois depois o estado depressivo volta. É bom observar que a diferença de tempo entre o estado de mania e depressiva pode ser de minutos ou anos, dependendo da quantidade de energia envolvida nesse processo.

Nas palavras de Freud:

Podemos aventurar-nos a afirmar que a mania nada mais é do que um triunfo desse tipo; só que aqui, mais uma vez, aquilo que o ego dominou e aquilo sobre o qual está triunfando permanecem ocultos dele. A embriaguez alcoólica, que pertence à mesma classe de estados, pode (na medida em que é de exaltação) ser explicada da mesma maneira; aqui, provavelmente, ocorre uma suspensão, produzida por toxinas, de dispêndios de energia na repressão. A opinião popular gosta de presumir que uma pessoa num estado maníaco desse tipo se deleita no movimento e na ação porque ela é muito 'alegre'. Naturalmente, essa falsa conexão deve ser corrigida. O fato é que a condição econômica na mente do indivíduo, mencionada acima, foi atendida, sendo essa a razão por que ele se acha tão animado, por um lado, e tão desinibido em sua ação, por outro (FREUD, 1914-1916, p.260).

A perda real não é palpável na melancolia, e sim ideal, assim o processo de ambivalência é mais conturbado, a perda do objeto amado sendo inconsciente e idealizado, propiciando uma luta inconsciente, o ódio e o amor disputam entre si, “tratam-se de inúmeras lutas isoladas em torno do objeto, nas quais o ódio e o amor de digladiam; uma procura separar o objeto da libido, o outro, defender essa posição da libido contra o assédio (FREUD, 1914-1916, p.262) “.

A ambivalência emocional é uma característica que mais caracteriza o adoecimento melancólico e, “para eles [adoecido] queixar-se é dar queixa no velho sentido do termo, eles não se envergonham nem se escondem, porque tudo de depreciativo que dizem de si mesmo no fundo dizem de outrem”. (FREUD, 1914-1916, p.259).

Até aqui, o criador da psicanálise pondera que ainda não há elementos suficientes para descrever melancolia, nem mesmo nossa pulsão de vida e pulsão de morte. “Ambivalência, sadismo do superego, identificação narcísica inconsciente com o objeto odiado ainda não são suficientes para caracterizar o complexo melancólico” (KEHL, 2011, p.21). Deve-se considerar além da condição depressiva, uma correspondência do que Freud chama de mania.

Como comentado por Kehl:

Mesmo até nos mais graves episódios de tormento melancólico tendem a desaparecer depois de um tempo e dar lugar a um estado de humor radicalmente oposto, a mania. A mania não determina o fim da melancolia;

ela é apenas o outro pólo dessa loucura cíclica que hoje a psiquiatria chama de depressão bipolar (KEHL, 2011, p.21).

Segundo Freud (1914-1916) a ambivalência criada nesse processo devido ao rompimento com o objeto amado, que passa de amado para odiado, é uma fachada narcisista primitiva, a energia libidinal não vai para outro objeto qualquer, mas para o próprio ego que ira se robustecer com o retorno da libido. Segundo o comentário de Kehl sobre Freud, causará “um triunfo do ego sobre o objeto que o subjugava, objeto que permanece tão inconsciente e enigmático para o ego quanto no período melancólico”. (KEHL, 2011, p.22). Assim, acontece o período que Freud chamou de mania.

Na descrição de Rita Kehl:

O montante de energia disponível, somado ao alívio de ter se livrado (temporariamente) da identificação com o objeto odiado, explicariam a alegria exacerbada, a excitação, o excesso de autoconfiança e a hiperatividade irrefletida a que o melancólico se entrega nos períodos de mania. A força do retorno da libido ao ego lembra as manifestações de retorno do reprimido. Daí as manifestações desmesuradas ou anti-sociais da mania. (KEHL, 2011, p.22)

A comentadora Kehl (2011) acrescenta que é um fato misterioso que Freud tenha se dedicado pouco a reflexão sobre o período de mania, com poucas reflexões e considerações, não explicando o sentido que faz com que se manifeste, pois variam de um sujeito para outro a depender das representações inconscientes deles. E pelo que sabemos sobre a clínica da melancolia depois de Freud, ainda não se discutiu muito sobre esses excessos

A sensação do doente é que uma grande injustiça foi feita com ele, demonstram uma indignação e sentem-se constantemente ofendidas, e isso decorre segundo Freud (1914-1916, p.254) devido a reações de condutas que tem origem em uma constelação psíquica da revolta, que diante de processo de recalques e repressões foi transportada para a contrição melancólica, ou complexo melancólico.

Podemos exemplificar no caso de um casal cujo um dos cônjuges possui uma dificuldade em se desligar de sua companheira, no caso o marido não consegue se separar da esposa, mesmo com as dificuldades insuportáveis de relacionamento, mas continua a suportar situações como violências psicológicas, traições conjugais, mesmo a esposa querendo se separar. Essa situação conflituosa causa perdas imensas como, baixa autoestima causando autodepreciação e uma autoacusação como se a culpa de todo transtorno familiar fosse somente dele. Chegando a

regredir não se alimentando e bebendo muito para supostamente esquecer esses conflitos. A tentativa de incorporar o objeto amado devido à recusa de separação, essa contradição indica uma escolha narcisista que resulta em uma identificação.

Como descreve Freud:

A identificação narcisista com o objeto se torna, então, um substituto da catexia erótica, e, em conseqüência, apesar do conflito com a pessoa amada, não é preciso renunciar à relação amorosa. Essa substituição da identificação pelo amor objetual constitui importante mecanismo nas afecções narcisistas; (...) Ele representa, naturalmente, uma *regressão* de um tipo de escolha objetual para o narcisismo original. Mostramos em outro ponto que a identificação é uma etapa preliminar da escolha objetual, que é a primeira forma - e uma forma expressa de maneira ambivalente - pela qual o ego escolhe um objeto. O ego deseja incorporar a si esse objeto, e, em conformidade com a fase oral ou canibalista do desenvolvimento libidinal em que se acha, deseja fazer isso devorando-o. Abraham, sem dúvida, tem razão em atribuir a essa conexão a recusa de alimento encontrada em formas graves de melancolia (FREUD, 1914-1916,p.255).

Nesse caso percebemos a ambivalência interna que gera dúvidas emocionais típicas do processo melancólico, amor e ódio, desejo repulsa. Segundo a psicanálise para que se caracterize melancolia esse amor tem que ser em base narcisista, mesmo sendo entre o eu e o objeto amado. Carone (2011, p116) enfatiza a reflexão que o melancólico tem a integridade do ego ferida, e o narcisismo está presente nesse processo, a doença da melancolia está ligada ao narcisismo descrito por Freud com base no mito de Narciso, flor do luto e da morte, diante da necessidade sobre questões de psicose escreveu na introdução ao narcisismo.

Peres comenta que Narciso foi:

(...) aquele que, ao se contemplar nas águas de uma fonte, fascinado pela beleza de sua imagem, enamora-se dela. Desesperado por não alcançar o objeto de seu amor, morre a beira d água. De seu corpo ferido e sangrando surge uma flor: o narciso. Entre ele e sua imagem faltou a presença de um terceiro, que o retirasse da trama espetacular (...) que lhe daria reconhecimento, matriz do sentimento de si, base da formação do eu(ego). Narciso fica aprisionado na fascinação de olhar a própria imagem como se fosse um outro (PERES, 2011, p.117-118).

De acordo com exemplo acima, quando o marido se decepciona com a esposa, gera uma frustração, decepção, e toda energia libidinal investida na sua esposa retorna a seu ego, acontecendo uma reinvestida para si, acontecendo uma identificação com objeto amado, a esposa. Por ser uma dor narcisista, o marido não consegue se desvincular, e toda essa ambivalência de amor, ódio, desejo e repulsa se mistura ao seu ego, causando um sofrimento imenso, uma dor que Peres (2011) comenta que é uma ferida que sangra a alma. E até mesmo podendo chegar à

perda de sentido por perder esse objeto em definitivo, ocorrendo algumas vezes ao suicídio.

Sobre a identificação Peres comenta:

A libido retorna ao eu (ego), e uma identificação com o objeto perdido aconteceu, ou seja, a sobre do objeto cai sobre o eu (ego), e o objeto abandonado transforma-se em perda no eu (ego), cuja consequência é transferir o conflito com a pessoa amada para um conflito interno ao eu (ego). Ocorre uma bipartição entre a “crítica do ego modificado pela identificação”. O retorno da libido ao eu (ego), sua retirada do mundo externo, promove um estado narcisista. Estado confusional entre o eu (ego) e o outro (PERES, 2011, p.118).

Mas na verdade, no véis da psicanálise, o luto patológico e tendências suicidas estão ligados ao reflexo da estrutura psíquica mais básica da estrutura da personalidade, constituindo-se pelas identificações narcisistas e edípicas da infância (CAMPOS, 2013, p16). Contudo, essa decepção vem bem antes da atual decepção do marido, e do processo descrito acima por Peres. Todo processo histórico de simbolizações “é que irá ressignificar os eventos traumáticos da vida do sujeito. Desse modo, uma perda poderá trazer uma nova significação para um conjunto de fantasias e afetos inconscientes do sujeito (ibidem)”.

Quando o marido se recusa a abandonar a esposa, e começa a adoecer demonstrando sintomas como a perda de sono, apetite, começando causar em si uma ferida que sangra constantemente, atraindo para si a libido que antes investia em sua esposa amada.

Segundo Freud:

Na melancolia, a insônia atesta a rigidez da condição, a impossibilidade de se efetuar o retraimento geral das catexias necessário ao sono. O complexo de melancolia se comporta como uma ferida aberta, atraindo a si as energias catexiais - que nas neuroses de transferência denominamos de ‘anticatexias’ - provenientes de todas as direções, e esvaziando o ego até este ficar totalmente empobrecido. Facilmente, esse complexo pode provar ser resistente ao desejo, por parte do ego, de dormir (FREUD, 1914-1916, p.259).

E bom observar que a preocupação de Freud ao escrever sobre Melancolia vai além de buscar a gênese da condição desse sofrimento humano, perpassa a inquietação de dar um diagnóstico como acontece na prática clínica contemporânea. Pois, devemos levar em consideração a individualidade de cada seu humano, a singularidade de cada um. “Cada melancólico é um melancólico, cada deprimido é um deprimido, e assim, devemos dizer sempre: as melancolias, as depressões (PERES, 2011, p.124)”.

A ferida que sangra a alma de quem perde um objeto amado, e não consegue superar tal perda alcança todos os seres humanos que vivem sua humanidade. E até mesmo o fundador da psicanálise chegou ao final da vida sem conseguir superar o luto patológico. Isso fica evidente quando pediu ao seu médico Max Schur, em 21 de setembro, pegando em sua mão com a seguinte fala: lembra-se da nossa conversa, em que te disse que me fizesse morrer caso não estivesse mais suportando as dores causadas pelo câncer? Ele referia-se não somente ao câncer, mas a perda de um objeto amado, que segundo sua própria teoria poderia ter fundo narcisista. E assim, uma pequena dose de morfina fechou a ferida da alma que sangrava e mergulhou Freud no sono pacífico da morte. “Em 23 de setembro de 1939, às três da madrugada, parte Freud e nos deixa um legado de continuar a sua luta contra dor da existência (PERES, 2011 p.137)”.

3 - A MELANCOLIA NA TEORIZAÇÃO PSICANALÍTICA ATUAL: MÚLTIPLOSOLHARES.

⁹Suis-je Amour ou Phoebus ?... Lusignan ou Biron ?
Mon front est rouge en cordu baiser de la Reine;
J'airêvé dans La Grotte ou nagela Syrène..

Sou amor ou febo?... Lusignan ou Biron?
Minha frente ainda rubra do beijo da rainha;
sonhei com a gruta onde nada a sereia...

Gerard de Nerval

A melancolia já foi objeto do pensamento religioso na idade média que por sua vez tornou-se sinônimo de ascédia, uma preguiça espiritual (BERLINCK, 2008,

⁹Nessa estrofe Nerval faz um questionamento sobre sua identidade, típico da perda de identidade de um melancólico. A dor faz com que ele se perca do seu ego, fazendo alusão a dois deuses gregos, Phoebus, Lusignane e Biron. Deuses do amor e da razão, a elipse entre os deuses reflete a incerteza do poeta, ou seja, ele já não sabe de si, pois na verdade ele e o objeto amado são um só, estão introjetados. Percebemos a inibição melancólica nos versos míticos e enigmáticos, o que esconde o que realmente está velado, o beijo da rainha que o deixa envergonhado faz referência a amada de infância que foi a gênese de sua melancolia, que em sua alma poética habita na gruta sombria diante de cantos melancólicos das sereias.

p.40).De acordo com Silva (2010, p.80); “A melancolia é expressão de um afeto antigo, muito amplo e complexo. É parte do existir humano desde remotas épocas. Seu registro é encontrado desde os primórdios dos escritos da Antiguidade”.

A construção de um discurso sobre melancolia sempre foi e continua sendo difícil, isso desde os aforismos de Hipócrates que afirmavam que quando a tristeza e o temor perdurarem por muito tempo podem considerar como um estado melancólico (ANGELIS, 2011, p.7). Perpassando pela renascença onde melancolia já estava ligada a um esvaziamento do eu, foi posteriormente resgatado por Freud (ANGELIS, 2011, p.8) no final do século dezanove, onde propôs a definição etiológica de melancolia concebida a partir de um mecanismo econômico, rompendo assim com a tradição psiquiátrica de sua época. Na perspectiva da autora em pauta,“com Freud, abre-se um novo campo, o campo do discurso. É pelo discurso que o sujeito se constitui, discurso que falha e falta apontando para uma dimensão inconsciente (p.11)”.

Segundo Angelis (2011, p.11.12) é a partir de Freud que podemos pensar a melancolia não somente como estrutura psíquica, mas também como plano de construção entre o limite entre o eu e o outro.

Como Freud descreve:

A melancolia, cuja definição conceitual é flutuante ainda na psiquiatria descritiva, se apresenta em múltiplas formas clínicas cuja síntese em uma unidade não parece certa; e delas algumas sugerem afecções mais somáticas do que psicogênicas. Prescindindo das impressões que se oferecem a qualquer observador, nosso material está restrito a um pequeno número de casos cuja natureza psicogênica era indubitável. Por isso renunciamos de antemão a pretender validade universal para nossas conclusões e nos consolamos com esta reflexão: dados os nossos meios de investigação, dificilmente poderíamos achar algo que não fosse típico, senão para uma classe inteira de afecções, ao menos para um grupo menor delas (FREUD, 1914-1916, p.241).

As dores do existir sempre acompanharam o ser humano de várias formas durante o passar dos séculos, a maioria das vezes era caracterizada em duas categorias, dores do corpo e da alma no âmbito físico e psíquico (MELO. 2011 p.29). A primeira causada por uma lesão ou adoecimento corporal e a segunda por alguma causa que muitas vezes é quase “indescritível, incomensurável, que não possui uma causa específica, podendo ser apontada por uma dor do nada, que não pode ser medida ou quantificada, uma dor simplesmente ao vazio de existir (Ibidem)”.

Na descrição de Melo:

A psicanálise freudiana caracteriza essa dor como algo inerente a um buraco na esfera psíquica por onde ocorre escoamento da libido o “furo no psiquismo”. Em ansiedade, dor e luto, de 1926, Freud define a dor como a reação normal à perda de um objeto, perda essa responsável pela chegada de uma imensa excitação dolorosa – como já foi demonstrado no quadro clínico da melancolia em que estes passam a apresentar uma tristeza profunda diante de uma perda ideal que funcionava como suplência ao significante primordial (MELO, 2011, p.30).

3.1 - Melancolia de Freud a Lacan.

A sociedade contemporânea está passando por mudanças constantes que afetam todos os níveis estruturantes do ser humano, social, econômico, tecnológico e científico, o que de certa forma proporciona um bem-estar para quem pode pagar por esses avanços (MELO, 2011 p.33).

Segundo Melo:

A mídia de forma geral e as indústrias de publicidade altamente especializadas representam uma influência de destaque na difusão de novas ideologias, produtos, marcas (...). Isso só é possível porque a propaganda alimenta fantasias de necessidades, criando sempre novos desejos inatingíveis para a desnorreada libido dos “desbussolados” sujeitos contemporâneos. Como objeto dessa incitação ao gozo infinito pode destacar: a beleza, a riqueza, a sensualidade, o ideal do corpo perfeito, dentre tantos outros objetos que são ofertados a fim de proporcionar um acesso ao gozo pleno e desmedido por meio de uma satisfação imediata e imediata (MELO, 2011 p.33).

Contudo a maioria não consegue alcançar esse bem-estar causando em contrapartida um mal-estar que pode levar a um adoecimento melancólico que podem até ultrapassar o fator somático e chegar a um adoecimento físico. Criando um vazio de existência uma sensação de fracasso por não alcançar o ideal e muito mais, quando se tem um sentimento de perda de um objeto simbólico (MELO, 2011, p.38).

Segundo Vianna (2012, p.6), a concepção freudiana sobre aparelho psíquico seria semelhante a um aparelho que reproduz representações de informações, articulando entre a memória e estrutura de linguagem, fazendo com que as circunstâncias históricas estejam presentes na formação dessa estrutura, e isso influencia no aparecimento do estado melancólico do indivíduo.

Na descrição de Vianna:

É importante ressaltar que derivamos do pensamento freudiano uma teorização da memória social, pois quando estamos nos referindo à constituição da criatura humana pelo representante da espécie, estamos diante de uma ocorrência que tem lugar no âmbito das relações sociais. (...) E são na teia dessas relações que podemos pensar a produção de fraturas, fragmentações das cadeias de memória decorrentes da experiência traumática. Sendo assim, valemo-nos desses argumentos para refletir sobre as ruínas de memória que ocorrem nos estados melancólicos, bem como a construção de recursos que o homem pode realizar como saída para situações dessa natureza(VIANNA,2012,p.6).

Sabemos que nunca foi propósito da psicanálise estabelecer e fazer um tratado sobre melancolia e depressões, mesmo diante das teorizações de Freud acerca desses adoecimentos psíquicos, com ênfase na melancolia. Ele tratou pouco sobre o tema depressão (PÉRET, 2003, p.6), e isso deixou margem para outras teorizações sobre o tema depressão, onde a maioria depois das freudianas é da linha lacaniana.

Nas palavras de Péret:

Freud (1926) descreveu a depressão, mas a abordou em poucos momentos, deixando alguns indicadores para compreendê-la – como por exemplo, ao final de sua obra como modelo de inibição que é bastante sugestivo. Ele a considerou como um sinal clínico, passível de se manifestar em qualquer quadro clínico (PÉRET apud FREUD, p.7)

A decorrência dessa perda ideal são as psicopatologias nomeadas pela psiquiatria contemporânea como: toxicomanias, anorexias, bulimias, anorexias, obesidade, depressões e transtornos de pânico, assim como outras. A melancolia “se infiltra e se camufla em várias dessas patologias e nos dias atuais passa a ser diagnosticado e rotulado pela psiquiatria e pelo senso comum com uma forma de depressão (MELO, 2011, p.38)”.

3.2 - A perspectiva Lacaniana¹⁰

Qualquer tipo de perda que pode ocorrer durante a vida de um ser humano, por qualquer motivo, seja por doenças ou perdas ideais, lembrando que esses ideais estão presentes no adoecimento físico, pode levar o indivíduo a um sofrimento que fere sua dignidade, de acordo com Sztormoweski (2016, p.24); “Com tantas perdas que acabamos por vivenciar no decorrer de nossas vidas, e que muitas vezes são

¹⁰Lacan (s/d) retoma a relação do sujeito com o objeto (...), com a perda do objeto, funda-se um desejo insatisfeito, ou impossível. O acento nessas características intrínsecas ao desejo funda a patologia. Ou seja, o sujeito neurótico privilegia apenas o negativo do desejar, ficando preso àquilo que não pode realizar, ou ao que é insatisfatório na realização (MEES, p.15).

fontes geradoras de sofrimento, muitas pessoas parecem não ver saída e acabam submersas em suas dores”.

Na descrição de Sztormoweski:

Como podemos perceber, a melancolia se mostra de uma forma diferente de uma perda qualquer, há um vazio que não é preenchido, um sentimento de inferioridade que se volta para o próprio Eu do sujeito. Não é apenas um objeto perdido que está em questão na melancolia, mas sim a própria integridade do sujeito (SZTORMOWESKI, 2016, p.24).

Segundo Sztormoweski (2016, p.29) o melancólico demonstra uma profunda tristeza seguida de cansaço e desistência, expressada na queixa que “se faz referente ao Outro, O que quer de mim? Há uma grande questão. Por que razão o melancólico carrega consigo a culpa?”.E toda essa explosão de sentimentos tem aumentado em tempos no qual vivemos hoje.

Na visão de Melo (2011, p.34) podemos dizer que na contemporaneidade existem muitos motivos que podem favorecer o adoecimento melancólico devido às novas formas de viver a subjetividade baseados em consumismos, onde o ter e mais que o ser, enfraquecendo as relações humanas “o que se percebe nessa contemporaneidade a partir desse consumismo exacerbado, é justamente o enfraquecimento das relações humanas e dos laços sociais”.

Na perspectiva de Santos (2016, p.2) essa e outras condições aumentam o vazio e a intolerância perante as perdas que aumentam as dores psíquicas, e “são consequências das vivências dos sujeitos na era moderna, momento este, que tem como características fundamentais a liquidez nas ações, a fragmentação, a indeterminação, a desesperança e a desconfiança nos discursos”.

Na descrição de Sztormoweski:

A melancolia aparece de uma forma muda e cheia de vazio, o sujeito se vê enclausurado em sua dor, e se questiona subjetivamente “O que o Outro quer de mim?”. Logicamente, o melancólico não enxerga nada que possa fazer-lhe o bem, que as pessoas não o acolheriam por ele ser como é, um pobre sujeito infeliz, incapaz de amar e ser amado. Também podemos pensar no melancólico como sendo um ser abandonado, um ser que desde os primórdios da sua existência não foi olhado como um objeto de amor, jamais sequer desejado, mas sim deixado sozinho a constituir sua própria subjetividade (SZTORMOWESKI, 2016, p.29).

Segundo Santos (2016) devemos considerar que na contemporaneidade a sociedade está mais voltada para a individualidade com muita ambiguidade, a

rivalidade entre as pessoas, dentro de um espírito de competição motivada pelo consumo, unido à vontade de ser mais belo segundo padrões implantados pelos meios de comunicação e mídias sociais, em uma realidade implantada de forma artificial, onde estimula o narcisismo segundo modelo teórico de Freud (1914-1916).

Na transcrição de Santos:

Há de se considerar, deste modo, que esta época evidencia uma sociedade voltada para a vida privada e que em uma ambigüidade, faz-se espetacularizada, onde as relações efetivadas são de competição inventada pela sociedade do consumo, asseguradas pela vontade de perfeição, beleza, juventude e felicidade plena; ingredientes comprados em cápsulas, em uma busca pela onipotência. Para Freud (1931/1996, p. 84) os sujeitos esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e assim permanecer(SANTOS,2016, p.2).

As necessidades criadas devido ao aparecimento de novas tecnologias que se atualizam quase que diariamente, aumentam o consumo de uma forma que nunca antes aconteceu na história, às coisas ficaram descartáveis e tem a necessidade de serem renovadas rapidamente (MELO, 2014, p.19).De acordo com o mesmo autor; “As coisas surgem novas a cada instante e aquilo que é novidade daqui a algumas horas deixa de ser e se torna obsoleto ou descartável, pois já deverá ser substituído por algo mais moderno (Ibidem)”.

Segundo Melo (2011, p.9) a sociedade contemporânea encontra-se em uma postura narcísica no que se diz respeito a sua subjetividade, que é expresso pela supervalorização da imagem ideal, o imediatismo do culto ao próprio ego, em detrimento ao do outro, para uma busca de um ideal absoluto, que segundo a autora, materializa-se através de uma “busca imediata e contínua a partir de consumo de objetos distribuídos pelo mercado capitalista e tantos outros meios de satisfação”.

De acordo com Berlinck:

Fazemos a articulação entre o processo de socialização patológico e a sociedade contemporânea por que esta é narcisista na sua forma intrínseca, isto é, na maneira como produz e opera apenas com a imagem enquanto imagem, elaborada e transmitida não só para substituir o real, mas para oferecer um suposto gozo imediato e com isso bloquear os processos psíquicos e sociais de simbolização, sem os quais o desejo não pode ser transfigurado e realizado. Paralisia do desejo no narcisismo, impossibilidade de simbolização e ausência de pensamento, a sociedade contemporânea nos faz permanecer na imediação persuasiva e exclusiva da imagem e só é capaz de propor e provocar atos sem mediação e que, por serem atos que não

conseguem efetivasse, sua impossibilidade se exprime sob a forma da Melancolia/Depressão (BERLINCK, 2008,p.45).

A cultura do espetáculo e do imediatismo que domina a cultura atual faz com que seja acelerada a vontade de alcançar o prazer, o aqui e agora virou a única realidade, ninguém mais quer esperar pelo amanhã, como se fosse necessário apenas apertar um botão e o mundo estaria a minha disposição. Assim como, a busca pelo corpo perfeito criando verdadeiros rituais estéticos que incluem desde academias a cirurgias plásticas, e para aqueles que não conseguem isso por questões financeiras, resta o consumo de objetos e sonhar com esse ideal impossível (MELO, 2014, p.55).

Conforme Melo (2014, p.54), ao retomar o pensamento de Birman (2003), é a luz de todos esses acontecimentos contemporâneos que se “observa a existência de novas formas de subjetivação que nascem em interface com as características do ideal narcísico centralizado no eu.”Tudo isso se baseando no pressuposto dentro-de-si e fora-de-si, na cultura narcísica atual diferenciando da concepção do modelo psiquiátrico antigo e filosofia antiga (ibidem).

Na descrição de Melo:

Antigamente, falar de um sujeito autocentrado significava falar de um sujeito cuja interioridade o colocava em uma posição aceitável e privilegiada na sociedade, pois sua vida psíquica estaria arregimentada nas condições do *dentro-de-si*. Diferentemente, o sujeito que assinalasse um excesso de exterioridade e exaltação do eu seria rotulado como um *fora-de-si*, em outras palavras, um alienado mental. Todavia, o que chama atenção nesses apontamentos é a inversão com que essas modalidades foram substituídas com o passar dos anos: o *dentro-de-si* é agora um sujeito excluído, pois não conseguiu galgar as performances de exibição imposta pelo social, um alienado à mudança; enquanto o *fora-de-si* é o aplaudido e venerado (MELO, 2014, p.55)..

Antes o sujeito era mais aceitável com uma postura psíquica mais centrada dentro se si, poderia ser considerado um alienado e não aceito caso expressasse sua exterioridade fora de si, na contemporaneidade a postura aceitável se inverteu, de acordo com Melo (2014, p.56), “o *dentro-de-si* é agora um sujeito excluído, pois não conseguiu galgar as performances de exibição imposta pelo social, um alienado à mudança; enquanto o *fora-de-si* é o aplaudido e venerado”.

Na visão de Pinheiro:

As imagens do mundo contemporâneo dos videoclipes, das propagandas, do espetáculo, parecem remeter a um prazer indizível e ilimitado, ao gozo, distante das imagens de Freud que remetem à sexualidade, valores, regras e interditos. As postulações feitas por Birman (2000) sobre o “fora de si” e o “dentro de si” contribuem para esclarecer a questão. As imagens atuais não são capazes de construir uma produção discursiva bordada por adjetivos, metáforas, hipérboles – remetem ao concreto do corpo como imagem e ao corpo das sensações ou do objeto capaz de produzir sensações. Neste sentido, o tecido fantasmático e a forma de construção fantasmática serão inteiramente diversos do modelo da histeria, em que a cena fantasmática implica em movimento, em uma relação de causa e efeito entre os personagens e, portanto, em uma inserção na temporalidade, na qual os fatos devem se encadear com intervalos de tempo em que a subjetividade dos personagens dá ao sujeito da fantasia a ilusão de serem para ele facilmente desnudadas (PINHEIRO, 2002, p.171).

3.3 - Fragmento de um estudo de caso: a melancolia de paciente com HIV (AIDS).

Astemia, emagrecimento, insônia e anorexia constituem sintomas comuns utilizados para diferenciação da depressão profunda de forma menos grave [ou melancolia], mas também são queixa comuns nos pacientes de AIDS.

Ana Cleide Guedes Moreira

Segundo Moreira (2002) a melancolia mesmo sendo um termo pouco usado atualmente, por ser colocado como sinônimo de depressão está cada vez mais evidente devido ao aparecimento e descobertas de novas patologias que levam a morte como no caso de seu estudo o HIV. Onde possivelmente o grande objeto de investimento amoroso acaba se tornando a própria existência que está ameaçada, e possibilidade imediata do fim da existência leva a um adoecimento melancólico que em alguns momentos os sintomas se misturam e confundem-se dentro de uma análise biológica e psíquica.

Buscando descobrir e detectar onde está o sintoma psíquico da melancolia no sujeito adoecido Moreira (2002, p.14) faz a análise de casos em alguns de seus assistidos em fase decadente de saúde física e psíquica. Acompanhando alguns casos descreveu a de um paciente que acompanhara no hospital, relata que mesmo alguns sintomas serem devido a decadência por baixa de imunidade física, há sim traços de adoecimento melancólico dentro desse sofrimento, ela questiona “porque doentes dotados de condições comparáveis evoluem de maneira diferentes ao tratamento?.”

Segundo Moreira (2002) muitos dos sintomas físicos dos doentes podem ser semelhantes ou confundidos com psíquicos, e muitas vezes podemos prevenir alguns deles aliviando os impactos psicológicos que podem levar ao agravamento do doente e da família. Por isso, segundo a autora, é relevante considerar os critérios que Freud (1914-1916) utilizou para diferenciar melancolia de luto, que serve também para diferenciar de depressão motivada pelo fisiológico.

Nas palavras de Moreira:

O valor do método psicanalítico no atendimento desses pacientes; mas do que nunca, a relevância da concepção freudiana sobre melancolia pode ser observada, uma vez que a redução da autoestima melancólica mostra-se útil como critério diagnóstico diferencial de sintomatologia melancólica na presença da patologia orgânica aqui considerada (MOREIRA, 2002, p.15).

Diante da dor da pessoa adoecida que impacta diretamente ao seu psíquico, segundo Moreira(2002) torna-se importante retomar as relações entre melancolia e narcisismo, “ele dirá que o complexo de melancolia se comporta como uma ferida aberta, atraindo em si os investimentos provenientes de todas as direções, esvaziando o ego até ficar totalmente empobrecido (Moreira Apud Freud ,1914-1916, p.16).”

Referindo-se ao impacto psíquico no adoecido entendemos sobre o impacto no sujeito, no que o mesmo representa de algo que se perdeu, no caso sua própria vida que se esvai, “quebrando o equilíbrio narcísico, impondo-lhe uma perda narcísica irreparável (MOREIRA, 2002, p.17).

Segue o relato de Moreira sobre seu paciente:

(...) a repressão parece ter atingido essas lembranças. Mas nem tudo se perdera, guardava consigo auto-acusações sobre as práticas de risco em que se metera após a morte do companheiro. Os avatares do luto, que deveria ter feito por essa perda, suponho mereceram maior reflexão. Falava de sexualidade como causa direta de seus males. O pouco que dizia era para atingi-la, desprezá-la, desprezando-se a si mesmo por ter errado (...) Deveria ter se prevenido usando camisinha. Não conseguia perdoo se por não ter usado sempre. Voltado contra si, o ódio manifestava-se como destrutividade e alguma agressividade, pouco, ou quase nada, um comentário, um olhar de reprovação aqui e ali, as cobranças de horário a mim dirigidas, os pedidos à mãe que nos deixasse a sós (MOREIRA, 2002, p.28).

Passado alguns meses após alta do hospital, após uma leve melhora, mesmo sem o contato com ele, recebeu notícias de sua psicoterapeuta ocupacional que chegou pela equipe multidisciplinar que o acompanhara, e a princípio não eram

boas, pois ele piorou gradativamente, passando a apresentar queixas referentes a sentimentos de culpa, arrependimentos, ódio dirigido a si mesmo, as vezes para fora em policiais que iam buscá-lo ou o seu pastor de igreja (MOREIRA, 2002, p.32).

Segundo Moreira (2002) a postura de um profissional de linha psicanalítica nesse caso, a princípio esbarra na falta de um espaço propício para estabelecer o setting terapêutico, atendimento feito nos leitos com outras pessoas e no caso especifica citada, a mãe que ficava sempre rodeando por perto e o transito de outros profissionais no mesmo espaço. Mas o fato é que na visão da autora torna-se evidente traço de adoecimento melancólico dentro de um quadro medico definido como o HIV, mesmo podendo ser confundido com efeitos da doença ou de medicamentos.

4 - A CLÍNICA DO QUADRO MELANCÓLICO NA ATUALIDADE: A QUESTÃO DO MANEJO TÉCNICO.

Segundo Tavares (2010, p.27) cada época tem suas particularidades em relação aos adoecimentos, principalmente os referentes às dores da alma do ser humano, porém em cada uma delas, permeiam aspectos característicos de registros socioculturais e simbólicos, que assim como em nossa atualidade definem, configuram e atualizam formas de pensar.

Segundo Sztormoweski (2015, p.7) a melancolia como sofrimento psíquico grave pode ser confundido com tristeza e depressão, e em casos extremos de doenças físicas torna-se difícil distinguir seus traços específicos, e diante dos desprazeres como angustias, fobias, mal estares difusos, inibições que podem ser “vindas dentro de um discurso onde nada, ninguém, nem mesmo o paciente será capaz de encontrar a felicidade”.

Na descrição de Sztormoweski:

Diante desse contexto, cabe pensarmos na tristeza, na melancolia e na depressão, dentro de um todo, que é o causador do adoecimento psíquico do sujeito, esse sofrimento, transborda para fora do corpo e se mostra através do sintoma. Com isso, acorremos em busca de soluções que devolvam a paz, isto é, nas drogas, placebos e qualquer medicamento que tampone a dor.

Isso nos interessa e nos convoca a querer saber sobre o debate que existe entre a psicanálise e psiquiatria que são dois campos que diferem, mas se ocupam desses conceitos (SZTORMOWESKL, 2015, p.7).

Isso nos leva ao esforço de abrir os horizontes em relação a prática clínica psicanalítica no que se refere ao quadro de adoecimento melancólico. Ainda mais em um tempo que existe uma grande avanço da indústria farmacêutica, nesse sentido Sztormowesk (2015, p.62) diz: “No campo das psicopatologias, destacamos a medicalização indiscriminada do social como maior exemplo dessa tendência normalizadora”. Em decorrência ao avanço da depressão criado pelo mal estar criado no avanço da cena social pós-moderna, abrindo um verdadeiro banquete de possibilidades, que ao mesmo tempo em que parece ser boa causa angustias (SZTORMOWESKL, 2015, p.28).

Segundo Tavares:

O conceito de “mal-estar” a que nos referimos aqui diz respeito ao formulado por Freud (1930; 1992), quando este reconhece o homem ocupando um lugar de eterna incompatibilidade entre suas necessidades individuais frente às exigências sociais e culturais. Em nossa atualidade isto não é diferente e, de qualquer maneira, estamos expostos a condições específicas que nos colocam diante do mesmo sentimento de “mal-estar” que outrora foi formulado por Freud, contudo, sob circunstâncias específicas bem características de nosso tempo (TAVARES, 2016, p.28).

Contudo existe um abismo entre os conceitos de melancolia e depressão, principalmente referente ao que Freud teorizou e as concepções modernas sobre depressão, que muitas vezes trata melancolia e depressão como sinônima, o que não é o caso no ponto de vista da clínica psicanalítica de orientação freudiana. Assim, torna-se importante apresentar as teorizações que comparam e distinguem ambas, abrindo espaço para um melhor manejo e proporcionar o bem-estar necessário para a saúde do sujeito adoecido.

4.1 - Entre os abismos da Melancolia e depressão.

Os diversos estados depressivos diferem em sua psicodinâmica e nas narrativas que originam. Há um “discurso depressivo”, onde o estado de ânimo é contextualizado, e os investimentos afetivos mantidos.

Eder Schmidt

O avanço da medicina psiquiátrica e o advento dos fármacos têm de certa forma comprometido as bases teóricas que Freud brilhantemente teorizou nos inícios do século XIX. Segundo Moreira (2002), os manuais de psiquiatria DSM IV e V, e CID 10, praticamente eliminaram o termo melancolia do campo da psiquiatria, mas não da psicologia de linha psicanalítica que se mantém fiel ao fundador da psicanálise baseando-se nos casos clínicos que cada vez mais aumentam na humanidade.

Segundo Melo:

Estariamos dessa forma, com o DSM-V, retornando ao conto machadiano *O Alienista*, no qual o personagem principal, o médico Simão Bacamarte, poderia se assemelhar ao nosso modelo de sociedade contemporânea, que tende a patologizar as mais simples formas de comportamento, tomando-as como anormais. Nesse sentido, tudo o que é humano vira patologia (MELO, 2014, p.86).

No livro “O Alienista” de Machado de Assis(1939-1908), o autor parece ter profetizado a visão contemporânea sobre transtornos e doenças mentais, isso já na metade do século IX. Ele narra a saga de um médico psiquiatra de nome Simão Bacamarte recém-chegado da Europa para sua idade natal de Itaguaí RJ, resolve aplicar seus conhecimentos sobre psiquiatria, abriu um hospício chamado Casa Verde. Chegando ao ponto de internar quase toda cidade em um tempo recorde, ao final internou-se e soltou a todos.

Na descrição de Melo:

O interessante é que muitas vezes aquilo que é nomeado por depressão ou qualquer outro tipo de transtorno psíquico, se refere, antes de qualquer coisa, a um momento de tristeza subjetiva que não precisa necessariamente ser enquadrado em uma patologia. Todavia, a necessidade de nomear, de fornecer e receber um diagnóstico acerca do que se sente é tamanha, que o importante, na verdade, não é entender a causa e o porquê do sofrimento, mas sim, com a ajuda de um diagnóstico, desvendar a solução correta e o melhor remédio que venha calar imediatamente esta dor (MELO, 2014, p.89).

Apesar de muitos teóricos e clínicos trabalharem melancolia e depressão como sendo sinônimos (Ibidem, p.85), não fazendo a distinção necessária para a realização de uma boa e eficaz prática clínica, existem sim diferenças elementares para a psicanálise, apesar de possuírem pontos em comum, e essa distinção que proporcionará uma eficácia no tratamento de um paciente que apresentem tais sintomas.

Segundo Melo (2014, p.85) o quadro clínico da melancolia tem perdido espaço para a depressão, sendo colocada quase como uma subclasse. “Desde o

nascimento da psiquiatria esta prática clínica de apontar a melancolia como sinônima da depressão, ou de fazer dela uma subclasse da depressão, já se enunciava (ibidem).” Contudo existem distinções a serem consideradas.

Segundo Martins:

Entende-se por melancolia um processo psicótico envolvendo o Eu e a sua constituição e resultando em seu empobrecimento no plano da consciência, enquanto no inconsciente é secretamente exaltado e exibido. Este aspecto se manifesta por idéias delirantes. Já a depressão não é psicótica, não há elementos delirantes, e ela não abala a estrutura do Eu, não atingindo a identidade do sujeito. Portanto, trata-se de uma diferença maior do que somente de intensidade. As duas, no entanto, são periódicas (e podem ser cíclicas) e regridem após um certo tempo, mesmo sem intenção psicoterápica e/ou medicamentosa (MARTINS, 2010, p.174).

Segundo Freud (1914-1916),o discurso de uma pessoa melancólica, as queixas contra o objeto perdido possuem marcas de culpabilidade e indignidade, mas sem nenhuma vergonha e modéstia. Assemelhasse a um processo psicótico que envolve o empobrecimento do plano da consciência. Nesse sentido Martins (2010, p.174) que: A depressão, por sua vez, não é psicótica sem elementos delirantes sem abalar a estrutura do eu não atingindo a identidade da pessoa, contudo a intensidade da vivencia dos sintomas e semelhante.

Na descrição de Martins:

Analisando o discurso depressivo e melancólico, será possível, talvez, articularmos melhor estas noções. No discurso do melancólico, suas queixas, apesar das acusações implícitas contra a infidelidade do objeto perdido, são marcadas pela culpabilidade, exibida e reivindicada com ênfase, bem como a própria indignidade. Mas não há vergonha nem modéstia: proclamando sua culpa e sua indignidade, o melancólico se coloca no centro de interesse do mundo, megalomaniaco negativo (MARTINS, 2010, p.174).

Em oposição ao estado melancólico, a pessoa depressiva não se coloca em estado de culpabilidade, e busca o isolamento, escondendo-se para não demonstrar sua impotência diante do sofrimento, ele sente vergonha de seu estado, e não sente tristeza. Somente fica indiferente sentindo um vazio, perde o interesse pelas coisas do mundo, como se tivesse perdido uma parte dele mesmo (MARTINS, 2010, p.175).

Na descrição de Martins:

Ele não se acha usualmente culpado, mas procura a solidão, se isola, a impotência, diante da qual ele sente vergonha. Ele está assim muito distante da onipotência secreta do melancólico. O depressivo não está triste, mas indiferente, cansado e desanimado de tudo, vazio, não consegue mais interessar-se pelas coisas; se ele se queixa, é do seu não-valor, de sua

inutilidade, de sua desorientação, do vazio, de ser demais, da falta de interesses, sentidos, projetos, valores, ideais. O depressivo está diminuído diante de si mesmo mais do que diante dos outros, dos quais, aliás, ele tenta fugir, em oposição ao melancólico. Está amargurado, com ressentimentos e arrependimentos no tocante ao que ele era e que poderia ainda ser (MARTINS, 2010, p.174).

Ainda referente à vergonha, como teorizado por Freud (1914-1916) está ligada à honra, a valores morais, isso devido a valores sociais e culturais, que não é o caso do depressivo. Nessa direção Pinheiro (2005, p.12) afirma que na melancolia, o sujeito adoecido apresenta-se “ao contrário, como portador de um código moral bastante rígido que não apenas servirá para instrumentalizar a crítica mordaz que dirige aos outros, como também e, sobretudo, a si próprio.”

Segundo Pena (2010) a dor melancólica possui uma derivação de um código moral, um senso moral exagerado, ele teorizou isso bem antes de criar o conceito de superego tão relevante para todo conteúdo da psicanálise. Esse seria um dos critérios para definir o que de fato é melancolia, evitando assim um desgaste desnecessário causado por medicamentos.

Na descrição de Pena:

Freud compreendeu a dor na melancolia como derivada de uma moralidade excessiva mesmo antes de criar o conceito de superego, instância que possibilitou melhor formalização dessa idéia. Segundo ele, essa seria uma característica marcante do melancólico, que sofre por se sentir “moralmente desprezível” (PENA, 2010, p.61).

Esses valores morais que na contemporaneidade já não são tão relevantes, foram diluídos pela individualidade e desmembramentos dos valores comuns. A pessoa com depressão sofre com a vergonha, não de forma sádica, a presença do outro o incomoda como que apontando alguma coisa errada nele, mesmo que não tenha plena consciência disso. Na melancolia isso é diferente, a exterioridade é vista por outro patamar, “o outro sabe tudo sobre ele, ele é quase transparente e, portanto não haveria interioridade. Não sabe o que é o segredo (PENA, 2010, p.61)”.

O depressivo sente-se como um morto vivo, sem lugar nesse mundo, sua auto imagem fica afetada, perde totalmente ou parte do seu eu ideal, da parte onipotente, “função narcísica e imaginária por excelência - em oposição ao ideal do Eu, parte integrante do Superego, sedimento da sujeição simbólica ao outro (PENA, 2010, p.176)”. Contudo seu ego continua inalterado, diferentemente do melancólico, mesmo de forma apagada e monótona, somente perde a capacidade de gozar da felicidade pela falta do objeto (ibidem).

Segundo Pinheiro (2005, p.4) o crescente aumento nos casos de depressão tem sido conformado nos consultórios de psicanalistas, psiquiatras e unidades de saúde mental, e uma das características desses casos seria a relação com o tempo presente entre muitos sintomas, isso como se fosse uma aversão a um convívio com o desejo. “Poderíamos dizer que as descrições clínicas de Freud relatada nas suas descrições sobre neurose também apontam na direção de que o aparelho psíquico descrito pela psicanálise é um aparelho para se defender do desejo (ibidem).”

O desejo na contemporaneidade passou a ser não só mais o que não se possui e que deseje no futuro, e no discurso de pacientes não se enxerga uma linha entre presente e futuro depressivos, o passado apresenta-se sem ligações com o futuro. “A dimensão de futuro por sua vez pressupõe uma dimensão de temporalidade ou de relação com o passado, presente e futuro. Para esses pacientes [depressivos], representar-se no futuro e quase impossível (ibidem)”. A vida do depressivo se reduz ao aqui e agora, isso para que as dores de sua vida sejam mais suportáveis, mas isso não ocorre com os melancólicos.

Na descrição de Pinheiro:

O melancólico apresenta-se como aquele que nunca desejou, como sendo aquele que jamais foi fisgado pelo desejo. A vida foi sempre sem colorido, o tempo é o da eternidade. Não há pressa, não há espasmos, a vida é marcada como um sempre muito monótono. Nesse sentido ele difere inteiramente do que foi apontado no sofrimento da depressão atual. (...) Por essa razão eles [melancólicos] como – eu não sou nada – não quero nada. Essas afirmações são como marcas registradas da melancolia. (...) Nesse caso a intenção vem como sinônimo de qualquer interesse ou o que a psicanálise chama de investimento. Sem investimento não há desejo. (PINHEIRO, 200, p.5-6).

Na melancolia o passado, presente e futuro têm a mesma imagem, a vida sempre foi à mesma monótona e sempre chata. O depressivo algumas vezes demonstra desejo, mesmo que seja rápido e desapareça, essa é uma diferença entre melancólicos e depressivos (ibidem).

4.2 – Afinal, em que consiste a compreensão da Melancolia na clínica psicanalítica contemporânea?

Esse é um questionamento relevante a esse trabalho. Contudo, ainda complexo devido à subjetividade de cada sujeito, que diante de uma situação traumática de perda pode encontrar-se em uma situação que afete sua estrutura psíquica. O que ocasiona um desequilíbrio dentro dos parâmetros considerados

normais para a realização humana. Por isso, torna-se relevante percorrer alguns teóricos de psicopatologia tocante ao tema melancolia.

Segundo Jurema (2011), os manuais de psiquiatria definem melancolia de formas distintas. O CID 10 a coloca como transtorno afetivo Bipolar ou psicose maníaco-depressiva, indicando alguns sintomas bem reconhecidos como o sofrimento e interferência na vida pessoal do paciente. O DSM IV e V, da mesma forma, mas colocando além de transtorno maníaco-depressivo, também como transtorno depressivo maior. No entanto, os sintomas são semelhantes a outros tipos de adoecimentos.

Segundo Jurema:

No DSM, alguns dos especificadores podem parecer categóricos (como a melancolia, por exemplo), mas isso se torna menos óbvio quando as cartas de decisão (*decisioncharts*) são examinadas. Por exemplo, um paciente depressivo com anedonia, insônia, disfunção psicomotora e alterações de peso preenchem tanto os critérios para depressão maior e para o subtipo melancólico. Isso é irracional se considerarmos que o “especificador” deve descrever um subtipo de depressão (JUREMA, 2011, p.38).

A complexidade da estrutura da melancolia sempre foi presente mesmo antes de Freud, que retomou a comparação do mecanismo de melancolia com o luto, teorizado primeiro por K. Abraham (1912).¹¹ De acordo com Bergeret¹² (1998), Freud somente retomou suas colocações inovando com sua teoria do aparelho psíquico, em que o objeto perdido (pessoa) incorpora a pessoa (ibidem).

Segundo Bergeret, citando S.Rado:

o mecanismo melancólico corresponde a uma demanda desesperada de amor, a um esforço para evitar a punição parental, seguindo ao antigo sentimento de frustração (cólera, fome, etc.). Mas será que se pode, a esse nível, falar de culpa e superego? Pareceria mais prudente ver as coisas em termos de temor de perda de amor “ao fazendo suficiente o bem” (ideal do ego), do que sendo punido por “fazer o mal” (superego), o que, economicamente, não se situa, absolutamente, no mesmo grau de elaboração estrutural. Para S. Rado, o objeto incorporado achar-se-ia clivado em duas partes: uma continua a amar a criança, permanecida nos elementos super egóicos, ao passo que uma parte má, frustrante e detestada, ver-se-ia integrada ao ego (BERGERET, 1998, p.80-81).

¹¹Posteriormente em 1924, o psicanalista Alemão K. Abraham retomou alguns pontos levantados por Freud relativo à fase oral e narcisismo, nas palavras do autor: “por seu turno, retomou o ponto de vista freudiano para precisar o papel da oralidade e da reativação das feridas narcísicas da mais tenra idade nos mecanismos maníaco-depressivos (BERGERET, 1998, p.80).”.

¹²Segundo Bergeret (1998), a estrutura melancólica está relacionada à temática de uma falha do self, como que uma falência do ideal do self. Em suas palavras; “A economia pulsional, (...), vê-se na obrigação de regredir, conseqüentemente a reativação da ferida narcisista arcaica fundamental, para as fases pré-genitais, oral e anal (p.82)”.

Outra posição relevante levantada por Bergeret (1998) é a de Melanie Klein, que se dedicou mais a desenvolver a teoria psicanalítica com as crianças, pois o fundador da psicanálise não se dedicou a essa vertente.

Nas palavras de Bergeret, citando Melanie Klein:

O maniaco-depressivo, (...) seria aquele que fracassa no trabalho de luto por não haver conseguido, na primeira infância, estabelecer o vínculo afetivo com suficientes objetos bons internos, levando à segurança interior; a depressão infantil fundamental não teria sido jamais superada; não pode, aí, haver "reparação" profunda do objeto; a defesa maníaca constitui uma recompensa para a angústia dos fantasmas sádicos destruidores que ameaçam o objeto (BERGERET, 1998, p.81).

O importante a ser observado é que, tanto o mecanismo descrito por S. Rado e Melanie Klein obtiveram sucesso em crianças e adultos, e que no fundo em qualquer linguagem que remeta a melancolia demonstra uma fixação no objeto perdido introjetado (BERGERET, 1998, p.82).

Diante da dificuldade relacionada à estrutura que cerca a melancolia, com todos os conceitos criados dentro da psicanálise, Bekeman (2011, p.27) afirma que "não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural", referindo-se aos sintomas descritos no DSM. Visto que não existe nenhuma classificação que não seja tendenciosa, tornando-a assim, arbitrária e falseada, e na utilização de recursos empiristas na finalidade de fazer que creiam em suas conclusões, tentam fugir das críticas de inconsistência em suas classificações (ibidem).

Na descrição de Bekeman:

Postulam-se como cientistas puros e duros, campeões de um empirismo que garante a seriedade científica, quando a única coisa de que sem dúvida se asseguram é o benefício econômico ligado à indústria dos psicofármacos, cuja magnitude em escala mundial é comparável à indústria armamentista e ao tráfico de drogas (BEKEMAN, 2011, p.270).

Na contemporaneidade torna-se comum depararmos cada vez mais com pessoas com queixas que remetem a um quadro clínico depressivo. Segundo Schimidt (2013, p.90), tanto dentro e fora da clínica, os traços apresentados, independente do grau "há um humor depressivo, inibição psicomotora e anedonia, ocorrendo de maneira transitória ou duradoura, associada, ou não, a fatores identificáveis (ibidem)".

Está se tornando usual, dentro de um pensamento do senso comum, os pacientes se auto diagnosticarem como depressivos, devido a uma apropriação do termo nos últimos trinta anos, como se fosse um modismo que, de certa forma, foi vinculado como um estado de espírito dos sujeitos na atualidade (COSER, 2003,

p.33). Essa situação gerou uma confusão no que se refere a um verdadeiro diagnóstico, dificultando o que a psiquiatria moderna chama de diagnóstico diferencial.

Segundo Coser:

A psiquiatrização da queixa se dá quando o profissional toma à fala “estou deprimido” como um enunciado que indicaria uma categoria diagnóstica, supostamente o referente nosológico da queixa. A fala é assim tomada como signo, apontando para o referente causador dela. Eventualmente, nem mesmo é preciso que o sujeito fale: sua inquietação, um roer de unha incessante, o permanente desalento, a insônia, servem, nessa modalidade de apreensão, como índice, como queixa, e, por que não, signo de uma ‘depressão agitada’. Comumente é o bastante para que um diagnóstico se estabeleça. Ora, para que serve um diagnóstico? Quem quer que tenha experiência clínica no campo psicológico/psiquiátrico pode verificar que o de depressão serve para que se prescrevam antidepressivos (COSER, 2003, p.34).

A legitimação de um diagnóstico precoce por um profissional de saúde mental sem o devido cuidado acaba excluindo o sujeito em sua subjetividade, levando ao uso inadequado de medicamentos. Nas palavras do autor, acaba por “transformar a queixa em diagnóstico, retornando para o paciente seu próprio enunciado, a partir desse momento invertido, como enunciado de um médico, transformado em categoria médica (ibidem)”.

A melancolia está distante desse pensamento de psiquiatrização, pois como já discorremos no ponto anterior, apesar de terem sintomas semelhantes, a psicodinâmica nos dois adoecimentos é diferente. Isso compromete o manejo técnico da melancolia, pois se torna essencial que se leve em consideração os parâmetros determinados por Freud no que se refere à subjetividade de cada sujeito, e não será uma substância química a responsável pela cura da dor da alma, ela apenas alivia, esconde ou amortece, mas ela voltará.

Segundo Clara:

Com o surgimento da Psiquiatria, a melancolia não mais será vista com os olhos de uma posição subjetiva, uma organização que se ergue em torno da dor que é existir. Ela começará a perder sua característica paradigmática, artística e humana, diante da emergência de um discurso médico científico que procura respostas mais concretas acerca dos fenômenos considerados patológicos. Na busca por uma substância capaz de aliviá-los, o progresso da farmacologia favoreceu a produção de novas perspectivas quanto ao sofrimento psíquico e novas formas de lidar com ele mediante componentes químicos que agem diretamente no funcionamento cerebral (CLARA, 2009, p.2).

A perda da subjetividade começou há muito tempo, segundo Peres (2001), começou com Pinel (174-1813) que se referiu à melancolia e o delírio como únicos, e afirmava que tal delírio poderia ter conteúdo alegre ou triste, podendo levar a um comportamento suicida (p.117). Características essas parecidas à teoria sobre melancolia de Freud (1914-1916) quando se refere à ambivalência contida no maníaco depressivo, e a tendência suicida do mesmo.

Segundo Coser (2003) não pode se negar a importância do advento dos fármacos para o avanço no alívio dos sintomas depressivos, mas o que vemos nos últimos trinta anos na investigação psiquiátrica, o uso desse recurso farmacêutico acaba por levar o sujeito à escravidão e a miséria existencial. Em alguns casos pode até ser necessário medicamento, ao menos até estabilizar o indivíduo, mas se for excessivo, evita a cura e prolonga a dor até o ponto de se tornar insuportável.

A divulgação nos meios de comunicação, através de propagandas indutivas que prometem o alívio imediato dos sintomas, deixa a impressão de que a solução de todos os males está naquele comprimido ou frasco. No caso dos sintomas melancólicos ou depressivos, a solução estaria na caixinha de tarja vermelha ou preta, ignorando que para muitos pode não ser eficaz, devido à complexidade que compõe a estrutura psíquica de cada indivíduo.

Nas palavras de Coser:

Esses fatos não são, no entanto, imediatamente verificáveis, uma vez que os meios de comunicação os difundem como avanços e conquistas alcançados modernamente no campo da terapêutica. É efetivamente inegável que os recursos farmacológicos disponíveis desde o final da década de 50 representam um progresso se comparados com o eletrochoque, por exemplo, que de 1938 a 1958 quando do início da utilização da imipramina, era a terapêutica psiquiátrica eleita para a depressão (Sabbatini, 1997-1998). Esses recursos podem também, eventualmente, representar uma dívida para certos pacientes que dessas drogas se beneficiam (COSER, 2003, p.36).

Quanto mais avançam as pesquisas de fármacos, mas fica comprometida a investigação psicoterapêutica acerca dos males da alma que pode nem ser a rotulada depressão, pode não passar de uma tristeza temporária por luto normal, ou a melancolia tanto teorizada por Freud (1914-1916), que inicialmente não teriam necessidade de medicação, e na maioria dos casos poderiam ser tratadas com sessões de análises terapêuticas. Contudo, os interesses por trás dessas pesquisas podem induzir tratamentos que demandem desgaste físico, psíquico e financeiro.

Como denuncia Coser:

Quanto maior a pesquisa farmacêutica, menor a produção teórica (no sentido da produção de modelos explicativos gerais), e maior a capacidade de se

formularem conclusões com base nas premissas operacionais que regem as pesquisas e dos resultados parciais que elas oferecem. O habitual é que as pesquisas encontrem como uma conclusão o que antes foi introduzido como premissa (COSER, 2003,p.37).

Tornou-se massivo o uso de fármacos na atualidade, isso devido o evidente avanço desse adoecimento. Mas é conhecida a ambigüidade ligada ao termo em nossos tempos atuais, depressão na forma adjetiva – deprimido, depressivo – que certamente todos os indivíduos já experimentaram um dia. Quando se tem depressão na forma substantivada pode referir-se a uma doença nosológica (COSER, 2003, p.50). Algumas doenças como hipertireoidismo, doenças no sistema nervoso central, uso de drogas lícitas ou ilícitas podem acarretar sintomas depressivos em várias intensidades (ibidem). Por isso, torna-se relevante diferenciar os tipos que podem ocorrer até mesmo para um melhor alívio ou cura do adoecimento.

Nas palavras de Coser:

Para a psiquiatria, a depressão doença é uma essência, como afirma Georget, ela existe em si, sendo por esta razão considerada uma entidade mórbida (*ens= ente*), idéia que aproxima a psiquiatria na época do seu nascimento, de Paracelso (1599), que julgava a entidade como “a causa ou coisa que tem o poder de dirigir o corpo”. O afeto depressivo experimentado pelo paciente deprimido é atribuído à depressão que ele apresenta. Embora os termos sejam os mesmos, e isso possa confundir o leitor, numa situação como esta, o termo depressão costuma vir grafado com o ‘D’ em maiúscula nos livros de textos da psiquiatria, talvez porque se pense que A Depressão, assim grafada, seja um nome próprio (COSER, 2003, p.50-51).

A forma mais utilizada no manejo da melancolia na psicanálise é o método analítico, a chamada análise. Segundo Pinheiro (2003, p.55-56), o aparato psicanalítico baseado em seus casos clínico com neuróticos, “mais especificamente, com as histéricas, que associam livremente, cometem atos falhos, falam de sonhos, isto é, proferem um discurso que abre espaço para formações do inconsciente”.

No que se refere a clínica da melancolia, o olhar do analista deve estar voltado para o sujeito na intenção de ajudá-lo a se organizar de forma narcísica, pois a existência da relação paciente-analista deve ser assegurada constantemente (PINHEIRO, 2003, p.58). O analista ajuda seu paciente a elaborar suas vivências subjetivas, “possibilitando um fluxo temporal, a construção de um passado, presente e futuro (ibidem)”.

Nas palavras de Vertzman:

Portanto, a clínica da melancolia se faz no sentido de preencher certas lacunas que tais sujeitos apresentam no discurso sobre si. O analista se posiciona no lugar de *testemunha*, de alguém que pode olhar com interesse para sua vida, auxiliando uma nova organização narcísica e temporal (VERTZTMAN, 2003, p.58).

O trabalho do analista utilizando as técnicas da psicanálise freudiana conduzirá o paciente a quebrar as barreiras instaladas no inconsciente que impedem que o trauma referente à causa da melancolia seja acessado. De acordo com Vertztman (2002), “comece a apresentar brechas, as quais permitam alguma passagem que não implique em transbordamento, apenas suficiente para o melancólico “usufruir desse pedaço de mundo tornado menos árido e mais desejado (p.70)”.

Ainda referente à melancolia e seu manejo técnico, outra perspectiva psicanalítica é a visão de Zimerman (2004) que apresenta a depressão em suas várias vertentes, e se refere à melancolia como depressão por identificação com o objeto perdido correspondente ao clássico de Freud - a sombra do objeto recai sobre o ego, com um luto mal-elaborado desse objeto, de maneira que propicia a instalação de quadros melancólicos (ZIMERMAN apud Freud, p.300). E cujo procedimento segue no processo de reverter esse processo de identificação.

Na descrição de Zimerman:

Nas depressões resultantes de identificações patógenas [melancolia], o essencial da técnica analítica consiste em promover desidentificações, seguidas de neo-identificações, as quais, em grande parte, terão a pessoa do analista como um novo modelo de identificação. É necessário deixar claro que uma desidentificação não significa uma ruptura (no sentido bélico) com os objetos com os quais ele estava identificado, tal como paciente inicialmente imagina. Pelo contrário, o paciente deve desenvolver uma capacidade em discriminar entre os aspectos que ele admira nos referidos objetos e que vai conservar, agora, como autenticamente seus e os aspectos que ele vai se permitir a abandonar porque o parasitam, submetem e o forçam a deprimir-se e a ser o que, de fato, ele não é. (ZIMERMAN, 2004, p.302).

Segundo Zimerman (2004, p.302), deve-se observar durante o processo de análise, que a desidentificação é um momento delicado, devido ao estado depressivo do sujeito, que está passando por uma sensação de ser abandonado e com perda de identidade. Nas palavras do autor, nessas condições pode ser observado “um incremento do estado depressivo, assim como de sensações de ser abandonante, de confusão, de estranheza e de amputação da identidade (ibidem)”.

Outro tipo que pode levar ao adoecimento melancólico é o que Zimmerman (2004) nomeia de depressão por perdas prematuras de objetos, que causam traumas significativos que afetam “partes do ego, tal como acontece nas depressões involutivas, quando o sujeito que está entrando em idade mais avançada sente estar perdendo a força física, a concentração, a memória, etc.

A contribuição psicanalítica torna-se relevante nessa busca de aliviar o sofrimento do adoecido, seja ele diagnosticado como melancólico ou depressivo em suas modalidades como: depressão por identificação com o objeto; por perdas prematuras do objeto; depressões involutivas; por doenças biológicas; por uso de substâncias lícitas e ilícitas, etc.

6 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O procedimento escolhido foi de pesquisa bibliográfica, cuja principal atividade consiste em leitura de textos de cunho científico de acordo com o tema escolhido. Isso requer a organização sistemática dos textos a serem lidos. Exploratória que tem como objetivo de proporcionar uma ligação analisando conforme o contexto sempre atualizando as ideias a respeito do objeto de estudo com o propósito de torná-lo mais acessível e de melhor compreensão.

Como descreve Gil:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõe à análise das diversas posições acerca do problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (GIL, 1996, p.48).

A pesquisa, por ter um caráter qualitativo, não possui preocupação com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento de um grupo, organização. Gerhard (2009, p.32) afirma que “a pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais”. Pensamento esse vai ao encontro de Freud, que não se preocupava em comprovar suas teorias na realidade que analisava em seus pacientes, dentro de uma perspectiva empirista.

Segundo Gerhard (2009), os pesquisadores qualitativos rejeitam o pressuposto positivista do método único para todas as ciências por acreditarem que

às ciências sociais tem suas próprias. Nesse tipo de pesquisa o desenvolvimento é imprevisível, sendo o conhecimento do pesquisador parcial e limitado, pois o objetivo das amostras é a produção de dados que aprofundados e ilustrados, independente que sejam grandes ou pequenas, contanto que produzam novas informações. Essa modalidade de pesquisa possui características próprias, e etapas a serem seguidas.

Como descreve Gerhard:

Objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de *descrever*, *compreender*, *explicar*, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (GERHARD. 2009 p.32).

Durante o processo de pesquisa, aconteceu a necessidade de informações mais atualizadas sobre o tema, como artigos, jornais e sites, apesar da fundamentação teórica ser baseada em clássicos da psicanálise. Contudo, constataram-se poucas publicações específicas sobre o manejo técnico na melancolia. A escolha bibliográfica privilegiou além do fundador da psicanálise Sigmund Freud, autores de linha teórica psicanalítica que exploraram assuntos relativos ao tema com explicações baseadas na essência das teorias da psicanálise freudiana, levando em conta as evoluções ocorridas ao longo do tempo, desde a origem até o momento, em especial os que tratam da prática clínica na atualidade.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorrer teoricamente o conceito de melancolia foi uma aventura, pois toda sua teoria sobre o aparelho psíquico estava contida em cada capítulo, mesmo não estando completa no escrito Luto e Melancolia (1914-1916). Os desdobramentos sobre os estudos sobre melancolia sempre perpassavam pelo luto e depressões, quase não existe nenhum texto, artigo, monografia, teses que não retomam aos clássicos de Freud para um embasamento teórico de tudo isso, o que proporcionou uma chance de enriquecer o tema, e que, muitas vezes semelhanças se tornaram mudanças na teoria original de Freud.

Na melancolia sempre há uma identificação e introjeção de um objeto perdido inconsciente, e esse objeto está sempre relacionado a um amor perdido. Alguns desdobramentos teóricos colocam esse objeto perdido como qualquer frustração

pessoal, mesmo que seja por não poder ter ou consumir. Isso não é melancolia para Freud, mas para muitos psicanalistas atuais pode vir a ser.

Acredito que, devido à evolução da teoria, ou às alterações na visão dos freudianos, pode ter causado a absorção da melancolia em depressão. Por isso, o manejo técnico específico dentro da concepção freudiana de Melancolia tornou-se cada vez mais equiparado ao da depressão apesar das divergências em muitos pontos. Isso pode ser constatado até mesmo nos manuais de psiquiatria podendo, incorrer em dificuldades no manejo técnico dentro da prática clínica na atualidade.

Apesar do fato dos manuais de psiquiatria terem extinguido o termo melancolia, ela continua para a psicanálise. Mesmo ficando evidentes as diferenças na análise freudiana, verifica-se que na prática clínica da atualidade uma acabou dissolvendo-se na outra, já que em alguns casos são tratadas como sinônimos e noutros como uma subclasse da depressão. Nesse sentido, é bom delimitar cada caso, pois de acordo com o diagnóstico irá interferir inevitavelmente no manejo técnico, o que levará a um prejuízo do paciente (BERLINCK, 2000, p.18).

Diante das diferenças constatadas nesse trabalho entre as duas modalidades de adoecimento, por conseguinte, fica evidente que precisam ser tratadas com um diferencial. No caso da melancolia, que foi retirada do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais) em 1980, o psiquiatra Gordon Parker, da Universidade de Nova Gales do Sul, na Austrália, defende o retorno da melancolia à classificação de “grave transtorno de humor”. “A melancolia é um diagnóstico separado, uma condição que requer tratamento separado, completamente diferente da maioria dos quadros depressivos (Do G1, em São Paulo, Sn, 2010)”.

Provavelmente a volta da melancolia nos manuais de psiquiatria tornou-se impossível, devido o fortalecimento DSM e da psiquiatrização dentro de uma perspectiva empirista, em que acreditaram que esse método é o único que valida na psicologia como ciência, desacreditando as outras perspectivas do ponto de vista hermenêutico onde a discussão teórica foge dessa vertente. Portanto essa concepção não foi utilizada por Freud, que focava suas teorias na observação e análise de seus pacientes neuróticos, e a partir disso, partia do pressuposto que o psicológico não era observável de forma empirista. Sendo assim, cada um era tratado com único em sua dor, mesmo que toda essa realidade deva ser renovada

nos dias de hoje, segundo Sztormoweski (2015, p.8); “A psicanálise sempre teve o papel de escutar o que se impõe de sintomático em uma determinada época”.

O adoecimento melancólico não é depressão para a psicanálise freudiana, apesar de existirem autores, tal como Zimmerman (2008), que ainda optam por vê-las como sinônimas ou subclasses. Devido os sintomas serem muito parecidos, e que segundo o DSM podem ser psicologicamente observáveis de forma empírica, tornou impossível um retorno da melancolia como classificação fora da depressão. Segundo Fendrik (2011) essa situação acabou em um rompimento do manual de psiquiatria com sua origem psicanalítica, isso também em outras modalidades de adoecimento.

Segundo Bekerman (2011, p.25), a IV edição do DSM saiu com a tentativa de classificar as doenças como transtornos mentais, pois tanto o significado das palavras transtornos, como a mentais, retoma teorias anteriores carregadas de todos os pré-conceitos preexistentes nas mesmas. Segundo o autor o termo usado, transtornos mentais, equivale a uma “verdadeira ficção hipotética, uma pura suposição, e nada mais que uma suposição, essas que os empiristas nos haviam prometido desterrar para cumprir totalmente sua tarefa classificatória.

Ainda segundo Bekerman (2011, p.27), a suposição teórica baseada em experimentos empiristas comportamentais não passam de fingimento de hipóteses (Ficções hipotéticas), que nada contribuem para a prática clínica psicanalítica, a não ser para a psiquiatria, “salvo para estabelecer as indicações das doses da medicação psicofarmacológica (ibidem)”. O não fingir hipóteses pelo contrário, auxilia na produção de saberes proveitosos, pois favorece o discurso livre do analisado (paciente), levando em direção a cura segundo a linha freudiana. Segundo o autor, isso não faz com que os seguidores da linha psicanalítica sejam os melhores, mas podemos dizer que são mais livres, pois não são aprisionados em manuais.

A construção teórica psicanalítica de linha freudiana sempre leva em consideração em sua construção teórica a subjetividade do sujeito adoecido, assim facilita que o analista levante hipóteses dentro do processo analítico, mesmo que não seja observável. Isso exclui qualquer tentativa de medir empiricamente, ou usar como referência grupo de pessoas com sintomas semelhantes. Para a psicanálise o

patológico não é observável como propõe os manuais de psiquiatria em suas construções teóricas.

Durante todo percurso teórico, principalmente na parte referente à prática clínica na atualidade, esbarramos na falta de material teórico referente ao manejo técnico da melancolia. Inclusive entre os de linha psicanalítica sobre o tema, que deveriam abordar mais sobre o manejo técnico na melancolia.

Contudo, parece haver um sentimento duplo em que em parte querem ser fieis as bases da teoria de Freudiana acerca da melancolia, de outra parte, a necessidade de seguir os manuais por influência da visão médica que ainda reina em consultórios. Assim, mesmo que muitos sejam fieis ao fundador da psicanálise com as devidas adaptações, a maioria faz opção por ignorar ou abandonar aceitando o que é ditado nos manuais de psiquiatria.

Em suma torna-se importante dentro do ambiente acadêmico e clínico aprofundar o tema no referente ao manejo técnico, pois a falta de material teórico com respaldo em teorizações da psicanálise leva a uma submissão ao modelo biológico difundido pela psiquiatrização da melancolia. As faculdades e universidades podem colaborar com estudos científicos ou estudos de caso referentes à melancolia e depressão, possibilitando a distinção e um melhor manejo evitando desgaste desnecessário ao sujeito que sofre. Tudo isso utilizando-se das teorizações da linha psicanalítica freudiana que sem dúvida é a mais fiel para chegar a um diagnóstico mais preciso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANCIÃES DARRIBA, V., VINICIUS BRUNHARI, M. **O Suicídio Como Questão: melancolia e passagem ao ato.** *Psicologia clínica*, v.26, n. 1, Rio de Janeiro, jun. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652014000100013>. Acesso em: 10 de abril 2016.
- ANGELIS, Thais Klein De. **Algumas considerações sobre a metapsicologia da melancolia, sua clínica e vicissitudes.** Universidade Federal do Rio de Janeiro Instituto de Psicologia, 2011.
- BEARZOTI, P. **Sexualidade: um conceito psicanalítico.** Campinas, 1993. Disponível em: <<file:///C:/Users/Carol/Downloads/cartexia.pdf>>. Acesso em 10 de maio 2016.
- BEKERMAN, Jorge. Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural. In: JERUSALINSKY, Alfredo, SILVIA Fendrik. **O livro negro da psicopatologia contemporânea.** São Paulo: Via Lettera (2011). Pág. 23-27.
- BERGERET, Jean. **A personalidade normal e patológica.** Ed.3, Artmed Porto Alegre, 1998.
- BERLINCK, Manoel Tosta. PIERRE, Fédida. **A clínica da depressão: questões atuais.** In *Revista Latino americana de psicopatologia fundamental* 3.2 (2000): 9-25.
- BERLINK, Luciana Chaí. **Melancolia e Contemporaneidade** - in *Revistas USP*, 2008. Disponível em www.revistas.usp.br/espinosanos/article/download/89331/92206 Acessado em 15 de março 2016.
- BUENO, A. **Traduzindo Nerval.** *Estud. av.*, v.26, n.76, São Paulo, set. /dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142012000300018>. Acesso em: 18 março. 2016.
- CARONE, M. **Tradutora De Freud.** 2016. Disponível em: <http://novosestudos.org.br/v1/files/uploads/contents/66/20080625_luto_e_melancolia.pdf>. Acesso em: 30 de março.
- CLARA, C. J. S. Santa. **Melancolia: da Antiguidade à Modernidade: Uma breve análise histórica.** *Mental* vol. 7 no.13 Barbacena 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n13/v7n13a07.pdf>. Acesso em 10 de maio.
- CLARA, C. J. S. Santa. **Melancolia e narcisismo: a face narcísica da melancolia nas relações do eu com o outro.** *Mental*, v.5, n.9, Barbacena, nov. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000200009>. Acesso em 19 de abril 2016.
- COELHO JR, N. E. **A noção de objeto na psicanálise freudiana.** *Ágora*, v.4, n.2, Rio de Janeiro, jul. /Dez., 2000. Disponível

em<<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982001000200003>>. Acesso em 1 de abril de 2016.

COSER, O. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 170 p. Coleção Loucura & Civilização. ISBN: 85-7541-030-X.

Available from SciELO Books. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 6 de julho 2016.

FERREIRA, E. P.A. **Separação amorosa: uma abordagem psicanalítica**. *Psicanálise & Barroco em revista*, v.8, n. 1, p. 56-97, jul.2010.

FRENDRIK, Silva. O DSM IV: Uma metafísica comportamentalista. In: JERUSALINSKY, Alfredo, SILVIA Fendrik. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera (2011). Pág. 29-37.

FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia**. Marilene Carone (trad.). 3 reimpressão, 2014. 2011.

_____. **Luto e Melancolia**. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. **Os Três Ensaio Sobre A Sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. **Uma rara entrevista**, In Radio BBC Londres, VIREECK, George Sylvester, dezembro de 1926. Disponível em <<http://www.freudiana.com.br/destaques-home/entrevista-com-freud.html>>. Acesso em 10 de março de 2016.

GERHARDT, T. E., SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Rio Grande de Sul: UFRGS, 2009. 114 p. (EAD). Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

JUREMA, Mario F.M. CALIL, Helena. P. FLECK,S, Marcelo. DEL PORTO, José A. **Estudos latino-americanos sobre melancolia: um transtorno do humor melhor definido para o CID-11**, IN Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.33, Supl. I, maio de 2011.

KAWANO, M. Gerard de Nerval: poesia e memória. **Revista de literatura Brasileira**, São Paulo, p. 508-524, 2013.

LEITE, José Gilton Paz. **Da perda não elaborada: a melancolia em Sigmund Freud**. Anais do seminário dos estudantes de pós-graduação em filosofia da UFSCar. 2014 Disponível em<<http://www.ufscar.br/~sempgfil/wp-content/uploads/2012/05/18-Jos%C3%A9-Gilton-Paz-Leite.pdf>>. Acesso em 10 de maio.

LUNKES, F. L. **A Melancolia no Discurso Artístico: imagens da dor**. In: VII SEAR. A análise do discurso e sua história: avanços e perspectivas. Recife, 13 a 16 Outubro de 2015. Disponível: a<<http://anaisdosead.com.br/7SEAD/SIMPOSIO01/FernandaLuziaLunkes.pdf>>. Acessado em 17 de maio de 2016.

LUCENA, Rodolfo. **“Depressão já é a doença mais incapacitante, afirmaOMS.”** *Folha de São Paulo*. 15 de maio de 2016. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/12/1563458-depressao-ja-e-a-doenca-mais-incapacitante-afirma-a-oms.shtml>>. Acesso em 20 de maio 2016.

MARTINS, Francisco Moacir de Melo Catunda. **Entre os abismos da melancolia e depressão – O Eu abismado e o campo das timopatias**. tempo psicanalítico, Rio de Janeiro, v.42.1, p.171-181, 2010.

MEES, Lúcia Alves. **As várias cenas da Melancolia e da Depressão**, REVISTA DA Associação Psicanalítica de Porto Alegre, A Clínica da Melancolia e as Depressões, Nº 20. Junho. 2001.

MELLO, Hedyane de Andrade. **Melancolia na contemporaneidade: A dor de existir**, Universidade Estadual da Paraíba - Campina Grande Centro de Ciências Biológicas e da Saúde de psicologia, 2011.

MELLO, Hedyane de Andrade. **Melancolia, narcisismo mal-estar na cultura: Algumas reflexões sobre contemporaneidade**. Universidade Federal do Pará Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Psicologia Dissertação de Mestrado, 2014.

MOREIRA, Ana Cleide Quedes. **Clínica da Melancolia**, ed. Escuta, 2002.

PERES, Urania Tourino. **Depressão e Melancolia**, ed. Zahar, 2003.

PARKER, Gordon. Do G1, em São Paulo, 22/03/10. **Psiquiatra defende que melancolia volte a ser classificada como doença**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1540371-5603,00>>. Acesso em 2 de outubro de 2016.

PENA, Reno Ferreira. **MELANCOLIA: do supereu proibidor ao supereu gozador, a dor de existir**. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2010.

PINHEIRO, Tereza. VERZTMAN, Julio Sergio. **As novas subjetividades, a melancolia e as doenças auto-imunes**. Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas. Rio de Janeiro: Contra Capa (2003): 77-104.

RIVIERA, T. **Entre a Dor e o Deleite**. Novos estud. – CEBRAP no.94 São Paulo, Nov. 2012, disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000300016>>. Acesso em 1 de março 2016.

ROCHA, Z. **Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas**. Psyche (São Paulo), v.12, n.23, São Paulo, dez. 2008. Acesso em 13 de abril. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14151138200800020001>. Acesso em 13 de maio.

ROUDINESCO, Elisabeth, (1944). **Dicionário de psicanálise**; tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, Antônio Vieira. **O inspira(dor) mundo moderno: notas sobre melancolia na atualidade**, Revista o olho da história: n.22, abril, 2016.

SCHMIDT, Eder. **Melancolia, depressão e suas narrativas**, *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 16(1), 89-99, mar. 2013.

SZTORMOWESKI, Dulia de Melo. **Melancolia: O Empobrecimento do Eu**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ - Departamento de Humanidades e Educação - Curso de Psicologia - IJUÍ, DEZEMBRO, 2015.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. ISBN 978-85-7983-113-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acessado em 20 abril 2016.

VIANA CAMPOS, E. B. **Considerações sobre a morte e luto na psicanálise**. Revista de psicologia da UNESP, v.12, n.1, Assis, junho. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382008000200001>. Acesso em: 20 de março de 2016.

VIERECK, G. S. Entrevista BBC. **O Valor da Vida: Uma rara entrevista de Freud**. Disponível em: <<http://jornalggn.com.br/blog/luisnassif/uma-entrevista-rara-de-freud-de-1926>>. Acesso em 8 de maio de 2016.

ZIMERMAN, David E. **Manual de técnica psicanalítica**, Porto Alegre: Artmed, 2008.