

— **INTRODUÇÃO** —

Desde fevereiro deste ano, o segundo de minha Residência Médica em Psiquiatria (RMP), tenho atendido a pacientes no ambulatório do Programa de Transtornos do Humor (PTH) do Instituto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (ISM–SMS/PJF). São atendimentos clínicos, realizados três vezes por semana, numa média de 3 horas por dia, o que representa a maior parte de minha carga horária.

Foi especialmente difícil para mim o início desse período da RMP, uma vez que, no primeiro ano, atendendo a pacientes em um ambulatório geral, a diversidade de casos e a prevalência daqueles de menor complexidade tornavam aqueles atendimentos, pode-se dizer, “menos pesados”. Este segundo ano é marcado pelos ambulatórios específicos, entre os quais, além do já citado, o Núcleo de Atenção ao Paciente Psicótico (NAPP), parte do Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAPS–HU/UFJF). Em ambos (NAPP e PTH), o contato com pacientes psicóticos faz a grande diferença em relação ao ambulatório do ano anterior.

No PTH, entretanto, há também um grande número de pacientes neuróticos — talvez a maioria —, atendidos juntamente com os psicóticos, seguindo-se um único protocolo. Essa postura sempre foi algo que me incomodou de alguma forma: para mim, é difícil conceber que o atendimento a duas estruturas psíquicas diferentes possa ser realizado tomando-se condutas semelhantes. Suas especificidades precisam e devem ser consideradas e respeitadas.

Com as classificações atuais, todavia, a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a quarta do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a divisão entre neurose e psicose se perdeu entre a diversidade de códigos nelas existente. Acrescendo-se a isso o desenvolvimento das neurociências e da psicofarmacoterapia, parece que o que está se perdendo no atendimento da Psiquiatria atual, cada vez mais distante da Psicanálise, é a subjetividade, o próprio sujeito.

É com base nessas observações que me proponho a apresentar, no presente trabalho, uma visão psicanalítica sobre o que hoje se denomina Transtornos do Humor, objetivando oferecer ao atendimento psiquiátrico um diferencial sobre a formação dos sintomas na neurose e na psicose e, a partir daí, a importância de uma abordagem terapêutica distinta. Para tanto, descreverei quatro casos clínicos que servirão como referência dentro da teoria apresentada. Ao final farei uma contextualização da depressão na cultura da sociedade atual.

### — CASOS CLÍNICOS —

A seguir, apresento as histórias clínicas de quatro pacientes atualmente atendidos por mim no PTH, oferecendo o diagnóstico e a conduta do ponto de vista psiquiátrico, além da evolução de cada caso. As pacientes dos casos III e IV são acompanhadas por mim desde sua primeira consulta, enquanto iniciei o acompanhamento do paciente do caso I a partir de sua terceira consulta e da paciente do caso II cinco meses após sua admissão no PTH.

Faz-se importante ressaltar que, embora o objetivo dos atendimentos a tais pacientes naquele ambulatório não seja realizá-los através de uma abordagem psicoterapêutica, sempre os faço incluindo uma escuta psicanalítica além da intervenção psiquiátrica medicamentosa.

CASO I: Paciente JPSF, sexo masculino, branco, 57 anos, casado; escolaridade: terceiro grau completo.

Em 2000 — dois anos antes de procurar atendimento psiquiátrico —, após ter recebido o diagnóstico de um “problema cardíaco grave” durante as avaliações pré-operatórias a uma cirurgia para retirada de cálculos renais, tendo, então, submetido-se a revascularização miocárdica, com o implante de quatro pontes de safena, o paciente iniciou quadro que definiu como “apatia” freqüente. Durante este período, houve redução da libido, do prazer, do sono e do apetite, com perda ponderal de 8 Kg nos dois anos, além de choro fácil, humor irritável, idéias depressivas e de suicídio, alteração da memória recente e dificuldade de concentração.

Decidiu-se pelo afastamento do trabalho — culpando-se por isso posteriormente — e  
(Curso de Formação em Psicanálise – Turma III — 1º semestre / 2003)

apresentou desinteresse pela vida social, afastando-se de seus amigos. Passou a se sentir envergonhado pela doença, mencionando-a apenas à esposa e a alguns familiares mais próximos. Apresentava-se com fâcies sofrida e pouco expressiva, recurvado sobre o tronco, com lentidão psicomotora e uma fala firme, porém, em baixa intensidade. Foi, então, feito o diagnóstico de Episódio Depressivo Grave sem Sintomas Psicóticos (código na CID-10: F32.2) e prescrito o antidepressivo Venlafaxina XR na dose de 150 mg ao dia (Efexor XR<sup>®</sup>).

Meu primeiro contato com o paciente foi marcado por sua irritabilidade ao iniciarmos a consulta. Quando solicitei que me contasse sua história, respondeu-me: “não precisa...eu vou publicar um livro, 2 volumes, na semana que vem...é só você ler”. Disse-lhe que, independente disso, gostaria de ouvi-lo; passou, então, a contar a história de sua doença, mostrando-se mais calmo com o tempo. Relatou um humor instável há vários anos, com períodos de “depressão” durante o dia, “entre as 10 e 14 horas”, até que se tornou constante em 2001, intensificando os sintomas de hipoforia e anedonia, os pensamentos suicidas e o isolamento social. Após ter iniciado o uso da medicação atual, sentiu-se “muito melhor...hoje foi uma revolução: fui à rua sozinho e comprei um livro”. Seu discurso, desde o início, mostrou-se intelectualizado e com evidente negação do transtorno psiquiátrico, considerando-se capaz de abandonar o tratamento e continuar dando conta da situação sem acompanhamento médico. Disse não acreditar em Psicologia, Psiquiatria ou Psicanálise, mas que o remédio estava sendo ótimo e sempre se referiu aos médicos como pessoas que detêm o saber e que são capazes de curar.

Sobre sua história pessoal e familiar, o paciente pouco falou. Seus pais são falecidos e tem um casal de irmãos mais novos. Viveu em um colégio interno dos 13 aos 17 anos em São Paulo, após a mudança de sua família para Mato Grosso (o pai era cafeicultor e, com a crise, precisou trocar o café pela criação de gado: “ele não plantava mais um pé de café...chegava nos lugares e dizia que era cafeicultor...eu acho engraçado...interessantes...eles, meus pais, eram duas pessoas muito interessantes...gostavam muito de ler...minha mãe era professora”).

Disse que ficar sozinho em São Paulo foi muito bom, gostava do colégio e, quando saiu, teve uma boa oportunidade de emprego. Passou por várias cidades e cursou a Faculdade de Administração em Londrina. Mudou-se para Juiz de Fora há 19 anos, está casado com sua atual esposa há 13 anos e contou que conhecê-la foi repleto de acasos: “se aquilo não tinha nada a ver, não sei o que tem tudo a ver”. Relatou que costuma escrever artigos que são publicados em jornais e revistas, mas não se mostrou muito empolgado com suas obras: “acho que são boas...se não fossem, não publicariam”. Disse que, em sua vida, “não costumo criar grandes expectativas...sempre falo pra minha mulher isso...depois, a tristeza é maior”. A relação com a esposa é boa e tenta protegê-la do sofrimento, evitando falar sobre seus problemas; desde o início de seu quadro depressivo grave, a esposa mostrou-se preocupada e cuidadosa: “ela gosta que eu fique em casa...já falei isso pra ela”.

Chegou a iniciar o uso de bebidas alcoólicas durante um período do tratamento (“um aperitivo à noite para dormir”) e, chorando de forma contida em uma consulta, mostrou-se incomodado com sua “fraqueza”, sempre questionando sobre a cura de sua depressão e procurando por uma causa “palpável” para a mesma. Chorava escondido em casa, disfarçando com o uso de colírio: “não quero que as pessoas se preocupem comigo”. Relatou “medo” de voltar ao trabalho e apresentar recaída dos sintomas, tendo que abandoná-lo novamente de forma abrupta; pediu, então, após forte resistência, Auxílio Doença ao INSS. Manteve a omissão de sua situação entre os amigos e, com o tempo, pôde dizer que “essas coisas que envolvem a alma deixam a gente muito exposto...me sentiria pelado se contasse...tenho vergonha” e pôde acrescentar: “no início, quando eu não aceitava a depressão, ela só ia piorando...quando passei a ver como algo que havia dentro de mim, começou a melhorar”.

Aumentei a dose da Venlafaxina XR para 225 mg ao dia e, a partir do momento em que ele expôs sua vontade de buscar outra abordagem terapêutica que pudesse lhe ajudar no tratamento, encaminhei-o à psicoterapia, a qual já havia lhe sugerido anteriormente. A melhora apresentada, então, foi significativa, tanto em seu relato quanto na observação

objetiva de sua postura às consultas. Voltou a trabalhar, como autônomo, e a participar das atividades sociais com seus amigos e familiares. Com o tempo, passou a dizer que se sentia “muito bem...mais ligado...estou falando muito...estou conseguindo apreender melhor as coisas...tenho mais disposição pra tudo...estou mais mal-criado...sei onde está tudo...me sinto melhor do que antes de ter a depressão”, mostrando-se mais à vontade, chegando a fazer algumas piadas e rindo mais durante as consultas. Abandonou a psicoterapia. Iniciei, então, a redução da dose da medicação, mantendo-o em uso de 75 mg de Venlafaxina XR ao dia.

Atualmente, relata perceber momentos em que “sinto a depressão me rondando”, sem, entretanto, apresentar sintomas depressivos, e considera a situação como resultado do medo de apresentá-los novamente frente a situações que vivencia no dia-a-dia. Chegou a associar alguns desses momentos à lembrança do tempo em que esteve no colégio interno, quando, ao fim da tarde, sentia-se triste. Lembrou-se, em certa ocasião, de que seus pais diziam, durante sua infância, que depressão se tratava com trabalho e percebeu que foi essa a sua tentativa inicial, antes de procurar tratamento, o qual aceita melhor no presente. Relatou momentos em que, sentindo-se triste e com medo de que a depressão voltasse, pensou em me ligar, mas resolveu esperar um pouco mais e o que sentia “passou”.

CASO II: Paciente TMADF, sexo feminino, branca, 40 anos, separada; escolaridade: segundo grau completo.

Em 1999, de forma insidiosa, os sintomas depressivos se iniciaram e, em 2000, a paciente foi encaminhada à Neurologia por sua ginecologista após ter apresentado uma “crise de choro” durante uma consulta. Apesar do tratamento então estabelecido — fez uso do antidepressivo Fluoxetina (Prozac<sup>®</sup>) na dose máxima de 40 mg ao dia associado ao ansiolítico Clonazepam (Rivotril<sup>®</sup>) na dose de 2 mg à noite —, os sintomas pioraram a partir de janeiro de 2002 e foi encaminhada à Psiquiatria após ter ingerido diversas medicações de sua irmã: “eu queria dormir...não acordar mais...morrer”. Evoluiu com complicações clínicas: hipertensão arterial associada a cardiopatia dilatada, obesidade (ganho ponderal de 30 Kg em

menos de 1 ano), artrite e piora da psoríase que já apresentava há longa data e da qual sempre teve vergonha. O quadro depressivo foi descrito como perturbação do sono (reduzido e com pesadelos), anedonia, sentimento de tristeza, pensamentos depressivos, disforia, impulsividade, explosividade, auto-agressividade e comportamento compulsivo associados a ansiedade paroxística e episódios fóbicos. Fez-se, então, o diagnóstico de Episódio Depressivo Grave sem Sintomas Psicóticos (código na CID-10: F32.2), sendo prescrita Venlafaxina (em substituição à Fluoxetina) com aumento gradual da dose até 225 mg dia e aumentada a dose do Clonazepam para 4 mg à noite.

Em nosso primeiro encontro, a paciente, chorando bastante, contou que já se sentia “triste” anteriormente, mas “achava que ia passar, que era coisa de momento”. Foi casada por 18 anos, teve uma filha e separou-se há dois anos: “mas não teve nada, não...foi tudo bem”. Seus pais, que eram separados, são falecidos. Tem sete irmãs e, atualmente, mora com uma delas, que vem se demonstrando preocupada e participativa em seu tratamento. Disse sentir-se magoada com as pessoas que lhe chamam a atenção por suas atitudes e achar que “se estou assim, as pessoas não podiam falar comigo de qualquer jeito”.

Em consultas posteriores, falou sobre a separação de seus pais, quando tinha nove anos de idade, relatando momentos em que foi vítima de preconceito (“as crianças na escola não podiam andar comigo porque as mães não deixavam”) e que sofreu, por ter sido sempre muito apegada ao pai, até que sua mãe lhe explicou que “foi melhor assim...foi um conforto o que ela disse”. Após o pai se casar novamente, a mãe “me obrigava a ir na casa dele...eu não gostava...tinha vergonha das coisas que ele fazia”. Afastou-se do pai posteriormente e, pouco antes dele falecer, após a mãe lhe dizer que “era obrigação” sua ligar para saber como ele estava, foi buscá-lo para ser internado: “um homem tão forte, estava um trapo”. Disse sentir falta da mãe, falecida há sete anos; do pai, falecido há mais tempo, não.

Contou também sobre seu ex-esposo, dizendo que “nunca fui feliz em meu casamento” e que não queria se casar com ele, mas o fez porque “minha mãe gostava dele” e

já havia sofrido muito com o casamento de suas outras irmãs. Descreveu-o como um homem irresponsável e que deixava todas as responsabilidades da casa por sua conta, inclusive financeiramente. Decidiu-se pela separação cinco anos após o falecimento da mãe: “tenho certeza de que, se ela estivesse viva, eu não teria me separado”.

Após a separação, foi demitida de seu emprego e considerou que esse foi o elemento mais significativo na determinação de seu quadro atual. Contou sobre seu crescimento na empresa, tendo sido “a única pessoa que conseguiu trabalhar com dois chefes difíceis...ninguém queria trabalhar com eles”, os quais reconheceram seu trabalho e lhe deram oportunidades de ascensão, chegando ao cargo de gerência. Com o tempo, após algumas mudanças na empresa, passou a ocupar um posto inferior e o novo gerente, que “chegou do nada” e de quem nunca gostou porque “ele me tratava como uma barata”, após ela ter defendido outro empregado frente a suas condutas, demitiu-a.

Por diversas vezes, a paciente disse que sua atual condição parece “um autoflagelo...como se eu estivesse me castigando...eu não faço nada de ruim pros outros...é comigo mesma”. Relatou momentos em que sente “um negócio por dentro que não sei explicar...sinto vontade de quebrar alguma coisa...pra não fazer isso, eu me agrido...já me mordi até sangrar”. Já houve períodos em que ingeriu alimento em excesso e “sabia que ia passar mal depois”. Chegou a dizer que, embora haja momentos em que deseja melhorar, percebe que não quer sair da atual situação e quer “até piorar”. Descreveu-se como alguém que sempre abriu mão de suas vontades para ajudar os outros “sem pensar que isso pudesse me prejudicar um dia” e como uma pessoa incapaz, embora tivesse força para realizar suas atividades (“sempre fui muito forte...agora estou nessa fraqueza...acho que agia assim pra mascarar o que eu sentia”).

A paciente evoluiu sem melhora com o uso da Venlafaxina e sem alterações desde que iniciou acompanhamento psicoterápico, onde as faltas são freqüentes. A família se mobiliza, ajudando-a e incentivando-a no tratamento, mas costumam se sentir sem esperança ao

perceberem que, mesmo após longo período de tratamento, ainda ocorrem momentos em que têm que levá-la com urgência para atendimento médico. Realizei a troca da medicação antidepressiva por Bupropiona SR (Wellbutrin®), aumentando até a dose de 300 mg dia — na tentativa de atuar também sobre a obesidade — e do ansiolítico por 6 mg à noite de Bromazepam CR (Lexotan®), com uma resposta levemente positiva.

CASO III: Paciente MFN, sexo feminino, branca, 53 anos, solteira; escolaridade: primeiro grau incompleto.

A queixa principal da paciente em sua primeira consulta comigo foi de que “eu não estava dormindo”. Contou que procurou atendimento porque “passei duas noites sem dormir...aí não comia bem...emagreci bastante...uns 2 Kg esse mês”. Limitou-se a oferecer, às minhas perguntas, respostas curtas e objetivas, negando outros sintomas e alterações em seu dia-a-dia. Posteriormente, sua cunhada relatou que ela estava “chorando muito...não estava dormindo bem...comer, ela come direitinho...começou a falar que as pessoas estavam rindo dela e que mexiam com ela na rua...na Igreja, falou que tinha um mosquito que pousou nela e começou a chorar”. A esse relato, a paciente reagiu com irritabilidade e começou a chorar: “essas coisas eu não falei, não...eu sentia que as pessoas não queriam sentar perto de mim na Igreja...quando o mosquito me pousou, pensei que era a mais pecadora, aí comecei a chorar...teve um dia em que o pessoal ficou fazendo uma brincadeira comigo...não lembro mais o que era”. Disse ainda que “tenho certeza de que meus vizinhos estão fazendo macumba...é contra mim também...vejo eles acenderem uma vela e fechar a cortina pra gente não ver...até em relação ao meu namoro estão fazendo algo”. Questionada, disse que “às vezes penso em coisas ruins, mas não é muito, não”. Foi relatado ainda “esquecimento”, devido a importante comprometimento da atenção. Apresentava-se com idéias de menos-valia, sem relato de ideação suicida, com lentificação do pensamento e da psicomotricidade. O início do quadro se deu após o falecimento da mãe, com piora nos últimos dois meses antes de consultar a Psiquiatria, quando, um mês antes de sua consulta no PTH, iniciou o uso de 50 mg



ao dia do antidepressivo Imipramina (Tofranil®) associado a 2 mg ao dia do neuroléptico Haloperidol (Haldol®) e a 50 mg ao dia do anticolinérgico Prometazina (Fenergan®). Fiz o diagnóstico de Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos (código na CID-10: F32.3), aumentei progressivamente a dose da Imipramina até 150 mg ao dia e realizei a troca das demais medicações pelo neuroléptico Sulpirida (Dogmatil®) na dose de 200 mg ao dia.

É a quarta filha de uma prole de cinco e mora com um dos irmãos, a cunhada e a sobrinha, que já moravam com ela e sua mãe antes do falecimento desta sete meses antes de sua consulta inicial. O pai faleceu há vinte anos. A mãe estava doente há longa data e estava recebendo os cuidados da paciente, que se aposentou mais cedo após um acordo com os patrões da fábrica onde trabalhava, seu único emprego: “já vinha me preparando pra morte dela”. Tem um namorado há 6 anos e “devo casar esse ano...não casei porque cuidava da minha mãe...ela era contra...não falava porquê...também não perguntei”. Sobre o namoro, disse que “ele me respeita muito...os vizinhos é que ficam falando que ele passou a freqüentar minha casa, depois que minha mãe morreu, comigo lá sozinha...eu percebo isso neles”.

A evolução tem sido favorável com a conduta citada, havendo melhora do humor e dos pensamentos delirantes. Em certa ocasião, disse que, além de ter poucos amigos e quase não sair de casa, “sempre fui depressiva...muito quieta”, sentia-se triste e costumava chorar às vezes, mas tudo piorou após o falecimento da mãe. Atualmente, com o tratamento, tem se sentido melhor do que antes dessa perda. Desde as primeiras consultas, vem questionando se ainda precisa de tratamento e dizendo não achar necessário comparecer aos retornos.

CASO IV: Paciente RCF, sexo feminino, branca, 47 anos, casada; escolaridade: primeiro grau completo.

Em sua primeira consulta, a queixa principal da paciente foi de que “desde 2000 estou em tratamento...agora estou precisando de remédios...me mudei pra Juiz de Fora”. Relatou que, desde muito jovem, sempre sentiu “a presença de algo próximo” a ela, referindo-se a

taquicardia, sudorese e tremores nesses momentos em que sentia um “medo” muito forte, motivo de súbitos despertares noturnos. Há três anos, passou a viver “um pesadelo acordada...comecei a ouvir coisas...me falavam coisas horríveis...que eu ia morrer enforcada”; inicialmente, pensava que eram as pessoas que estavam próximas e acabou se envolvendo em brigas por isso, mas, com o tempo, foi percebendo que não eram elas que falavam. Passou a ver as pessoas na rua “se deformarem...é muito ruim”, evitando sair de casa devido ao medo de vê-las; se precisa sair, procura não olhar para ninguém. Por várias vezes, precisou ir com o esposo para um hotel devido às vozes (“lá elas diminuía”) ou sair andando sozinha, sem rumo, devido ao medo de ficar em casa. Posteriormente, sua irmã acrescentou apenas que observou o início das alterações em seu comportamento há seis anos, com piora nos últimos dois a três anos. A paciente se apresentou com fácies apática, usando blusa longa apesar do calor daquele dia, com motricidade e fala lentificados, prejuízo da memória e da atenção, pensamentos depressivos e ideação suicida, de ruína e de menos-valia associados a fobias e alucinações de vozes depreciativas. Estava, então, em uso de dois neurolépticos, Sulpirida e Risperidona (Risperdal<sup>®</sup>), e um antidepressivo, a Fluoxetina. Fiz o diagnóstico de Transtorno Depressivo Recorrente, Episódio Atual Grave com Sintomas Psicóticos (código na CID-10: F33.3), retirei a Risperidona e a Fluoxetina e prescrevi Imipramina, com aumento gradual da dose até 150 mg ao dia, mantendo a Sulpirida na dose de 200 mg ao dia.

É a terceira filha de uma prole de nove. Seu pai faleceu há 25 anos e sua mãe, idosa, apresenta quadro demencial e foi cuidada pela paciente durante quatro anos: “isso também foi muito ruim pra mim”. Começou a trabalhar aos 10 anos de idade como doméstica e morava na casa dos patrões, visitando a família uma vez por mês; disse que sempre foi “uma criança muito chorona e triste”. Manteve-se na mesma função durante sua adolescência e não se recorda de ter atividades de lazer nem amizades, mas se lembra de que chorava muito nessa fase, “tinha muita tristeza”. Aos 25 anos de idade, mudou-se para o Rio de Janeiro e sentiu-se melhor, permanecendo bem até os 35 anos: “acho que se não tivesse melhorado eu teria

procurado tratamento antes”. Começou a namorar aos 26 anos de idade e, aos 30 anos, passou a residir com um companheiro com quem permaneceu por dois anos. Aos 40 anos de idade conheceu seu atual esposo: “durante os dois primeiros anos a gente vivia muito bem...vivia agarrado um no outro...depois que fiquei doente, nem dormia mais com ele...não sinto falta dele...não sei se ele ainda me quer desse jeito que estou”. Passou a residir com a irmã porque o esposo, que continuou em sua cidade de origem, não podia ficar em sua companhia devido ao trabalho: “ficava muito sozinha e tenho medo”.

Após relatar melhora relativa dos sintomas em seu primeiro retorno, a paciente cancelou a consulta seguinte sem remarcar nova data. Retornou dois meses depois com importante piora do quadro depressivo: “eu achei que estava bem, mas aí tudo voltou...e pior”. Além do humor depressivo, relatou intensa redução do sono, anorexia, idéias suicidas, de menos-valia e persecutórias (“fico pensando que meus vizinhos vão me fazer mal...porque eu já briguei com eles”) e alucinações auditivas (“agora ficam mandando eu me matar”).

Durante o período de afastamento, apresentou sintomas de euforia leve, descrevendo um quadro de hipomania, o que a fez abandonar o tratamento e retornar à sua cidade. Fiz-lhe perguntas diretas e suas respostas sugeriram que tais estados de humor hiperfórico já haviam ocorrido anteriormente, sentido-se mais disposta e com “vontade de conversar”. Nesses períodos, mudava-se de endereço e se sentia melhor por algum tempo; mas, depois, “tudo voltava”. Sua irmã, que sempre a acompanha, esclareceu que a paciente já interrompeu o tratamento por diversas vezes, sempre em momentos em que surgiam sinais de melhora, a qual sempre foi progressiva, exceto a última: “de um dia pro outro ela melhorou e decidiu voltar pra casa...se mudou mais uma vez, como sempre fez”. A família também considerou “estranho” o fato dela sair “andando pela cidade dela...ela morre de medo de todo mundo lá”. Observaram também que a paciente estava “mais animada...a gente chegava na casa dela e ela estava limpando, arrumando as coisas”. Tais períodos sempre foram muito curtos (durando, em média, uma semana) e seguidos por novo quadro depressivo grave, quando ela “ficava

ameaçando que ia se suicidar”. A paciente diz que, embora se sentisse mais animada, não se sentia alegre, continuando a ouvir as vozes que lhe depreciavam. A irmã acrescentou que, no início do transtorno, a paciente dizia ouvir carros de som na rua falando dela e “cismou que estavam procurando por ela na Internet...não dava sossego ao meu irmão...falava nisso dia e noite”. Revi, então, o diagnóstico para Transtorno Afetivo Bipolar, Episódio Atual Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos (código na CID-10: F31.5) e acrescentei o estabilizador do humor Ácido valpróico (Depakene<sup>®</sup>) na dose de 1.000 mg ao dia e, como manteve o humor depressivo, aumentei a dose de Imipramina para 200 mg ao dia.

### — CLASSIFICAÇÃO PSIQUIÁTRICA —

São considerados Transtornos do Humor (Afetivos) aqueles em que a principal perturbação ocorre como uma alteração do humor, que se apresenta geralmente acompanhada por comprometimento da atividade global do indivíduo. No primeiro parágrafo da introdução ao capítulo referente aos Transtornos do Humor da CID-10, podemos encontrar a seguinte consideração:

*A relação entre etiologia, sintomas, processos bioquímicos subjacentes, respostas ao tratamento e evolução dos Transtornos do Humor (afetivos) ainda não é suficientemente bem compreendida para permitir sua classificação de forma a receber aprovação universal. Entretanto, uma classificação deve ser tentada e esta aqui apresentada é colocada na esperança de que será pelo menos aceitável, uma vez que é o resultado de ampla consulta.<sup>1</sup>*

Tendo em vista essa limitação inicial do atual instrumento classificatório utilizado pela Psiquiatria, são apresentados a seguir os critérios diagnósticos referentes aos quatro casos clínicos apresentados acima: Transtorno Afetivo Bipolar, Episódio Atual Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos (caso IV); Episódio Depressivo Grave sem Sintomas Psicóticos (casos I e II); e Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos (caso III).

---

<sup>1</sup> OMS, 1993, p. 110.

### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR<sup>2</sup>

Este transtorno é caracterizado por episódios repetidos, onde o humor e os níveis de atividade do sujeito estão significativamente perturbados. Esta alteração consiste, em algumas ocasiões, de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e, em outras, de um rebaixamento do humor e redução da energia e da atividade (depressão). A recuperação entre os episódios é usualmente completa.

Os episódios maníacos usualmente começam abruptamente e duram entre duas semanas e quatro a cinco meses. As depressões tendem a durar mais tempo; raramente por mais de um ano. Ambos os tipos freqüentemente se seguem a eventos da vida estressantes ou outros traumas mentais, mas a presença de tal estresse não é essencial para o diagnóstico. A freqüência de episódios e o padrão de remissões e recaídas são muito variáveis; as remissões tendem a se tornar mais breves com o passar do tempo e as depressões cada vez mais freqüentes e mais duradouras depois da meia-idade.

Embora o conceito original de “psicose maníaco-depressiva” também incluía pacientes que sofriam apenas de depressão, tal termo é agora usado principalmente como sinônimo para transtorno bipolar.

**F31.5:** Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos.

*Diretrizes diagnósticas:*

Para um diagnóstico definitivo:

- (1) o episódio atual deve preencher os critérios para um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3) e
- (2) deve ter havido pelo menos um outro episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto no passado.

Se necessário, delírios ou alucinações devem ser especificados como congruentes ou incongruentes com o humor.

<sup>2</sup> OMS, 1993, pp. 113, 114 e 116.

### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO<sup>3</sup>

Nos episódios depressivos típicos de cada um dos três graus de depressão (leve, moderado ou grave), o paciente usualmente apresenta um humor deprimido, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar prazer, perda de interesse e diminuição da capacidade de concentração associadas, em geral, a fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se com frequência perturbações do sono e diminuição do apetite. Quase sempre há uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente estão presentes idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves.

O humor rebaixado varia pouco de dia para dia e, freqüentemente, não é responsivo às circunstâncias, mas pode ainda mostrar uma variação característica ao longo do dia. Em alguns casos, a ansiedade, a angústia e a agitação motora podem ser mais proeminentes em certos momentos do que a depressão. A mudança do humor pode ser mascarada também por aspectos adicionais, como irritabilidade, consumo excessivo de álcool, comportamento histriônico, exacerbação de sintomas fóbicos ou obsessivos preexistentes ou preocupações hipocondríacas.

Podem ainda estar presentes os chamados sintomas “somáticos” (exemplos típicos: perda de interesse ou prazer; falta de reatividade emocional; despertar matinal precoce; piora da depressão pela manhã; evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora; perda de apetite; perda de peso; perda da libido).

O número, o tipo e a gravidade dos sintomas permitem a diferenciação entre episódios depressivos leve, moderado e grave. Para o diagnóstico de qualquer um dos três graus de gravidade de episódios depressivos, uma duração mínima de duas semanas é usualmente requerida, entretanto, períodos mais curtos podem ser razoáveis se os sintomas são inusualmente graves e de início rápido.

<sup>3</sup> OMS, 1993, pp. 117 a 122.

**F32.2:** Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos.

O paciente apresenta, em geral, angústia ou agitação considerável, a menos que retardo psicomotor seja um aspecto marcante. Perda de auto-estima ou sentimentos de inutilidade ou culpa, provavelmente, são proeminentes e o suicídio é um perigo marcante. A síndrome somática estará quase sempre presente.

*Diretrizes diagnósticas:*

Humor deprimido, perda de interesse e de prazer (anedonia) e energia reduzida devem estar presentes juntamente com pelo menos outros quatro sintomas. O paciente pode não cooperar ou ser incapaz de descrever detalhadamente muitos sintomas. A duração do episódio deve ser de pelo menos duas semanas, justificando-se o diagnóstico em um período mais curto se os sintomas forem particularmente graves e de início muito rápido.

É muito improvável que o paciente seja capaz de continuar suas atividades sociais, laborativas ou domésticas, exceto em uma extensão muito limitada.

**F32.3:** Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos.

*Diretrizes diagnósticas:*

Satisfaz os critérios para F32.2 e apresenta delírios, alucinações ou estupor depressivo. Os delírios usualmente envolvem idéias de pecado, pobreza ou desastres iminentes, pelos quais o paciente pode assumir a responsabilidade. Alucinações auditivas ou olfativas são geralmente de vozes difamatórias ou acusativas ou cheiro de sujeira apodrecida ou carne em decomposição. Retardo psicomotor grave pode evoluir para estupor. Os delírios e alucinações poderão ser humor-congruentes ou humor-incongruentes.

Sendo a CID-10 o instrumento diagnóstico utilizado pelos psiquiatras brasileiros, não serão descritos os critérios presentes no DSM-IV. Neste, vale ressaltar, entretanto, os quadros seriam categorizados como Transtorno Bipolar II (caso IV) — episódios depressivos maiores alternando com episódios de hipomania — e Transtorno Depressivo Maior (casos I, II e III).

É evidente que estas classificações não fazem uma divisão entre neurose e psicose, o que é esclarecido já nos itens introdutórios da CID-10. Ainda que os termos neurótico e psicótico possam ser encontrados referindo-se a determinados transtornos mentais, não existe uma intenção além da descritiva ao empregá-los, ficando claro que, no caso de “*psicótico [...] seu uso não envolve pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos, porém simplesmente indica a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de várias anormalidades de comportamento*”.<sup>4</sup>

### — HIPÓTESES ETIOLÓGICAS —

Ainda que não haja um marcador biológico definitivo para os Transtornos do Humor, observa-se um aumento progressivo de sua prevalência através dos estudos epidemiológicos, que contam com entrevistas estruturadas cada vez mais sensíveis. Em vista disso, são realizados investimentos significativos em estudos que visam identificar uma causa orgânica para esses transtornos mentais e naqueles que procuram por desenvolvimentos terapêuticos, principalmente psicofarmacológicos. Assim, pode-se encontrar diversos trabalhos nas áreas de psiconeuroimunologia, neuroimagem, genética e biologia celular que levantam hipóteses sobre a etiopatogenia e a fisiopatologia dos Transtornos do Humor.

Mesmo frente a tais desenvolvimentos, algumas ressalvas precisam ser feitas ao se apresentar seus resultados. Embora, por exemplo, seja significativa a participação da genética, ainda que o modo de transmissão não tenha sido definido, o fato da taxa de concordância entre gêmeos monozigóticos não atingir 100% indica que este componente não é o único na determinação desse grupo de transtornos mentais — chamando a atenção para a influência de fatores ambientais e da vulnerabilidade individual. Além disso, não há uma precisão neuropatológica ou uma definição clara sobre os mecanismos cerebrais responsáveis pelos Transtornos do Humor.

---

<sup>4</sup> OMS, 1993, p. 3.



Não se pode negar, entretanto, que os resultados dos mais diversos estudos têm oferecido um grande progresso na assistência da Psiquiatria Clínica atual. Em vista de suas implicações na indicação da terapêutica desses transtornos, com as quais, inevitavelmente, o psicanalista terá que se deparar em determinados momentos — ou por receber um paciente já em uso de algum medicamento ou pela necessidade de iniciar um tratamento farmacológico em outro —, torna-se necessário citar algumas dessas evidências aqui.

Na década de sessenta, a avaliação dos efeitos e mecanismos de ação de determinados fármacos sobre o sistema nervoso central (SNC) tornou possível o surgimento das primeiras hipóteses etiológicas relacionadas aos Transtornos do Humor. Dentre os modelos bioquímicos estudados, é possível destacar a participação de três sistemas neurotransmissores cerebrais: o noradrenérgico, “*associado à sensitização comportamental do estresse*”; o serotoninérgico, cuja “*atividade parece estar associada com a inibição de comportamentos agressivos, a regulação de ritmos circadianos e a facilitação de comportamentos motores apetitivos (fome e sexo)*”; e o dopaminérgico, pela atividade de duas de suas quatro vias, uma “*regulando expressões emocionais, aprendizado e capacidade hedônica*” e a outra “*auxiliando na regulação da motivação, da concentração e da iniciação de tarefas cognitivas executivas complexas*”.<sup>5</sup>

De grande importância são também os sistemas neuroendócrinos, com especial atenção para os eixos hipotálamo-hipófise-adrenocórtex e hipotálamo-hipófise-tireóide. O primeiro eixo representa a principal via neuroendócrina associada à resposta ao estresse. A alteração funcional do segundo se mostra frequentemente associada à baixa resposta terapêutica antidepressiva ou estabilizadora do humor, uma vez que seus hormônios têm estreita relação com os sistemas dopaminérgico e noradrenérgico.

Os estudos atuais citam ainda a participação dos seguintes modelos bioquímicos: o sistema do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA) e o sistema colinérgico, que

---

<sup>5</sup> MORENO, 2002, pp. 207, 208 e 210.

interagem com os três sistemas já mencionados; os sistemas excitatórios (glutamato e glicina) e os sistemas de transdução transmembranal de sinais celulares. Também são relatados achados referentes a alterações do sistema imune — principalmente quanto ao aumento de fatores ativadores imunológicos que estaria relacionado a estados depressivos — e dos ritmos biológicos — destacando-se a importância do núcleo supraquiasmático localizado no hipotálamo (“*considerado um dos dois marcapassos circadianos*”, controlado principalmente pelas vias aferentes visuais, excitatórias, e serotoninérgicas, inibitórias) que influencia, entre outras funções, o ritmo do sono (considerado não só como sintoma, mas como parte da patogênese dos Transtornos do Humor) e a secreção de melatonina (influenciada pela estimulação luminosa; um hormônio considerado como “*o principal mediador químico das alterações sazonais*”).<sup>6</sup>

A essa multifatoriedade, com o envolvimento de diferentes sistemas neuronais, pode-se associar a extensão e a complexidade das manifestações dos Transtornos do Humor, a diversidade de manifestações comportamentais observadas em estudos que utilizam modelos animais e a existência de algumas contradições entre os dados apresentados por alguns trabalhos e mesmo entre as hipóteses etiológicas. Ainda assim, e embora as evidências relativas às alterações bioquímicas e dos ritmos biológicos não sejam suficientes para estabelecer a fisiopatologia desses transtornos, temos a possibilidade de “*vislumbrar as grandes vias associativas entre as funções intracelulares e intercelulares na forma de sistemas de neurotransmissão e dos sistemas neuroendócrinos*”.<sup>7</sup>

Nos últimos anos, têm sido desenvolvidos alguns estudos baseados em achados de neuroimagem estrutural, funcional e química. Os trabalhos realizados com Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM) têm sugerido uma associação entre algumas alterações estruturais e a presença de Transtornos do Humor, não havendo,

---

<sup>6</sup> MORENO, 2002, p. 204.

<sup>7</sup> MORENO, 2002, p. 216 e 217.

entretanto, uma homogeneidade ou uma especificidade em tais achados. Dentre as alterações estruturais generalizadas, o aumento no volume dos ventrículos laterais e do terceiro ventrículo cerebral é mais freqüente entre pacientes com Transtorno Bipolar do que entre aqueles do grupo controle. Além disso, algumas alterações localizadas em determinadas regiões parecem ter uma maior relação com o Transtorno Bipolar (como a presença de sinais hiperintensos na substância branca em imagens de RM, a redução de áreas do córtex pré-frontal, o aumento bilateral da amígdala, o aumento volumétrico dos gânglios da base e a atrofia cerebelar) e com a Depressão (como a redução do hipocampo). Não existe, entretanto, uma clareza quanto ao valor desses achados na fisiopatologia de tais transtornos mentais.

Através dos exames de neuroimagem química — a Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET), a Tomografia Computadorizada de Fóton Único (SPECT) e a Espectroscopia por Ressonância Magnética (ERM) — tornou-se possível realizar avaliações sobre transmissão neural, metabolismo e farmacologia, avaliando o funcionamento da neuroquímica do SNC. O surgimento da neuroimagem funcional, que realiza a avaliação das alterações do consumo de glicose e do fluxo sanguíneo regional — através de PET, SPECT ou RM Funcional (RMf) — e dos componentes elétrico e magnético da atividade neuronal — por meio de eletroencefalograma (EEG) ou magnetoencefalografia (MEG) —, *“revolucionou a investigação de fenômenos complexos como memória, emoção ou consciência, ao permitir a observação direta e não-invasiva das respostas fisiológicas cerebrais durante determinadas atividades mentais”*.<sup>8</sup>

Grande parte dos trabalhos já divulgados sugere que há uma correlação do Transtorno Bipolar com algumas anormalidades estruturais e funcionais em algumas regiões específicas do cérebro. Porém, *“não se pode descartar, em muitos casos, que os achados sejam apenas epifenômenos do estado afetivo e que não representem a fisiopatologia central do Transtorno Bipolar”*, não havendo um padrão de anormalidade que seja típico desse transtorno mental e

---

<sup>8</sup> MORENO, 2002, p. 234.

que possa diferenciá-lo dos achados referentes ao grupo controle, evidenciando a importância de uma avaliação crítica sobre tais estudos.<sup>9</sup> O mesmo pode ser considerado ao se estudar a Depressão, ainda que a complexidade das hipóteses biológicas para esse transtorno seja maior que a daquelas apresentadas para o Transtorno Bipolar.

### — CONCEITOS PSICANALÍTICOS —

A partir de agora se faz necessário introduzir alguns dos principais termos relacionados ao tema da depressão em Psicanálise, resumindo a teoria a eles relacionada. Essa introdução, entretanto, não tem a intenção de esgotar todos os conceitos que surgirão ao longo deste trabalho.

NARCISISMO: No desenvolvimento sexual normal, é a fase entre o auto-erotismo (comportamento sexual infantil onde a satisfação de pulsões parciais se dá no próprio corpo do indivíduo, ainda não unificado, sem recorrer a um objeto externo) e o amor objetal (*“relação da pessoa total, ou da instância do ego, com um objeto visado também como totalidade”*).<sup>10</sup> O estágio desse narcisismo primário coincide com a formação do ego, cuja imagem se faz segundo o modelo de um outro, um objeto externo, não sendo, pois, *“um estado do qual estaria ausente toda e qualquer relação intersubjetiva, mas a interiorização de uma relação”*.<sup>11</sup> Num segundo momento, a dinâmica entre a libido do objeto e a libido do ego funciona, para manter o equilíbrio da libido total, de forma que o aumento no investimento de uma reflete a diminuição da outra; com isso, surge a noção de um narcisismo secundário relacionado ao retorno da libido ao ego quando desinvestida do objeto.

IDEAL DO EGO: Substituto do narcisismo primário — período em que o ego real representava seu próprio ideal e que fora abandonado em virtude das críticas exercidas pelos pais sobre a criança, ao final do período edipiano —, o ideal do ego representa, no adulto, a

---

<sup>9</sup> MORENO, 2002, p. 237.

<sup>10</sup> LAPLANCHE, 2001, p. 321.

<sup>11</sup> LAPLANCHE, 2002, p. 288.

tentativa de recuperar aquele estado perdido de perfeição infantil através da criação de um ego ideal. Junto a essa instância, Freud descreveu outra, a que, posteriormente, chamou de SUPEREGO; este, formado a partir das identificações com as figuras parentais e seus substitutos sociais, responsabiliza-se pela censura e pela auto-observação, sendo capaz de realizar, dessa forma, “*a tarefa de assegurar a satisfação narcísica proveniente do ideal do ego, e que, com essa finalidade em vista, [observa] constantemente o ego real, medindo-o por aquele ideal*”.<sup>12</sup> Embora Freud não deixe isso claro em sua obra, pode-se considerar o ideal do ego como uma subestrutura do superego, responsável por sua função de formação de ideais — suas outras duas funções seriam a auto-observação e a consciência moral — e, assim, o superego estaria comparando o ego atual (real) ao ego ideal através do ideal do ego.

IDENTIFICAÇÃO: Considerada “*mais do que um mecanismo psicológico entre outros, a operação pela qual o sujeito humano se constitui*”, a identificação atua no processo pelo qual o complexo de Édipo contribui para a estruturação do sujeito e na diferenciação das instâncias psíquicas a partir do id.<sup>13</sup> Designa o meio pelo qual o sujeito assimila ou se apropria de um objeto ou parte dele e se transforma, segundo este modelo, de forma total ou parcial: “*a identificação esforça-se por moldar o próprio ego de uma pessoa segundo o aspecto daquele que foi tomado como modelo*”.<sup>14</sup> Tem como protótipos os processos de introjeção e incorporação — esta, um modo de relação objetal típico, porém não exclusivo, da fase oral, através do qual o sujeito, fantasisticamente, faz com que um objeto penetre em seu corpo com a finalidade de obter prazer, destruir o objeto e assimilar suas qualidades. A identificação ocorre primariamente durante a fase oral do desenvolvimento psicosssexual como “*a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa*” e se caracteriza, desde o início, pela relação ambivalente com o objeto — essa ambivalência se expressa pela presença

---

<sup>12</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 102.

<sup>13</sup> LAPLANCHE, 2002, p. 227.

<sup>14</sup> FREUD, 1996, vol. XVIII, p.116.

simultânea de ações ou sentimentos opostos dirigidos a um mesmo objeto, em geral o amor e o ódio.<sup>15</sup>

FASE ORAL: Também chamada canibalesca, esta é a primeira fase do desenvolvimento libidinal e representa o momento em que a satisfação sexual está ligada à excitação da mucosa oral pela alimentação. “*A fonte é a zona oral; o objeto está estreitamente relacionado com o da alimentação; a meta é a incorporação [...esta sendo] um modo de relação*”.<sup>16</sup> Karl Abraham descreveu duas subfases dentro do estágio oral: a primeira fase de sucção, pré-ambivalente, seria seguida por uma fase sádico-oral, de mordedura. Esta segunda fase caracteriza, assim, o surgimento da relação ambivalente com o objeto, em que a libido e as pulsões agressivas lhe são dirigidas simultaneamente, a incorporação visa a sua destruição e, conjuntamente, surge a fantasia do sujeito ser devorado pela mãe.

INTROJEÇÃO: Em estreita ligação com a incorporação, o termo introjeção amplia aquele conceito, implicando num processo que se efetua além da esfera corporal e que ocorre dentro do psiquismo, envolvendo as instâncias psíquicas. “*Na medida em que a introjeção permanece marcada pelo seu protótipo corporal, traduz-se em fantasias, que incidem sobre os objetos, sejam estes parciais ou totais*”.<sup>17</sup> É através desse mecanismo que o sujeito introjeta em si mesmo aquilo que vê no objeto externo como fonte de prazer — sendo, pois, o contrário da projeção, pela qual projeta no exterior aquilo que lhe causa desprazer. Este processo está também estreitamente relacionado ao de identificação.

ESCOLHA OBJETAL: Refere-se ao “*ato de eleger uma pessoa ou um tipo de pessoa como objeto de amor*” e pode ser realizado pelo sujeito segundo duas modalidades identificadas por Freud em seu estudo sobre o narcisismo: o tipo de escolha anaclítico (ou por apoio) e o tipo de escolha narcísico.<sup>18</sup> Através do primeiro, o anaclítico, baseado nas primeiras satisfações auto-eróticas das pulsões sexuais e relacionado às questões edípicas do sujeito,

<sup>15</sup> FREUD, 1996, vol. XVIII, p. 115.

<sup>16</sup> LAPLANCHE, 2002, p. 185.

<sup>17</sup> LAPLANCHE, 2002, p. 249.

<sup>18</sup> LAPLANCHE, 2002, p. 154.

este procura para amar: 1- a mulher que o alimenta; 2- o homem que o protege — ou seus substitutos. No segundo tipo, o narcisista, o objeto de amor poderá ser: 1- a própria pessoa (o ego); 2- o que ela foi um dia (o narcisismo primário perdido da infância); 3- o que ela gostaria de ser (o ideal do ego); 4- alguém que foi uma vez parte dela (referindo-se à vivência de simbiose “mãe-filho”) — ou seus substitutos.

REGRESSÃO: Diz respeito a um retorno a partir de um ponto de um trajeto ou de um desenvolvimento até outro situado antes dele. O termo pode ser concebido sob três aspectos: tópico, referindo-se ao percurso entre os sistemas psíquicos (consciente, pré-consciente e inconsciente); formal, designando “*a passagem a modos de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista da complexidade, da estruturação e da diferenciação*”; e temporal, reportando-se às relações objetais e às fases do desenvolvimento da libido e do ego.<sup>19</sup> Este conceito encontra-se vinculado ao de fixação, processo este que abre o caminho para que a regressão possa se efetuar a posições às quais a libido manteve-se fortemente ligada durante a progressão de suas fases de desenvolvimento e que desempenha, assim, um papel etiológico dominante nos diferentes transtornos psíquicos — a libido poderá fixar-se a pessoas ou imagos, repetir certos modos de satisfação e manter sua organização de acordo com as características de uma das fases pelas quais passou em sua evolução.

### — LUTO E MELANCOLIA —

Freud apresentou uma visão inicial sobre o mecanismo da melancolia no *Rascunho G*, encaminhado a Wilhelm Fliess numa carta de 1894, onde descreveu algumas das idéias que posteriormente desenvolveria e outras, elaboradas sob bases biológicas, que seriam abandonadas ou reformuladas.

Voltou ao assunto em 1897, em correspondência com o mesmo amigo, escrevendo, no *Rascunho N*, sobre os impulsos hostis dirigidos aos pais, os quais se manifestariam

---

<sup>19</sup> LAPLANCHE, 2002, p. 442.

conscientemente como idéias obsessivas e seriam recalçados nos períodos que despertam a compaixão por aquelas figuras, por doença ou morte. O luto, vivido pelo sujeito nesses momentos, poderia, então, manifestar-se sob a forma de auto-recriminação na melancolia ou de auto-punição na histeria. Ainda neste texto, associou o surgimento da angústia ao recalçamento de fantasias no inconsciente e o da depressão ao recalçamento dos impulsos, relacionando a melancolia à neurose obsessiva, e descreveu a formação de sintomas como um compromisso entre a gratificação pulsional e a punição por esta conquista.

Entre 1914 e 1917, Freud desenvolveu as idéias que constituíram seu trabalho intitulado *Luto e Melancolia*, publicado após sua introdução ao conceito de narcisismo. Naquele artigo, expôs com maiores detalhes a ligação já sugerida anteriormente entre a melancolia e o afeto do luto.

Iniciou a descrição de sua comparação observando que a melancolia surge em algumas pessoas em condições semelhantes àquelas que levariam outras apenas à passagem pelo luto normal — *“reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido”* —, suspeitando que as primeiras possuiriam uma *“disposição patológica”*. Destacou, então, a diferença que se faz entre os dois estados através do comprometimento da auto-estima que, diminuída na melancolia, expressa-se por meio de *“auto-recriminações e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição”* e demonstrou que *“no luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego”*.<sup>20</sup>

Após a perda de um objeto, descreveu Freud, a libido nele investida precisa ser retirada gradualmente através do luto. Este processo é doloroso e enfrenta forte oposição, sendo tudo o que está vinculado àquele objeto inicialmente hipercatexizado antes de se efetuar o desligamento da libido que deixará o ego livre novamente. *“Esta oposição pode ser tão intensa, que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de*

---

<sup>20</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, pp. 249, 250 e 251.



*uma psicose carregada de desejo*\*. Normalmente, prevalece o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato”.<sup>21</sup>

Freud chamou a atenção também para o fato de que, na melancolia, embora em alguns casos possa ser identificada uma perda do objeto ou de um ideal a ele relacionado, não é possível determinar o que precisamente foi perdido, tampouco o paciente o sabe conscientemente. Assim, contrariamente ao luto, a melancolia se relaciona a uma perda objetual que foi afastada da consciência e *“a inibição do melancólico nos parece enigmática porque não podemos ver o que é que o está absorvendo tão completamente”*.<sup>22</sup>

Observou ainda o fato de que, na melancolia, o sujeito não sente vergonha, mas, ao contrário, comunica suas auto-recriminações, encontrando satisfação ao desmascarar-se. Destacou que o paciente *“perdeu seu amor próprio e deve ter tido boas razões para tanto”*, apontando que nesse estado patológico ocorre uma perda que diz respeito ao ego e não apenas a um objeto como ocorre no luto e evidenciando que, *“no quadro clínico da melancolia, a insatisfação com o ego constitui, por motivos de ordem moral, a característica mais marcante”*. O ego é tomado como um objeto pelo superego, que passa a julgá-lo de forma crítica.<sup>23</sup>

Explicou, então, aquele fato pela observação cuidadosa de que *“as auto-recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente”*. Isso não exclui a presença simultânea de algumas auto-recriminações autênticas ajudando a disfarçar as demais e dificultando o reconhecimento do que realmente acontece. Além disso, em geral, os pacientes conseguem se vingar de forma indireta do objeto

---

<sup>21</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 250.

\* A psicose alucinatória carregada de desejo ocorre por meio de uma intensa regressão dos pensamentos a traços mnêmicos inconscientes ligados ao objeto, levando-os à consciência que é, então, catexizada a partir de uma percepção interna, sendo capaz de abolir o teste da realidade a fim de proporcionar a satisfação de desejos do sujeito que foram reprimidos.

<sup>22</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 251.

<sup>23</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 253.

original através de sua doença, “à qual recorrem a fim de evitar a necessidade de expressar abertamente sua hostilidade para com ele”.<sup>24</sup>

Freud apresentou, então, os mecanismos envolvidos no desenvolvimento da melancolia. Inicialmente, ocorreria uma escolha objetual de base narcísica, caracterizada por uma forte fixação ao objeto e, ao mesmo tempo, por uma catexia pouco resistente. Ao ocorrer a perda desse objeto, tal catexia e, conseqüentemente, a relação objetuais seriam arruinadas. A libido que, assim, torna-se livre não seria utilizada para reinvestir em novos objetos, mas retornaria ao ego, regredindo de um tipo de escolha objetual ao narcisismo da fase oral do desenvolvimento libidinal, e seria, então, utilizada na identificação do ego com o objeto perdido. Dessa forma, “a sombra do objeto caiu sobre o ego” e o conflito entre ego e objeto transformou-se no conflito entre superego e o ego modificado, que passa, então, a sofrer com a ambivalência e o sadismo característicos da etapa à qual a libido regrediu.<sup>25</sup>

Freud considerou que essa ambivalência na relação do ego com o objeto poderia fazer parte de todas as relações de amor do sujeito (ambivalência constitucional) ou originar-se “precisamente daquelas experiências que envolveram a ameaça da perda do objeto” — o que explicaria o grande número de causas que podem levar ao surgimento da melancolia além da perda real de um objeto, a principal determinante do luto. O papel dessa relação ambivalente foi descrito pela atividade inconsciente do ódio e do amor em relação à libido investida nas representações psíquicas do objeto: “um procura separar a libido do objeto, o outro, defender essa posição da libido contra o assédio”.<sup>26</sup> Enquanto no luto nada impede que esses processos possam tornar-se conscientes, na melancolia esta luta travada pela ambivalência é mantida fora da consciência, reprimida, até que a doença se manifeste. Com a libido retornando ao ego após abandonar o objeto, o processo torna-se consciente no

---

<sup>24</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, pp. 254 e 257.

<sup>25</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 255.

<sup>26</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 261.

melancólico como um conflito entre o ego e o superego — “no trabalho da melancolia, portanto, a consciência está cônica de uma parte que não é essencial”.<sup>27</sup>

Em um de seus *Breves Escritos* de 1910, Freud já havia considerado que o suicídio “pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desiludida, ou se o ego pode renunciar à sua autopreservação, por seus próprios motivos egoístas”.<sup>28</sup> Posteriormente, foi com base no mecanismo da identificação e na presença do sadismo que esclareceu a tendência ao suicídio presente nos quadros melancólicos e considerou que o “o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, puder tratar a si mesmo como um objeto [...evidenciando, dessa forma, que este] se revelou mais poderoso do que o próprio ego”.<sup>29</sup>

Ao final de seu artigo, Freud passou a descrever os mecanismos envolvidos no desenvolvimento de quadros maníacos, que tão freqüentemente se associam à melancolia e que, segundo sua observação, também respondem ao método psicanalítico. De início, destacou que “o conteúdo da mania em nada difere do da melancolia, que ambas as desordens lutam com o mesmo complexo, mas que provavelmente, na melancolia, o ego sucumbe ao complexo, ao passo que, na mania, domina-o ou o põe de lado”.<sup>30</sup>

Ao considerar a economia do aparelho psíquico, comparou a mania aos estados de alegria, exaltação e triunfo, observando que neles, resultando de alguma influência, o alto gasto energético que até então era realizado torna-se desnecessário e a energia psíquica passa a estar disponível para novos investimentos ou descarga. Contrastando com as características do depressivo e do melancólico, observou que os sujeitos nessas situações apresentam uma expansão do afeto e uma melhora do ânimo e da disposição. Considerando a mania um estado de triunfo, Freud destacou que nela “aquilo que o ego dominou e aquilo sobre o qual está triunfando permanecem ocultos dele”.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 262.

<sup>28</sup> FREUD, 1996, vol. XI, p. 244.

<sup>29</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 257.

<sup>30</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 259.

<sup>31</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 259.

Descreveu o mecanismo da mania como resultado da superação pelo ego da perda objetual, de seu luto ou do objeto em si, liberando, com isso, toda a cota de energia psíquica utilizada como anticatexia durante o sofrido trabalho da melancolia e que enfraquecia aquela instância. A procura do sujeito por novos objetos nos quais possa investir sua libido caracteriza essa liberação do antigo objeto nos quadros maníacos.

Freud justificou a não ocorrência de uma fase com essas características após o luto normal pelo fato de que, nele, o ego, em vista da real ausência do objeto e confrontando-se com a possibilidade de ter um destino semelhante, opta por romper sua ligação com o objeto perdido em favor de suas satisfações narcisistas por estar vivo. A energia que vinha sendo utilizada por este processo de evolução gradual também vai se dissipando lentamente. Assim, reforçou o fato de que a retirada da libido das inúmeras representações psíquicas inconscientes do objeto não se faz em um momento único, seja no luto ou na melancolia. Nesta, entretanto, a libido vai sendo, progressivamente, desinvestida do objeto e entrando em conexão com o ego modificado pela identificação. Tal como durante o trabalho do luto o ego é levado a abandonar o objeto que lhe é declarado morto, também durante a melancolia *“cada luta isolada da ambivalência distende a fixação da libido ao objeto, depreciando-o, denegrindo-o e mesmo, por assim dizer, matando-o”*.<sup>32</sup>

Considerou, então, que o processo da melancolia poderia chegar a um fim no inconsciente após o ódio dirigido ao objeto dissipar-se ou após este ser desvalorizado e, conseqüentemente, abandonado. Não definiu, entre estes dois, o caminho mais provável nem a evolução em cada caso, mas considerou que *“o ego pode derivar daí a satisfação de saber que é o melhor dos dois, que é superior ao objeto”*.<sup>33</sup>

Ao fim, destacou que, dentre os três fatores envolvidos na melancolia, ou seja, a perda objetual, a ambivalência e a regressão da libido ao ego, este terceiro mostra-se *“como o único*

---

<sup>32</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 262.

<sup>33</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 262.

*fator responsável pelo resultado*”. Justificou tal evidência pela observação de que, embora os outros dois façam parte também das auto-recriminações obsessivas que podem surgir durante o período de luto, após o término do conflito desenvolvido sob “*a força motora*” da ambivalência, não surge um quadro maníaco.<sup>34</sup> Dessa forma, Freud, concluiu que a grande quantidade de catexia que foi acumulada e vinculada durante o processo da melancolia e que, tornando-se livre, permite o desenvolvimento da mania, deve estar relacionada ao retorno da libido ao narcisismo.

### — FORMAÇÃO DE SINTOMAS —

Após esta exposição de uma revisão teórica inicial, é possível partir para a apresentação das idéias relacionadas ao objetivo que justificou o desenvolvimento deste trabalho: evidenciar as diferenças na formação de quadros depressivos neuróticos — que, neste tópico, serão referidos como depressão — e quadros psicóticos — designados por melancolia.

Ao escrever seu artigo *O Sentido dos Sintomas*, Freud deixou clara a existência de sintomas típicos de cada transtorno psíquico — sintomas relacionados a experiências comuns a todos os indivíduos — que permitem a definição diagnóstica dos diversos casos. Entretanto, chamou a atenção para aqueles sintomas individuais que fazem de cada quadro um caso particular. Não fossem esses sintomas, seria possível pensar que os atuais instrumentos classificatórios utilizados pela Psiquiatria estariam completos. Porém, “*por mais minuciosa e quantificável que seja a descrição dos fenômenos que compõem o quadro das ‘doenças afetivas’, ele não se isenta de pressupostos teóricos*”.<sup>35</sup> Evidencia-se, assim, a importância de se utilizar a CID-10 e o DSM-IV sob uma crítica embasada em alguma teoria. Aqui, a discussão se faz sob bases psicanalíticas.

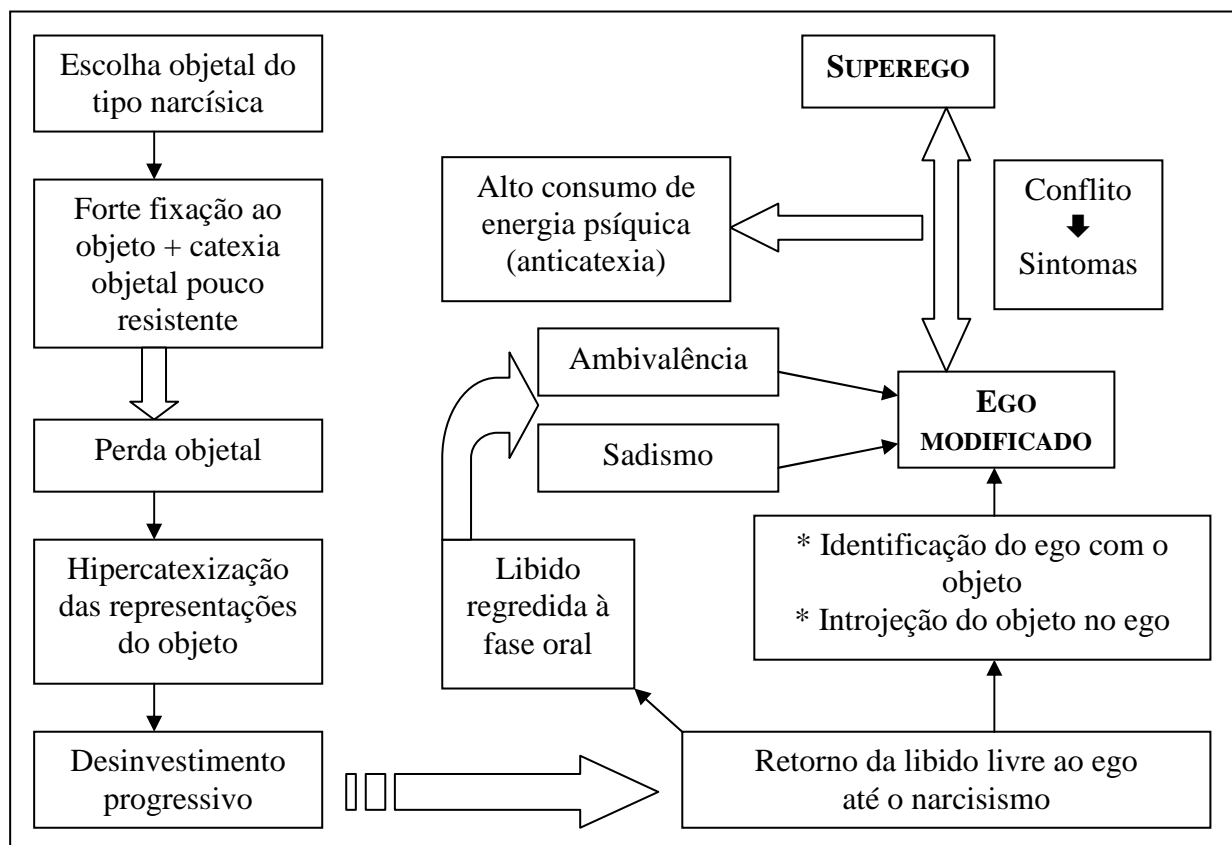
---

<sup>34</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 263.

<sup>35</sup> RODRIGUES, [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642000000100010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100010&lng=pt).  
(Curso de Formação em Psicanálise – Turma III — 1º semestre / 2003)

Conforme exposto na resenha do artigo *Luto e Melancolia*, apresentada no tópico anterior, é justamente na vigorosa regressão da libido ao ego, à fase narcísica de seu desenvolvimento, que se encontra o fator específico determinante do quadro melancólico, que poderá transformar-se em mania. Tanto a perda do objeto amado quanto a relação ambivalente com ele estabelecida podem ser encontradas em neuróticos. Onde estaria(m), então, o(s) determinante(s) dos quadros depressivos? Conforme dito, é a pretensão deste trabalho tentar clareá-lo(s).

Em primeiro lugar, para reforçar a compreensão dos mecanismos envolvidos na melancolia, encontra-se a seguir um esquema do que já foi descrito e que pode ser representado da seguinte maneira:



É preciso agora, iniciar a descrição dos mecanismos envolvidos nos quadros depressivos e, para isso, torna-se necessário esclarecer a etiologia das neuroses: “*primeiro, existe a precondição mais geral — a frustração; e, a seguir, a fixação da libido que a força em determinadas direções; e terceiro, a tendência ao conflito, surgida do desenvolvimento do*

*ego, a qual rejeita esses impulsos libidinais*". Freud destacou, assim, que as neuroses derivam de um conflito entre o ego e a sexualidade. Embora inicialmente as pulsões sexuais se satisfaçam por apoio nas pulsões de auto-preservação, com a progressiva organização do ego, paralela ao desenvolvimento libidinal, começam a surgir oposições entre elas. Uma característica das pulsões de auto-preservação é sua melhor adaptação às exigências da realidade, enquanto as pulsões sexuais funcionam segundo o princípio de prazer — *"o prazer está de alguma forma relacionado com a diminuição, redução ou extinção das cargas de estímulos reinantes no aparelho mental [...e] o desprazer está em conexão com o aumento dessas cargas"*.<sup>36</sup>

Verifica-se que *"as pessoas adoecem de neurose quando impedidas da possibilidade de satisfazer sua libido [...] e que seus sintomas são justamente um substituto para sua satisfação frustrada"*.<sup>37</sup> Frente à frustração, o indivíduo é obrigado a procurar outros objetos e caminhos que possam satisfazer sua libido. Entretanto, se essas novas possibilidades não forem aprovadas por uma parte de sua personalidade, surge o conflito que dará início à formação de sintomas através do escoamento da libido por vias indiretas. Os sintomas se fazem resistentes ao proporcionarem satisfação a ambas as partes do conflito — *"o desejo inconsciente e as exigências defensivas"* —, através de uma formação de compromisso, e determinam um grande consumo de energia psíquica, inclusive na luta que se trava contra eles.<sup>38</sup>

Sendo, então, impedida de satisfazer-se frente à intransigência da realidade, a libido poderá regredir a etapas anteriores de seu desenvolvimento, àquelas em que se fixou — seja por influência de suas experiências infantis, seja por sua constituição sexual herdada, que constituem, na verdade, uma série complementar. Essa regressão poderá ser efetuada como *"um retorno aos objetos que inicialmente foram catexizados pela libido, os quais, conforme*

<sup>36</sup> FREUD, 1996, vol XVI, pp. 355 e 359.

<sup>37</sup> FREUD, 1996, vol. XVI, p. 348.

<sup>38</sup> LAPLANCHE, 2001, p. 198.

sabemos, são de natureza incestuosa; e um retorno da organização sexual como um todo a estádios anteriores. Ambos os tipos de regressão são encontrados nas neuroses de transferência”, principalmente o primeiro tipo.<sup>39</sup> Sendo despertados os impulsos incestuosos do sujeito, outro mecanismo de fundamental importância nas neuroses também entra em ação: a repressão. O ego pode ter aceitado as fixações da libido ao longo de sua evolução tornando-se, assim, perverso; ou pode ter recusado-as, protegendo-se através da repressão dessas fixações durante o desenvolvimento psicosexual. Dessa forma, durante o trabalho de formação dos sintomas, Freud descreveu que:

*Catexizando essas posições reprimidas, à medida que se desloca para trás, a libido se retirou do ego e afastou-se de suas leis e, ao mesmo tempo, renunciou a toda a educação que adquiriu sob influência do ego. Era dócil somente enquanto a satisfação lhe acenava; mas sob a dupla pressão da frustração externa e interna, torna-se refratária e relembra épocas anteriores e melhores. Tal é o caráter fundamentalmente imutável da libido. As idéias, às quais agora transfere sua energia em forma de catexia, pertencem ao sistema inconsciente e estão sujeitas aos processos que ali são possíveis, sobretudo condensação e deslocamento. [Nesse trabalho, também] aquilo que representa a libido no inconsciente tem de contar com a força do ego pré-consciente. A oposição formada contra ela no ego persegue-a como se fora uma ‘anticatexia’ e compele-a a escolher uma forma de expressão da própria oposição. Assim, o sintoma emerge como um derivado múltiplas-vezes-distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, uma peça de ambigüidade engenhosamente escolhida, com dois significados em completa contradição mútua.<sup>40</sup>*

Aquilo que é indesejável e sentido como sofrimento é, pois, uma limitada satisfação que, por tantas modificações sofridas, não pode ser reconhecida como tal. Através da regressão às suas fixações que foram influenciadas por eventos da infância do sujeito, a libido encontra meios para vencer o recalque e, se não passasse por tamanhas distorções, essa descarga libidinal poderia causar um desprazer ainda maior. Assim, os sintomas figuram como defesas.

<sup>39</sup> FREUD, 1996, vol. XVI, p. 345.

<sup>40</sup> FREUD, 1996, vol. XVI, pp. 362 e 363.



Na tentativa de clarear a forma como a libido regride a etapas anteriores de seu desenvolvimento, pode-se completar o já exposto com o seguinte trecho encontrado na obra de Freud:

*Todos os objetos e tendências que a libido abandonou, ainda não foram abandonados em todos os sentidos. Tais objetos e tendências, ou seus derivados, ainda são mantidos com alguma intensidade, nas fantasias. Assim, a libido necessita apenas retirar-se para as fantasias, a fim de encontrar aberto o caminho que conduz a todas as fixações reprimidas. [...] A retração da libido para a fantasia é um estágio intermediário no caminho da formação dos sintomas e parece que ela requer um nome especial [...] 'introversão' [...e esta] denota o desvio da libido das possibilidades de satisfação real e a hipercatexia das fantasias que até então foram toleradas como inocentes.<sup>41</sup>*

Antes de estabelecer uma visão mais específica sobre as depressões neuróticas, diferenciando sua formação daquela já apresentada para os quadros psicóticos da melancolia, torna-se necessário destacar:

*Não ser nítida a fronteira que separa as depressões neuróticas, com lutas ambivalentes, ligadas às provisões narcísicas, entre o paciente e seus objetos, das depressões psicóticas, nas quais o conflito se internalizou. **Os conflitos entre o superego e o ego atuam em todo aquele que tem necessidades narcísicas.** Resíduos de esperança na ajuda externa ainda atuam, talvez, nas psicoses depressivas severas.<sup>42</sup>*

Assim, a bibliografia consultada não define onde estaria, além da própria questão estrutural, a diferença na formação dos sintomas entre os quadros depressivos e melancólicos; enfatiza, todavia, que estão presentes diferenças quantitativas na participação dos mecanismos envolvidos. Outro destaque fundamental é dado ao fato de que, ao contrário dos psicóticos, os neuróticos mantêm seu funcionamento no mundo real e sua depressão, na maioria das vezes moderada, quando grave pode ser entendida como sendo adequada à intensidade dos desencadeantes externos. A isto, ainda é possível acrescentar que:

---

<sup>41</sup> FREUD, 1996, vol. XVI, pp. 375 e 376.

<sup>42</sup> FENICHEL, 2000, p. 366 (grifo meu).

*Um paciente que sofre de histeria ou de neurose obsessiva, enquanto sua doença persiste, também desiste de sua relação com a realidade. Mas a análise demonstra que ele de modo algum corta suas relações eróticas com as pessoas e coisas. Ainda as mantém na fantasia [...] única condição da libido a que podemos legitimamente aplicar o termo 'introversão' da libido.<sup>43</sup>*

MacKinnon & Michels apresentam um interessante resumo da psicodinâmica do desenvolvimento de pacientes que apresentam ou que têm tendências a apresentar quadros depressivos. Destacam, inicialmente, a história familiar de depressão, a transmissão de altas aspirações e baixa auto-estima entre as gerações dessa família e a perda de uma figura parental ainda na infância.

Passam, então, a trilhar o caminho do desenvolvimento do sujeito que, ainda durante seu período de narcisismo primário, começa a sentir as primeiras frustrações, uma vez que nem todas as suas necessidades são gratificadas por aqueles que lhe prestam cuidados. Isso evidencia sua condição humana de desamparo e dependência, *"protótipo para a experiência posterior de depressão"*. Ao abandonar seu narcisismo, deposita naquele que lhe cuida toda a onipotência de que se via disposto; a presença deste outro lhe dá a segurança de que precisa, mas que é ameaçada frente às possibilidades de separação: *"seus conceitos primitivamente desenvolvidos, da constância do objeto e do tempo, deixam-no desconfiado de que essa ameaça jamais terminará. Sente-se desamparado e desesperançado"*. Isto, acontecendo durante a fase oral do desenvolvimento libidinal, traz consigo o início da relação objetal ambivalente, uma vez que começam a surgir fantasias de incorporação daquele por quem é cuidado a fim de satisfazer suas necessidades e, ao mesmo tempo, surge o medo de, assim, destruí-lo; uma *"mescla de amor dependente e agressão hostil"*.<sup>44</sup>

Embora o sujeito possa, futuramente, negar essa dependência, por pressões externas, através de uma aparente competência e independência, sua insegurança e a necessidade de amor é intensificada ao longo de seu desenvolvimento. Seus objetos de amor, com os quais

<sup>43</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 82.

<sup>44</sup> MACKINNON, 1981, pp. 167 e 168.

estabelece fortes relações ambivalentes, são internalizados e passam a agir como críticos e censores internos. “*Seu superego é punitivo e sádico, originando-se de suas próprias fantasias agressivas e da incorporação das exigências de progenitores perfeccionistas*”.<sup>45</sup>

Ainda sobre os sujeitos predispostos à depressão, pode-se reforçar o fato de que:

*Em determinadas condições, a necessidade narcísica e os conflitos que giram em volta da introjeção, na pessoa enlutada ou triste, serão mais intensos do que de costume. É o que se vê se (a) o objeto perdido não houver sido amado em nível amadurecido, mas, por assim dizer, usado como doador de provisões narcísicas; (b) a relação anterior com o objeto tiver sido ambivalente; (c) a pessoa tiver sido oralmente fixada e houver tido desejos inconscientes por um ‘comer’ sexualizado.*<sup>46</sup>

Obviamente, como já destacado, embora os três aspectos estejam presentes, na melancolia é esse terceiro fator que se sobressai, envolvido na regressão narcísica da libido. Entretanto, não se pode descartar a possibilidade de que também nos neuróticos uma cota de libido, ainda que menor, tenha se fixado à fase oral, influenciando as relações objetais futuras desses sujeitos com suas já citadas características.

Outro aspecto da melancolia, sua escolha de objeto sob bases narcísicas, não é exclusivo da psicose: “*presumimos que os dois tipos de escolha objetal estão abertos a cada indivíduo, embora ele possa mostrar preferência por um ou por outro*”. Assim, é possível que tal tipo de escolha também prevaleça nos quadros depressivos. Além disso, a evidência de que a ocorrência de depressão é maior entre as mulheres pode ser correlacionada ao fato de que “*o amor objetal completo do tipo de ligação é, propriamente falando, característico do indivíduo do sexo masculino [...] já com o tipo feminino mais freqüentemente encontrado, provavelmente o mais puro e o mais verdadeiro, o mesmo não ocorre*”.<sup>47</sup>

Sobre o terceiro fator, a ambivalência, já descrita como a forma de relação objetal durante a fase sádico-oral e que se mantém presente nas futuras relações amorosas do sujeito,

---

<sup>45</sup> MACKINNON, 1981, p. 168.

<sup>46</sup> FENICHEL, 2000, p. 369.

<sup>47</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 95.

tem oportunidade para manifestar-se em situações de luto pela perda de um objeto amado. Os impulsos agressivos dirigidos ao objeto são percebidos como substitutos dos sentimentos amorosos e a libido que retornou à etapa do sadismo abre caminho para a auto-punição dos pacientes depressivos, que se tornam tão ambivalentes para consigo mesmos como o são para com os objetos. Isto, porque, embora o ego lute contra aqueles impulsos, o superego, carregado com o sadismo, trata-o como responsável por eles, determinando o despertar do sentimento de culpa. Freud destacou que *“estados obsessivos de depressão que se seguem à morte de uma pessoa amada revelam-nos o que o conflito devido à ambivalência pode alcançar por si mesmo quando também não há uma retração regressiva da libido”*.<sup>48</sup>

Freud não deixou dúvidas quanto a sua consideração de que o atormentador sentimento de culpa dos neuróticos tem sua origem no complexo de Édipo, em consequência da relação ambivalente estabelecida com as figuras parentais. Sobre o sentimento de culpa que surge posteriormente, pela percepção do ego de que está sendo criticado pelo superego, Freud apresentou as seguintes diferenças entre os melancólicos, obsessivos e histéricos:

*Na neurose obsessiva, o que estava em questão eram impulsos censuráveis que permaneciam fora do ego, enquanto na melancolia o objeto a que a ira do superego se aplica foi incluído no ego mediante identificação. [...] O ego histérico desvia uma percepção aflitiva com que as críticas de seu superego o ameaçam, da mesma maneira pela qual costuma desviar uma catexia objetal insuportável — através de um ato de repressão. [...] Na neurose obsessiva, como sabemos, predominam os fenômenos de formação reativa, mas aqui [na histeria] o ego alcança êxito apenas em manter à distância o material a que o sentimento de culpa se refere.*<sup>49</sup>

Fenichel chamou a atenção para o fato de que *“os neuróticos mostram comumente sentimentos latentes de culpa porque sentem que os seus impulsos ‘maus’ rejeitados ainda atuam dentro deles”*. Completou que, sendo os sentimentos de culpa encontrados entre os determinantes dos sentimentos de inferioridade, os sujeitos predispostos às depressões

<sup>48</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 256.

<sup>49</sup> FREUD, 1996, vol. XIX, p. 64.

procurariam aliviar sua culpa pela tentativa de receber afeição de seus objetos e, “*se este influenciamento assume forma mais sádica, suscitam-se posteriores sentimentos de culpa e cria-se um círculo vicioso*”.<sup>50</sup>

Já a auto-estima, que se mostra comprometida em maior ou menor grau nas depressões, tem íntima relação com o elemento narcisista do amor. Realizando-se um investimento objetal, a libido narcísica é reduzida e, conseqüentemente, a auto-estima diminui. Nas relações objetais do tipo narcisista, o sujeito precisa ser amado para satisfazer sua libido e, alcançando esta finalidade, sua auto-estima é novamente elevada. Entretanto, “*quando a libido é reprimida, sente-se a catexia erótica como grave esgotamento do ego; a satisfação do amor é impossível e o reenriquecimento do ego só pode ser efetuado por uma retirada da libido de seus objetos*”.<sup>51</sup> Da mesma forma, a percepção da própria incapacidade de amar, condição de quem faz suas escolhas objetais na busca por provisões narcísicas, reduz a auto-estima.

Possivelmente, ao realizar sua escolha objetal, o neurótico idealiza seu objeto de amor que, assim, “*sem qualquer alteração em sua natureza, é engrandecido e exaltado na mente do indivíduo*”, identificando nele o que gostaria de ser para satisfazer seu próprio ideal de ego: “*o que possui a excelência que falta ao ego para torná-lo ideal é amado. Esse expediente é de especial importância para o neurótico, que, por causa de suas excessivas catexias objetais, é empobrecido em seu ego*”.<sup>52</sup> É de se esperar, entretanto, que, sendo produto da idealização, esse objeto ou, melhor dizendo, os objetos de amor com os quais o sujeito se relaciona não serão capazes de manter sua satisfação por muito tempo, sendo grandes, então, suas chances de sofrer frustrações.

A partir desse momento, após essa tentativa de clarear o caminho tomado pela atividade psíquica até o desenvolvimento dos sintomas, torna-se imprescindível apresentar, de

---

<sup>50</sup> FENICHEL, 2000, p. 365.

<sup>51</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 106.

<sup>52</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, pp. 101 e 107.

forma mais direta, os prováveis mecanismos envolvidos na formação dos quadros depressivos. Com a perda total ou parcial do objeto amado, que fora escolhido sob base narcisista, a libido frustrada, que também não conseguiu se satisfazer por meio de novos objetos, sofre introversão, dirigindo-se, então, às imagos do indivíduo — *“protótipo inconsciente de personagens que orienta seletivamente a forma como o sujeito apreende o outro; é elaborado a partir das primeiras relações intersubjetivas reais e fantasísticas com o meio familiar”*.<sup>53</sup> A partir daí, encontra o caminho para regredir às suas fixações, principalmente aos objetos anteriormente catexizados que proporcionaram satisfação, despertando, assim, impulsos incestuosos e ambivalentes. Neste ponto, o ego já enfraquecido se envolve num novo gasto de energia psíquica através da repressão desses impulsos. A partir dessa luta entre o ego e os impulsos libidinais inconscientes, como uma formação de compromisso, surgem os sintomas depressivos. A ação crítica do superego, já constituído de forma rígida e sádica, ajuda a aumentar o sentimento de culpa e a reduzir a auto-estima do ego debilitado. Este mecanismo parece explicar a formação dos sintomas depressivos na histeria.

Na neurose obsessiva, dois pontos fazem a diferença: (1) grande cota de libido regride também à fase sádico-anal de seu desenvolvimento; (2) além da repressão, outro mecanismo de defesa, a formação reativa, entra em ação de forma significativa. Através da regressão àquela fase também marcada pela ambivalência e pelo sadismo, *“a impulsão de amor [...] é obrigada a disfarçar-se em impulsão sádica”*; impulsos que, aliados à regressão aos objetos sexuais incestuosos, geram um quadro de horror e estranheza para o sujeito.<sup>54</sup> É através da formação reativa — que também ocorre na histeria e se manifesta em algumas de suas relações objetais, embora em intensidade insuficiente para alterar o caráter do sujeito — que o obsessivo transforma o impulso reprimido em seu oposto.

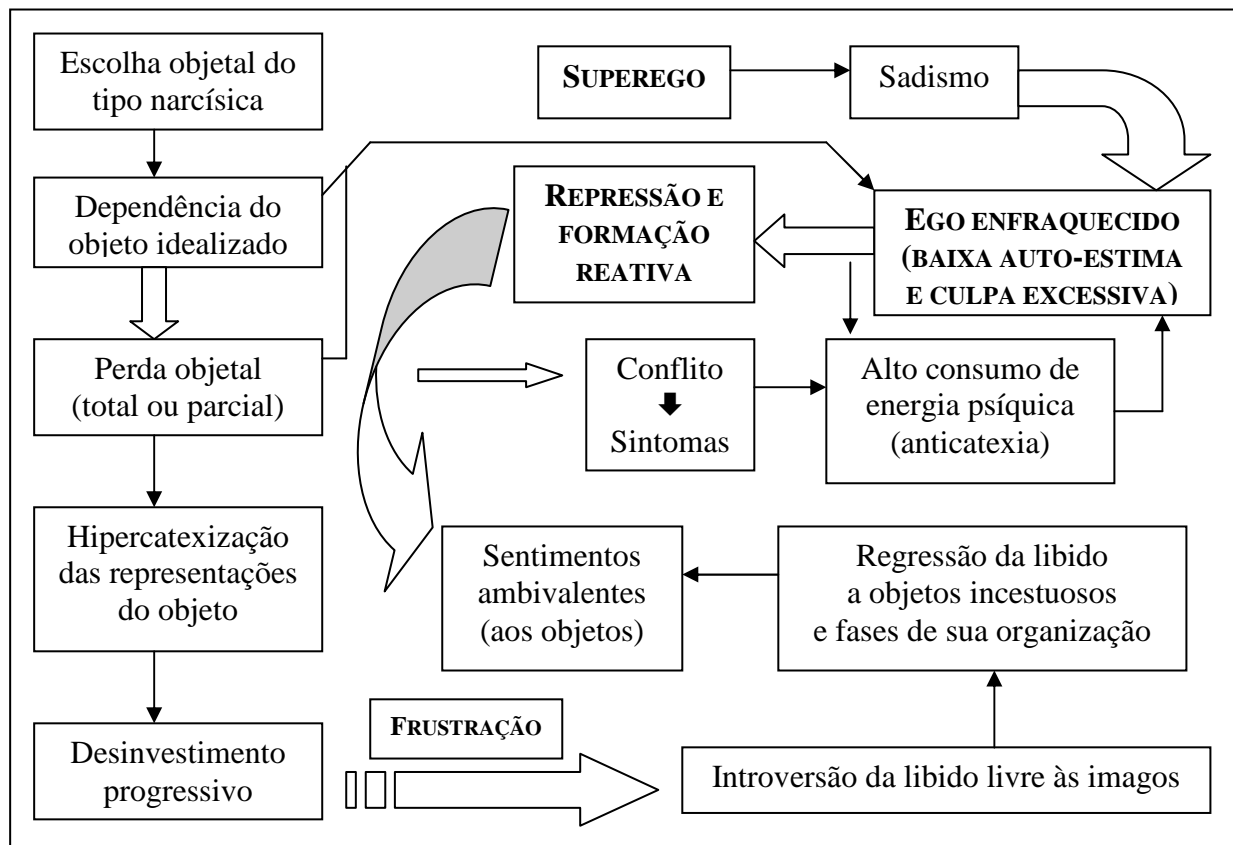
---

<sup>53</sup> LAPLANCHE, 2001, pp. 234 e 235.

<sup>54</sup> FREUD, 1996, vol. XVI, p. 347.

É importante considerar ainda que a identificação, que ocorre de forma intensa na melancolia, não é um processo exclusivo das psicoses; pode ser encontrada freqüentemente nas neuroses como um importante mecanismo envolvido na formação de sintomas, principalmente na histeria. Freud destacou a seguinte diferença: “ao passo que na [identificação narcisista] a catexia objetal é abandonada, na [identificação histérica] persiste e manifesta sua influência”.<sup>55</sup> Além disso, a identificação na neurose é extremamente limitada e se faz de forma parcial, com algum traço do objeto escolhido — que poderá ser um objeto amado ou não.

Conforme apresentado para a melancolia no início desse tópico, encontra-se abaixo um esquema sobre a formação de sintomas nos quadros depressivos:



Como assinalado, embora a formação dos sintomas depressivos passe por alguns caminhos comuns aos da melancolia, existem diferenças quantitativas que marcam as duas estruturas, neurótica e psicótica. Similarmente, entre os obsessivos e os histéricos diferenças

<sup>55</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 256.

da mesma ordem determinam suas especificidades. Evidentemente, na histeria é o mecanismo da repressão que desempenha o papel principal na formação dos sintomas, enquanto na neurose obsessiva tal importância é dada a outros dois mecanismos, a regressão da libido à fase sádico-anal e a formação reativa.

### — MANIA, HIPOMANIA E OUTRAS DEFESAS —

Atualmente, tem-se focado com grande fervor os quadros com sintomatologia maníaca e principalmente hipomaníaca que, quando acompanhados por episódios depressivos, determinam o diagnóstico de Transtorno Bipolar do Humor. Tal categoria diagnóstica, entretanto, não se reserva mais a alguns quadros de depressão melancólica, como os que Freud descreveu e que anteriormente eram designados na Psiquiatria por Psicose Maníaco-depressiva (PMD). Assim como foi possível destacar as diferenças entre depressão e melancolia no tópico anterior, a mesma tentativa será efetuada aqui. Entretanto, pode-se prever que mais difícil do que foi trilhar o caminho na formação dos sintomas depressivos deverá ser a tentativa de esclarecer a formação dos quadros que costumam se desenvolver após episódios de depressão neurótica.

No desenvolvimento da mania, Freud destacou a importância do conflito entre o ego e o superego. Verificou que o ego sempre reencontra satisfação em si mesmo, sentindo-se revigorado, quando consegue anular a ação do censor que vinha lhe determinando severas restrições. Considerou regra o ego infringir periodicamente as renúncias e limitações que lhe são impostas, voltando a coincidir com seu ideal, e essa sua atitude rebelde pode ser uma tentativa de defender-se da possibilidade de morte com a qual se vê confrontado em vista da tirania do superego sádico: *“as esperanças que são ilusórias, no caso do suicídio, são, em*



*certo grau, realizadas, de fato, na mania. O superego mau é destruído e o ego parece unir-se, em amor narcísico, a um superego protetor purificado”.*<sup>56</sup>

Assim, naqueles sujeitos que apresentam quadros de melancolia que se transformam em episódios de mania, Freud considerou que:

*Seu ideal do ego poderia ter-se temporariamente convertido no ego, após havê-lo anteriormente governado com especial rigidez [...] de maneira que a pessoa, em estado de ânimo de triunfo e auto-satisfação, imperturbada por nenhuma autocrítica, pode desfrutar a abolição de suas inibições, sentimentos de consideração pelos outros e autocensuras.*<sup>57</sup>

Conforme já descrito, a força para tal reação seria conseguida através da desvinculação da exuberante cota de energia psíquica utilizada como anticatexia no processo da melancolia e que, desnecessária após o abandono das representações inconscientes do objeto em virtude da ambivalência, torna-se disponível ao ego que pode sentir-se, então, superior ao objeto. Tal energia, entretanto, poderia estar sendo lentamente dissipada, talvez utilizada de alguma forma por aqueles sujeitos que fossem capazes de realizar novos investimentos, ainda que pobres, a ponto de não ser suficiente para determinar o desenvolvimento de fases maníacas em todos os melancólicos ou o ser apenas para produzir quadros de hipomania. Se insuficiente para tanto, pode-se pensar que essa energia seja adequadamente utilizada para proporcionar a melhora clínica da melancolia, que poderá ou não desenvolver um caráter periódico não-cíclico — hoje, os chamados Transtornos Depressivos Recorrentes pela CID-10. A justificativa para o retorno dos sintomas melancólicos pode ser encontrada na manutenção da identificação do ego com o objeto, o que permite que os conflitos com o superego possam ser restabelecidos futuramente, reascendendo as relações inconscientes com o objeto perdido e determinando novo consumo de energia psíquica.

---

<sup>56</sup> FENICHEL, 2000, p. 374.

<sup>57</sup> FREUD, 1996, vol. XVIII, p. 142.

MacKinnon & Michels ressaltaram que *“apesar de sua aparente exaltação, a mania é melhor compreendida como defesa contra a depressão. É produto da negação e da inversão do afeto”* e, com frequência, os sentimentos depressivos subjacentes podem emergir durante a fase maníaca. Assim, embora o ego se comporte como se houvesse saído vitorioso do conflito, *“os temores do superego podem persistir no episódio maníaco e o caráter frenético e impulsivo do paciente representa em parte sua fuga do castigo”*.<sup>58</sup>

Nos neuróticos, embora a segurança do ego seja garantida pela manutenção do objeto, ainda que na fantasia, a ação do superego sádico, aliada ao enfraquecimento progressivo do ego, pode levá-los a intenções suicidas. Assim, renunciando à pulsão de morte na tentativa de manter sua integridade, com o progressivo desinvestimento do objeto, o ego poderia reunir força psíquica suficiente para defender-se através de mecanismos que atuassem na formação de sintomas capazes de ajudá-lo a evitar as conseqüências penosas da depressão. Destacaria-se, nesse sentido, o mecanismo da negação que, adicionado à repressão já estabelecida, permitiria ao sujeito negar a existência de realidades psíquicas que lhe são desagradáveis, passando a agir como se elas não existissem. Entrando em cena outros dois mecanismos de defesa, que atuariam sobre os afetos — a formação reativa e o isolamento —, seria possível converter a tristeza numa aparente exaltação do humor. Através desses processos e a partir da relação que mantém com outros objetos que possam lhe oferecer algumas das provisões de que necessita, o sujeito poderia ter seus sentimentos de culpa reduzidos e sua auto-estima aumentada. Além disso, o apoio oferecido pelas novas defesas à repressão permitiria a liberação de uma certa cota de energia psíquica que era utilizada por este mecanismo que, agora, não precisa ser tão intenso quanto antes.

É possível ainda pensar na possibilidade de que, havendo uma falha nestes mecanismos de defesa, as pulsões sexuais chegassem próximas à obtenção de algum sucesso e, como mencionado, isso determinaria um grande perigo para o ego. Frente a tal situação,

---

<sup>58</sup> MACKINNON, 1981, pp. 161 e 162.

poderiam surgir, por exemplo, quadros dissociativos na histeria e comportamentos obsessivo-compulsivos na neurose obsessiva como uma tentativa de proteção; manifestações que poderiam estar sendo confundidas com uma aparente mudança no estado de humor do sujeito.

Obviamente, não se pode desconsiderar que essa dinâmica psíquica leva a alterações no funcionamento cerebral. Neste momento, torna-se necessário mencionar a possibilidade de que, agindo diretamente sobre a parte orgânica, os antidepressivos poderiam funcionar como as defesas do ego e, assim, proporcionarem o desenvolvimento de quadros como os que surgiriam simplesmente através das alterações do psiquismo. Suas ações poderiam, talvez, permitir uma redução da repressão e, com isso, a liberação de certa cota de energia psíquica. Esta, tornando-se disponível ao ego, seria utilizada em parte para o estabelecimento de novas defesas em que o consumo de energia fosse menor e em parte para proporcionar a melhora sintomatológica. Sobre isso, ao descrever a mania, Freud já havia considerado que “*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 a suspensão, produzida por toxinas, de dispêndios de energia na repressão*”.<sup>59</sup>

### — PSQUIATRA E PSICANALISTA —

Médico que era, Freud não abandonou, ao longo de sua obra, a visão sobre a participação do orgânico nos diversos transtornos mentais. Embora tenha se dedicado ao estudo dos mecanismos psíquicos neles envolvidos, o que certamente possibilitou o desenvolvimento das teorias psicanalíticas, sempre considerou a ligação mente-corpo.

Em *Luto e Melancolia*, Freud revelou de início a dificuldade encontrada em caracterizar esse transtorno devido a suas formas clínicas variadas, o que também pode ser observado nas tentativas de esclarecer a etiologia dos Transtornos do Humor dentro das hipóteses que a Psiquiatria atual oferece. Destacou ainda a limitação dos meios de que

---

<sup>59</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 259.

dispunha em sua época e ponderou que “*algumas [daquelas formas clínicas] sugerem afecções antes somáticas do que psicogênicas [...e que] nosso material [...] limita-se a um pequeno número de casos de natureza psicogênica indiscutível*”.<sup>60</sup>

É impossível passar pelos estudos iniciais de Freud e não perceber a correlação com os resultados de investigações posteriores sobre o funcionamento mental, embora estas já estivessem munidas de técnicas que pudessem identificar as substâncias envolvidas naquela fisiologia e fazer descrições mais minuciosas e precisas. No *Rascunho G*, por exemplo, pode-se citar uma aproximação das idéias representadas no “*diagrama esquemático da sexualidade*” às descobertas sobre as ações de neurotransmissores nos quadros depressivos.<sup>61</sup> Evidentemente, Freud associou às suas “*pré-visões*” sobre as alterações orgânicas modificações do aparelho psíquico que estavam relacionadas às vivências libidinais do sujeito, mesmo que sob um olhar ainda pouco elaborado. Já em *Luto e Melancolia*, formulou a seguinte questão: “*se uma perda no ego, independentemente do objeto — um golpe puramente narcisista contra o ego —, não bastará para produzir o quadro de melancolia, e se um empobrecimento da libido do ego, diretamente por causa de toxinas, não será capaz de produzir certas formas da doença*”.<sup>62</sup>

Na obra freudiana, identificam-se diversos trechos em que a consideração pelo orgânico é destacada como uma idéia que não se perdeu, embora seu desenvolvimento não tenha sido possível naquele momento. No artigo sobre o narcisismo, ao considerar que progressos biológicos futuros pudessem trazer respostas a alguns pontos sobre a teoria das pulsões, Freud argumentou que, naquela época, “*visto não podermos esperar que outra ciência nos apresente as conclusões finais sobre a teoria dos instintos, é muito mais objetivo*

---

<sup>60</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 249.

<sup>61</sup> MASSON, 1986, p. 100.

<sup>62</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 258.

*tentar ver que luz pode ser lançada sobre esse problema básico da biologia por uma síntese dos fenômenos psicológicos”.*<sup>63</sup>

Como já afirmado outras vezes, não é possível desconsiderar os significativos avanços que a Psiquiatria moderna trouxe ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais. Não obstante, enfraqueceu-se teoricamente ao focalizar os sintomas em detrimento do sujeito. Neste sentido, faz-se importante destacar a observação de que *“embora Freud tenha identificado e descrito fenômenos depressivos nas diversas categorias nosográficas, não os reuniu à melancolia ao modo dos atuais manuais psiquiátricos, mas os concebeu como próprios do existir humano”.*<sup>64</sup>

Assim, é possível pensar que o psiquiatra que trabalha com o auxílio das teorias psicanalíticas possa oferecer aos seus pacientes mais do que simples tentativas de aliviar seus sintomas através das medicações disponíveis. Pode, antes de tudo, procurar entender a sintomatologia apresentada ao escutar o sujeito que lhe pede auxílio, tentando lhe oferecer o caminho para a compreensão sobre a formação de seus sintomas e, a partir daí, a possibilidade de escolha: mantê-la ou enfrentá-la?

Além disso, estando o psiquiatra psicanalista responsável pela avaliação não apenas da resposta farmacológica, mas também da resposta do sujeito frente a seus conflitos, poderá avaliar mais adequadamente até onde se encontra a influência de cada uma na evolução do quadro depressivo. Com isso, aumenta a possibilidade de estar utilizando as medicações de que dispõe de forma mais racional e de permitir que o paciente seja sujeito implicado em sua vida para que não permaneça se sujeitando aos efeitos de psicofármacos ao longo de sua existência.

Esta visão é apoiada por diversos estudos que *“refletem a interconexão fundamental mente e cérebro”* tão citada por Freud em seus trabalhos, indicando que a associação de

---

<sup>63</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, pp. 86 e 87.

<sup>64</sup> RODRIGUES, [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642000000100010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100010&lng=pt).  
(Curso de Formação em Psicanálise – Turma III — 1º semestre / 2003)

psicoterapia psicanalítica com psicofarmacoterapia tem melhores resultados que a utilização de cada uma isoladamente. Neste sentido, Gabbard destacou que *“a etiologia da depressão severa envolve um composto de forças, incluindo estressores psicológicos, interpessoais, biológicos e ambientais que agem no cérebro. A patogênese, por outro lado, envolve a disfunção cerebral em resposta às forças etiológicas”*. Também no que se refere ao Transtorno Bipolar do Humor, alguns estudos destacam a importância do trabalho psicanalítico, seja por permitir aos pacientes *“tornarem-se conscientes do surgimento de fantasias sexuais e desejos anteriores ao início do episódio maníaco”*, seja ajudando-os a *“lidar com sentimentos de intensa culpa e vergonha em relação à sua conduta durante o episódio”*.<sup>65</sup>

Infelizmente, o que parece vigorar no atual campo “psi” é uma constante batalha entre a Psiquiatria e a Psicanálise — ou, seria melhor dizer, entre psiquiatras e psicanalistas —, levando aos exageros extremistas. De um lado, a Psiquiatria encantada por finalmente se aproximar do saber médico e, de outro, a Psicanálise rígida que não pode permitir o questionamento de suas teorias. Melhor seria se pudessem se unir e perceber o que Freud já mencionara, embora em sua época não tivesse meios para comprovar: psíquico e orgânico trabalham em uníssono.

### — CULTURA E FORMAÇÃO DE SINTOMAS —

Nas últimas décadas, chama a atenção a grande incidência de Transtornos do Humor na população mundial, principalmente de quadros depressivos que parecem ter se tornado a expressão do sofrimento psíquico de nossa época. Afora a utilização dos manuais classificatórios e das pesquisas estruturadas que proporcionam um diagnóstico precisamente baseado na sintomatologia apresentada pelos pacientes — incluindo-se aí a influência do interesse da indústria farmacêutica —, pode-se pensar na existência de algum fator cultural

---

<sup>65</sup> GABBARD, 1998, pp. 155, 156 e 164.

influenciando a formação dos sintomas contemporâneos. Uma vez que é “*da interação dialética entre história, cultura e biologia que surgem as bases para compreensão do campo da saúde mental*”, faz-se necessário apresentar algumas hipóteses que possam ter relação com a atual prevalência da depressão entre os transtornos psiquiátricos.<sup>66</sup>

Roudinesco considerou que na atual sociedade, à qual deu o nome de “depressiva”, os sujeitos estariam vivendo sob uma valorização da igualdade, tendo que calar suas diferenças para serem aceitos no mundo que tanto lhes deposita expectativas de sucesso. Todavia, nessa tentativa de reparar as desigualdades o que surge é uma acentuação das diferenças e um culto da individualidade e do narcisismo, uma vez que “*no cerne desse dispositivo, cada um reivindica sua singularidade, recusando-se a se identificar com as imagens da universalidade [...e o sujeito, assim,] liga-se a redes, a grupos, a coletivos e a comunidades, sem conseguir afirmar sua verdadeira diferença*”. Essa sociedade estaria trocando o confronto pela evitação e, assim, reforçando a repressão dos conflitos psíquicos.<sup>67</sup>

Em seu livro *Mal-estar na Atualidade*, citando os estudos de Lasch e Debord, Birman falou sobre a “cultura do narcisismo” e a “sociedade do espetáculo”, onde “*o autocentramento se conjuga de maneira paradoxal com o valor da exterioridade*”. A estetização seria, assim, o aspecto fundamental da existência do sujeito, para quem o olhar do outro passaria a ocupar um lugar central em sua economia psíquica, tornando vazias as relações inter-humanas: “*o sujeito da cultura do espetáculo encara o outro apenas como um objeto para seu usufruto [...e] vive permanentemente em um registro especular, em que o que lhe interessa é o engrandecimento grotesco da própria imagem*”.<sup>68</sup>

Kristeva citou a observação de que “*as épocas de crise são particularmente propícias ao humor negro*” pois trazem consigo inevitáveis perdas às quais os sujeitos terão que

---

<sup>66</sup> VIEIRA, [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X1998000200007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200007&lng=pt).

<sup>67</sup> ROUDINESCO, 2000, pp. 13 e 14.

<sup>68</sup> BIRMAN, 2000, pp. 23 e 25.

responder.<sup>69</sup> Acrescendo-se a isso as expectativas frustradas de um cidadão que vive numa cultura onde a impressão que causa ao outro é de suma importância e que experimenta a tentativa de negar as diferenças, é possível imaginar o quanto nossa época é favorável ao desenvolvimento dos quadros de depressão.

O sujeito dessa época vive, pois, em busca de provisões narcísicas que lhe proporcionem ser valorizado, amado, forte, superior, bom e amoroso. A realidade com a qual seu ego se defronta, entretanto, mostra-lhe que está longe de ser seu ideal e isso lhe dará, como conseqüência, o caminho ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Nascido e criado numa cultura em que seu valor precisa ser confirmado por um outro para responder às suas próprias expectativas e às daqueles que nele depositaram suas próprias esperanças narcísicas, não lhe faltarão oportunidades de frustração.

Freud já chamara a atenção para o comportamento dos pais que “*se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho [...] e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele*”; vivendo na atual sociedade, mais do que nunca, o filho tem carregado a promessa de reviver o narcisismo abandonado pelas figuras parentais.<sup>70</sup> Os filhos passam a se sentirem no centro do mundo — pelo menos, no mundo dos pais — e deles as adversidades da vida são mantidas bem distantes, como se nada pudesse atingi-los. São, entretanto, sujeitos inseguros e dependentes da valorização externa, do outro, e carregam consigo um ideal do ego rígido que desempenhará seu papel sádico na sintomatologia depressiva ao atuar sobre a auto-estima.

Embora a relação entre pais e filhos se mostre mais aberta do que entre as gerações passadas, observa-se que a rigidez do superego se mantém atualmente e, apesar da rebeldia que tenta negar sua existência, haverá um momento em que ele mostrará sua força. Isso pode ser pensado como resultado do fato do superego, nascido a partir do id, trazer consigo a

---

<sup>69</sup> KRISTEVA, 1989, p. 15.

<sup>70</sup> FREUD, 1996, vol. XIV, p. 97.



herança de épocas passadas, representando a experiência egóica que veio se repetindo entre as diversas gerações: “no id, que é capaz de ser herdado, acham-se abrigados resíduos das existências de incontáveis egos; e quando o ego forma seu superego a partir do id, pode talvez estar apenas revivendo formas de antigos egos e ressuscitando-as”.<sup>71</sup> Numa relação mais íntima, atuando os pais no despertar da sexualidade infantil, impulsos libidinais mais intensos podem lhes estar sendo dirigidos por seus filhos e, em épocas futuras, participarão da formação dos sintomas depressivos através do despertar do sentimento de culpa.

Finalmente, a possibilidade de que a escolha objetal realizada pelo sujeito que foi descrito acima se faça sob a forma narcísica é grande. É através desse objeto, que pode lhe oferecer principalmente o seu ideal do ego, mesmo que através de uma idealização, que o sujeito procura encontrar satisfação em sua vida.

### — CONCLUSÃO —

Com o que aqui foi exposto, tornou-se evidente que há diferença na formação dos sintomas depressivos em psicóticos e neuróticos. É na identificação maciça com o objeto perdido e sua introjeção no ego do paciente psicótico, consequência da intensa regressão da libido ao narcisismo da fase oral do desenvolvimento psicosexual, que a melancolia encontra a base para se constituir como um quadro depressivo grave em que a relação do sujeito com o mundo externo torna-se limitada ou até mesmo ausente e onde a sintomatologia resulta do conflito que se estabelece na sádica relação do superego com o ego modificado. Nos neuróticos, entretanto, além de um conflito entre essas duas instâncias — pelo enfraquecimento do ego e pelo sadismo do superego que atua como censor à satisfação da libido regredida na histeria e na neurose obsessiva, na qual atua ainda a significativa ambivalência presente em suas relações amorosas —, a relação com os objetos do mundo externo é mantida e com eles também um conflito se faz presente.

---

<sup>71</sup> FREUD, 1996, vol. XIX, p. 51.

Embora de forma mais discreta, foi possível completar o estudo incluindo algumas hipóteses sobre a formação dos sintomas no Transtorno Bipolar do Humor, evidenciando novas diferenças entre os quadros psicóticos e neuróticos. Assim, uma vez que os sintomas depressivos e de mania ou hipomania passam a ter significados diferentes entre as duas estruturas, torna-se imprescindível uma abordagem terapêutica diferenciada.

É fácil perceber que especial destaque foi dado à regressão libidinal que se faz diferentemente na histeria, na neurose obsessiva e na psicose. Determinada não só pelas experiências infantis do indivíduo, mas também por sua constituição sexual herdada através do id, este mecanismo pode trazer parte da explicação ao caráter hereditário dos Transtornos do Humor que a Psiquiatria biológica ainda não pôde explicar completamente.

Parte do trabalho permitiu mostrar que a visão que integra os fatores psíquicos ao funcionamento mental pode não só esclarecer melhor a etiologia desses transtornos como proporcionar uma visão mais completa do paciente e, evidentemente, um melhor e mais adequado tratamento. Se o sujeito vai ou não se decidir por enfrentar sua responsabilidade sobre seu estado, está além da competência daquele que presta o atendimento. É sua função, entretanto, não fortalecer os sintomas através da repressão, que já se faz tão intensa, oferecendo ao paciente uma causalidade orgânica e mantendo-o alienado de seu sofrimento.

Uma atenção especial ainda foi dada ao papel da cultura no desenvolvimento dos sintomas depressivos na atual sociedade. Enquanto o indivíduo contemporâneo continuar cultuando seu próprio eu, procurando pelo outro apenas na expectativa de que ele lhe confirme aquilo que espera ser, mas sabe que não é, o caminho para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva permanecerá aberto.

Além disso, passando parte da formação de sintomas na histeria pela identificação, é possível pensar que a atual “epidemia” de depressão esteja relacionada a este fato. Atribuindo seus sintomas a uma causa sobre a qual não têm controle — estritamente cerebral — e, assim, reforçando a repressão de seus conflitos, os sujeitos histéricos estariam encontrando a resposta

que substitui aquela que eles não querem dar. Podem, dessa forma, permanecer apenas como vítimas dos sintomas que se formaram para lhe proporcionar um mínimo de satisfação.

Com o estudo aqui estabelecido, é possível retornar aos casos clínicos apresentados como referência à teoria psiquiátrica, e oferecer uma breve e direta visão psicanalítica sobre cada um. O paciente do caso I parece ter desenvolvido os sintomas depressivos e aqueles sugestivos de hipomania através do caminho utilizado pela neurose obsessiva, passando pelos efeitos da medicação antidepressiva no desenvolvimento desse segundo grupo de sintomas. A paciente do caso II representa a depressão numa histeria, evidenciando toda a força da repressão, a presença de auto-punição, de sintomatologia direcionada ao outro e da identificação histórica. Os outros dois casos referem-se a quadros psicóticos: o caso III traz a história de uma paciente melancólica que, embora tendo sempre levado uma vida limitada em vários aspectos, só chegou a desenvolver a sintomatologia depressiva após o falecimento de sua mãe; a paciente do caso IV, que apresentou início dos sintomas ainda na juventude e, mesmo assim, teve uma vida mais produtiva que a anterior, revela sintomas de hipomania associados à depressão. Evidentemente, a abordagem psicoterápica e psicofarmacológica a esses pacientes deve fazer-se de forma diferente e direcionada a cada caso.

Este trabalho, ainda que tenha tomado uma proporção maior que aquela inicialmente prevista quando o propus, não esgotou, de maneira alguma, as idéias que aqui se desenvolveram. Muitas dúvidas surgiram e não puderam ser respondidas até o momento; nem as que puderam trazer a certeza que eu gostaria de ter encontrado, embora saiba que nem sempre ela estará presente. Todavia, foi-me extremamente gratificante desenvolvê-lo e, mais uma vez, estar apresentando um paralelo entre a Psicanálise e a Psiquiatria. Certamente, aprofundar, esclarecer ou até mesmo reformular as idéias aqui apresentadas estará entre os objetivos de trabalhos futuros.

— REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS —

- BIRMAN, Joel. *Mal-estar na Atualidade: A Psicanálise e as Novas Formas de Subjetivação*. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- FENICHEL, Otto. *Teoria Psicanalítica das Neuroses; Depressão e Mania*. Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- FENICHEL, Otto. *Teoria Psicanalítica das Neuroses; Os Mecanismos de Defesa*. Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- FREITAS, Luiz Alberto Pinheiro. *As Identificações na Obra de Freud; A Sombra do Objeto Cai Sobre o Ego*. Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle (SPID). Biblioteca de Psicanálise.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira; Breves Escritos (1910): Contribuições para uma Discussão Acerca do Suicídio*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira; Sobre o Narcisismo: Uma Introdução (1914)*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira; Psicologia de Grupo e a Análise do Ego (1921): Identificação*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira; Psicologia de Grupo e a Análise do Ego (1921): Uma Gradação Diferenciadora no Ego*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira; Luto e Melancolia (1917 [1915])*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Suplemento Metapsicológico à Teoria dos Sonhos (1917 [1915]). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise — Parte III: Teoria Geral das Neuroses (1917 [1916-17]) — Conferência XVII: O Sentido dos Sintomas. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise — Parte III: Teoria Geral das Neuroses (1917 [1916-17]) — Conferência XXI: O Desenvolvimento da Libido e as Organizações Sexuais. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise — Parte III: Teoria Geral das Neuroses (1917 [1916-17]) — Conferência XXII: Algumas Idéias Sobre Desenvolvimento e Regressão – Etiologia. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise — Parte III: Teoria Geral das Neuroses (1917 [1916-17]) — Conferência XXIII: Os Caminhos da Formação dos Sintomas. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise — Parte III: Teoria Geral das Neuroses (1917 [1916-17]) — Conferência XXVI: A Teoria da Libido e o Narcisismo. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; O Ego e o Id (1923): O Ego e o Superego (Ideal do Ego). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; O Ego e o Id (1923): As Relações Dependentes do Ego. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GABBARD, Glen O. *Psiquiatria Psicodinâmica: Baseado no DSM-IV*; Transtornos Afetivos. Trad. Luciana N. de A. Jorge e Maria Rita Secco Hofmeister. 2.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- GUIMARÃES, Francisco Silveira. Distúrbios Afetivos. In: GRAEFF, Frederico Guilherme; BRANDÃO, Marcus Lira. *Neurobiologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Lemos Editorial, 1993.
- KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamim J; GREBB, Jack A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*; Transtornos do Humor. Trad. Dayse Batista. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KRISTEVA, Julia. *Sol Negro: Depressão e Melancolia*. Trad. Carlota Gomes. 2.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LIMA, Ivanor Velloso Meira; FILHO, Homero Pinto Vallada. Genética. In: MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. *Transtorno Bipolar do Humor*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
- MACKINNON, Roger A.; MICHELS, Robert. *A Entrevista Psiquiátrica na Prática Diária*; Paciente Deprimido. Trad. Helena Mascarenhas de Souza. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

MASSON, Jeffrey Moussaieff. *A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess — 1887-1904*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RODRIGUES, Maria Josefina Sota Fuentes. *O Diagnóstico da Depressão*. *Psicol. USP*, 11 (1): 155-187, 2000. [Disponível na World Wide Wed.]

ROUDINESCO, Elizabeth. *Por que a Psicanálise?* Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Trad. Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

SASSI, Roberto B. Neuroimagem. In: MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. *Transtorno Bipolar do Humor*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

TUNG, Teng Chei. Ritmos Biológicos e Modelos Bioquímicos. In: MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. *Transtorno Bipolar do Humor*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

VIEIRA, Sarita Brazão. *A Necessidade de Contextuação Cultural das Práticas Psi: Considerações Preliminares*. *Estud. psicol. (Natal)*, 3 (2): 295-306, 1998. [Disponível na World Wide Wed.]

