

Edmilson José Pazinato Carlos

Depressão e melancolia: da perda subjetiva à perda real. Sobre a teoria e
manejo na clínica psicanalítica

Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica:
Teoria Psicanalítica
Orientadora: Prof^a. Dra. Renata U. Cromberg

COGEAE - PUC/SP

2017

Depressão e melancolia: da perda subjetiva à perda real. Sobre a teoria e manejo na clínica psicanalítica

Resumo

Este trabalho tem como objetivo trazer o entendimento psicanalítico a respeito da melancolia e o sujeito deprimido. De início traz aqui uma visão da melancolia ao longo da história da humanidade, da sua concepção sagrada à sua caracterização como doença passível de ser tratada. A partir da metapsicologia da melancolia de Freud e Abraham, onde se tem o entendimento de que a melancolia é uma posição do sujeito frente a uma experiência do seu Eu, trazer uma trajetória teórica do que eles propõe sobre o tema. Em relação à sociedade contemporânea, pretende refletir sobre a questão da depressão como resposta a uma sociedade que cobra e exige, e que não aceita as situações de perda. Quando o sujeito não consegue responder às exigências sociais, fica nele a sensação de fracasso, vazio e culpa.

Por fim, através de recortes clínicos de pacientes em tratamento, a partir de um diagnóstico psiquiátrico, o trabalho aponta em que momento da suas análises foi possível a estes entrarem em contato com sua vida subjetiva e assim apropriar-se do diagnóstico para, em suas análises conseguirem elaborar seus conflitos e sintomas.

Palavras-chave: psicanálise, depressão, melancolia, manejo, clínica.

Agradecimentos

Primeiramente trago a memória de Jorgina Gomez Pazinato, por pegar no meu pé pra estudar, obrigado vó.

Agradeço minha orientadora, a Prof^a. Dra. Renata U. Cromberg que nas supervisões sempre me corrigiu de forma que eu conseguisse me desenvolver na teoria; sua simplicidade em transmitir o conhecimento me fez querer aprender mais.

Pelo suporte dado a mim, por entender meus momentos de ausência, quando com carinho me empurrava a desenvolver meu conhecimento teórico, muito obrigado meu companheiro Márcio.

Pela amizade, pelos cafés em sua casa, e pelas supervisões clínicas, agradeço ao Dr. Aloisio Lopes Priuli.

Também agradeço a minha filha Catarina, por ficar sempre ao meu lado enquanto me sentava para estudar: é tão bom ter você!

Aos meus pacientes, que me ensinam tanto, que me levam também a querer ser melhor, para poder de alguma forma ser melhor para eles.

Aos professores da Pós em Teoria Psicanalítica 2016/2017, vocês são maravilhosos em transmitir de forma simples e tão intensa o conhecimento adquirido ao longo dos anos de estudo e trabalho.

Sumário

Introdução	1
Parte I: Do entendimento psicanalítico	
1. A melancolia ao longo da história	4
2. Do <i>Manuscrito G</i> de 1895 ao <i>Luto e Melancolia</i> de 1917	6
3. A psicogênese da libido- Abraham	10
4. Psicanálise: depressão e melancolia	17
Parte II: Do manejo clínico e suas interpretações numa clínica atual	
1. O sujeito e sua demanda na clínica	20
2. O paciente na clínica psicanalítica quando vem da clínica psiquiátrica	22
3. O manejo clínico: um, olhar sobre o diagnóstico do luto, da melancolia e da depressão	25
1. Caso e manejo I	25
2. Caso e manejo II	26
3. Caso e manejo III	28
Conclusão	30
Bibliografia	32

Introdução

Este trabalho tem como objetivo trazer algumas questões e reflexões minhas sobre o que tenho vivenciado em meu consultório com alguns pacientes que vem passando pelo processo de análise, a partir do diagnóstico médico sobre suas psicopatologias.

De início trago o entendimento de que as patologias aqui discutidas tem também, base na neurologia e na psiquiatria. A propósito, venho apenas trazer a reflexão do quanto a humanidade tem recorrido aos remédios numa tentativa de se abster de uma dor emocional e estrutural.

Ao longo desses poucos mas intensos anos vividos na clínica com pacientes com diagnóstico de depressão, percebo o quanto muitos desses pacientes vem sendo submetidos a tratamentos que não produzem efeitos, a não ser pela sensação de que está tudo bem (nos episódios de mania).

Com tantos atendimentos feitos e de tantas observações baseadas no entendimento e na teoria psicanalítica, vejo o quanto muitos destes se privaram de uma vida de autoconhecimento, de uma construção interna e até de desenvolvimento de si mesmo, por conta de carregar sobre si, uma bagagem pesada, intensa, carregada de dores e sintomas e além disso, um tal CID-10 para dar uma orientação, a aqueles que se encontram perdidos sobre si mesmo, dentro de uma nuvem negra e como seres que não sabem o que podem fazer para si, submetendo-se ao uso de antidepressivos e ansiolíticos.

Este trabalho, vem apontar inicialmente como na teoria psicanalítica se estabelece o início da melancolia, que por esta, se tem uma decorrência de classificações e tratamentos. Sendo que em nossa sociedade, a melancolia é vista como algo de doença. Ao longo do trabalho são apresentados o entendimento da teoria sobre a melancolia, diferenciando-a do luto, e também os efeitos desta posição no tratamento ao longo dos tempos, também nos diagnósticos dados hoje nos consultórios médicos, sua tentativa de colocar cada sintomas em um grupo "F" do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* é um manual de transtornos mentais, e no grupo F do DSM, são classificados os transtornos mentais e suas características) através dos textos mais contemporâneos trazer um pensamento e um questionamento da dor humana hoje, na sua real condição melancólica, no processo de perda, de uma apresentação da psicopatologia

(depressão) por conta do histórico de cada sujeito. Diante da onda de medicamento sem o cuidado ao ouvir de forma mais minuciosa o sintoma do paciente (ter um olhar mais humanizado sobre a dor e sofrimento), cada vez mais o próprio sujeito busca se medicar, ou busca orientação de um médico a fim de tratar seu incômodo por algo que não pode ser tratado com remédios, onde há as tentativas de colocar a dor em um grupo de possível tratamento, parece que tudo está catalogado e para tudo há uma solução. E frente a esta categorização, há possíveis manuais de tratamento. Segundo Dunker, para medicar é preciso de um diagnóstico (DUNKER, 2015), mas e se o diagnóstico estiver errado? o tratamento ajuda ou atrapalha a vida do paciente?

Por fim, após trazer na história o entendimento sobre a dor humana, dos processos psíquicos, da condição melancólica na teoria psicanalítica e também da psiquiatria, trago uma reflexão através de apresentação de três recortes de casos clínicos Neles busco refletir sobre dois caminhos: “o tempo cura ou o tempo mostra e revela?”. Neste caminho pode-se buscar a elaboração do sofrimento com o auxílio aos medicamentos? Ou a escolha medicamentosa excessiva que forma apenas usuários (até porque antidepressivo não cura depressão e ansiolítico também não cura ansiedade)? A elaboração mais linda que alguém pode ter em sua vida é o reconhecimento daquilo que ele é, assumindo responsabilidades em mudanças e transformações, para viver uma vida caindo e se levantando, errando e aprendendo, assumindo seus limites e defeitos...melhorando para si, curando-se para si.

Assim como Freud diz que quando o paciente está em processo de luto, ele não deveria passar pelo tratamento médico (FREUD, 1917[1915]), caso ele perceba e se reconheça como um sujeito de condição melancólica, deveria então parar de se colocar como sujeito doente e parar de se drogar com antidepressivos? Numa tentativa deste, de se pôr como um sujeito seguindo as normas desta sociedade?

Seria possível em nossos dias, o paciente chegar em nossos consultórios e após uma análise ele mesmo se conformar com aquilo que ele é? Sem precisar correr para o estabilizadores de humor numa tentativa de se mostrar mais feliz porque cobram a felicidade dele? Enfim, são essas questões que ao longo deste trabalho são discutidas. Não trazendo o entendimento de que se o sujeito está em uma posição melancólica não pode tomar remédio, numa tentativa de conseguir ter uma vida laboral com menos comprometimentos, mas sim, que o entendimento sobre quem ele é, e sobre como tomar autonomia sobre seu estado psíquico (através da análise do

eu), pode sim viver entendendo que os efeitos de seu psiquismo recaem sobre seu corpo orgânico, deixando-o livre e responsável por si só.

Parte I

1. A melancolia ao longo da história

Ao longo de toda a humanidade e seu desenvolvimento, a melancolia vai aparecer de diferentes formas e de diferentes nomes, apresentada por médicos e estudos filosóficos, sendo até mesmo fonte de inspiração para artistas e poetas. Ao longo da história, a melancolia é dita como sinônimo do furor dos alienados, da acedia dos monges (estado mental caracterizado por apatia e torpor- segundo a psiquiatria e para a teologia é incapacidade espiritual de cumprir deveres de culto ou de aproximação a Deus), da genialidade no período Renascentista, e que no Romantismo vai aparecer como tristeza assombrosa. Hoje na contemporaneidade, a melancolia vai ser tratada como depressão por psicólogos e psiquiatras (PRIGENT, 2005).

A noção de melancolia já no século IV a.C. apareceu pela primeira vez na obra de Aristóteles (1998), nele, Aristóteles fala sobre a bÍlis negra. Ela então vai definir a melancolia como um estado originário da bÍlis negra, a qual correspondem os homens de exceção, aqueles homens que são considerados gênios. Aristóteles passa a definir os homens de exceção que são os poetas, os artistas, filósofos, estes são manifestantes melancólicos. Para ele, estes homens têm uma propensão de seguir a imaginação inseparável da memória. A partir disso, a partir do pensamento e da descrição de Aristóteles, a melancolia então passa a ser associada à imaginação (PRIGENT, 2005). Hipócrates, nesse mesmo século, IV a.C. em sua obra “A natureza do homem”, vai apontar no corpo humano os quatro humores: o sangue, fleuma, a bÍlis negra e a bÍlis branca, ele diz que a saúde do corpo é definida quando esses quatro humores estão em equilíbrio, e se um dos humores se sobressair ao outro, o corpo vai adoecer. Para Hipócrates, é desse equilíbrio que se estabelece a relação entre as características físicas e comportamentos mentais (PRIGENT, 2005).

A partir do século XIV, a acedia então é associada à melancolia, e ao se misturar esses sintomas que tem origem nas faltas, nos erros, pela instituição religiosa que apresenta o diabo semeando a dúvida e a incredulidade, vai se ter uma teoria que estabelece a relação entre a alma e o corpo (CLAIR, 2005).

No fim do século XVI já ocorre uma dissociação entre a imaginação e a melancolia, e difere também a genialidade da melancolia, e já nos séculos XVII e XVIII, já é entendida como um mal, por conta das consequências, dos sintomas no

sujeito melancólico. Já a partir disso, a melancolia vai ser definida como patologia, que então é ligada à imaginação e deve ser tratada.

No período do Romantismo, a acedia retorna colocando nos artistas as mesmas características que se observava na melancolia antiga. Na literatura e na filosofia, já traduzem então a melancolia como algo do desgosto, da tristeza profunda, um imenso abatimento e dor existencial, etc.

Já com o entendimento médico psiquiátrico do século XIX, a melancolia vai então passar para o plano da doença mental por associação, e onde se passa a fazer análise dos sintomas melancólicos (PRIGENT, 2005). A melancolia é definida como mania, loucura caracterizada por delírio parcial com uma tendência triste ou opressiva (PINEL, 1856).

Esquirol (1838) diz que usam a palavra melancolia numa linguagem vulgar para expressar um estado de tristeza de qualquer sujeito, ele propõe então o termo monomania para contextualizar um estado anormal de sensibilidade moral ou física, tendo um delírio circunscrito e também fixo. Para ele, a monomania aparece mais frequentemente por origem hereditária, pelo fortalecimento dos vícios da educação e por causas morais.

É a partir desse fato que é marcado então o início e confusão entre os termos de depressão e melancolia. Berrios (2012), diz que o que fez o termo da melancolia se remodelar foi a partir do estudos de Esquirol, onde ele faz uma distinção entre o que é melancolia e depressão, categoriza os conceitos, faz uma relação da natureza afetiva primária da doença. E ainda segundo Berrios, é em 1860 que já aparece o termo depressão dentro da medicina.

Já no século XIX, em muitos escritos de estudiosos, médicos, já se tem uma associação entre melancolia e memória. Freud renunciou a aproximar a mania da depressão, ele então associa a um destino subjetivo. Para Freud, a doença é ligada ao passado, e das consequências de um passado, os sintomas se manifestam. Segundo ele, a melancolia é uma psicose narcísica. Quando ele retoma o termo melancolia, ele passa a definir ela como patologia, e buscando a criação de uma categoria das psicoses narcísicas, ele entende que o modelo neurótico é insuficiente quando observa os quadros de melancolia em seus pacientes e a partir disso passa então buscar a compreensão da melancolia na formação do sujeito em seu desenvolvimento. (FREUD, 1917[1915]).

Parte I

2. Do Manuscrito G de 1895 à Luto e Melancolia de 1917

Freud quando iniciava buscar dar entendimento sobre as psicopatologias, quando ainda dava passos iniciais para a construção de uma teoria sobre o psiquismo humano, elaborou inicialmente uma teoria energética sobre os processos iniciais de angústia (Rascunho B, FREUD, 1893), a fim de explicar que as causas das neuroses são de tensão sexual nas afecções (modificação, ou alteração, capaz de expressar uma doença; quaisquer sinais de patologias no corpo) nervosas e que em sua etiologia são distinguidas da seguinte forma: a) sobre uma pré-condição (necessária, sem a qual o estado não pode ser reproduzido) e b) os fatores precipitantes. Naquele momento, ele usa então essa fórmula etiológica para descrever cada afecção nervosa, como a melancolia.

A explicação da teoria energética se dá pela tensão da energia sexual somática que acaba se desenvolvendo, e com isso ela atinge um limiar na qual transforma-se em energia sexual psíquica (FREUD, 1893). Ele diz que esse percurso energético pode falhar de três maneiras, sendo 1: a energia somática não chega a atingir um limiar suficiente que possa gerar a tensão; 2: quando não ocorre a transformação da energia somática em psíquica (o que geraria a angústia, o que acarreta a neurose de angústia); e 3: a impossibilidade de realizar a descarga final dessa energia devido à falta de objeto, o que gera a tendência à neurose de angústia (Rascunho G, FREUD, 1895).

Nessa última falha então é que se daria a melancolia, pois o sujeito fica impossibilitado de descarregar a energia sexual psíquica por conta de que não há o objeto para ser investido. Para Freud, a diferença entre a melancolia e a neurose de angústia se dá frente a essa questão da existência do objeto, sendo que na neurose de angústia há o objeto, e que na melancolia não há.

Freud coloca a melancolia como condição na qual um grupo sexual psíquico sofre uma perda na sua quantidade de excitação, que pode ser por uma diminuição ou cessação da produção de excitação sexual somática (neste percurso se daria a melancolia grave, e a coloca como periódica e/ou cíclica), ou quando a tensão sexual é desviada do grupo sexual psíquico. Freud também diz que ao uso contínuo da excitação sexual como na masturbação por exemplo, pode afetar a produção de excitação sexual somática, o que causa uma certa redução desta excitação sexual

somática, o que acarretaria no grupo sexual psíquico seu enfraquecimento, o que ele diz ser a melancolia neurastênica (ele elabora a teoria inicialmente por reconhecer que a neurastenia é uma consequência frequente da vida sexual anormal, deixando claro seu entendimento de que neurastenia é uma neurose sexual (neurastenia no uso da medicina está descrito como neurose que acarreta enfraquecimento da força nervosa; perturbações mentais caracterizadas pela debilidade do sistema nervoso, com sintomas de tristeza, falta de vontade, perda de memória, ideação difícil, impotência, e, com maior frequência, males físicos do tipo das dores de cabeça, perturbações vaso-motoras e sensitivas).

Nesse mesmo rascunho, Freud dá um exemplo e relaciona a melancolia com a anorexia, caracterizando esta como “melancolia da fome”, tendo falha não no plano sexual, mas sim no alimentar, ele coloca uma suposição de que como na melancolia existe uma perda, esta seria então “uma perda provocada pela perda de libido” (seria esta então a neurose da melancolia: a anorexia, onde a sexualidade não se desenvolveu). Também Freud apresenta argumentos para correlacionar a melancolia entre anestesia sexual, que por conta da falta do objeto, levaria o sujeito a se tornar frígido sexualmente.

Freud aponta que na melancolia, o afeto desta seria o luto, por conta de que: deve-se recuperar algo que foi perdido, neste caso, na melancolia trata-se de uma perda e esta seria a perda da vida pulsional (DELOUYA, 2014). Num breve resumo sobre o entendimento desse início de percurso a tentar teorizar a melancolia, poderíamos entender então que a melancolia consiste em luto por perda da libido psíquica e do investimento do objeto.

Essa foi inicialmente a forma em que Freud busca compreender e teorizar essa patologia. Posteriormente a coloca como neurose narcísica, pois como não há descarga e nem investimento da libido no objeto, ela leva o sujeito a considerar-se um nada, combinado à melancolia surge uma angústia intensa. No melancólico, os investimentos de objeto não resistem, isso acarreta uma fixação no regime narcísico- sendo fracassada a passagem para o objeto (DELOUYA, 2014).

Balbure (1994), faz uma diferenciação do luto e da melancolia, onde que no luto há um desinvestimento do objeto que se perdeu e uma renúncia deste Assim fica possível que se retorne a libido ao próprio eu, sendo assim possível investir em outro objeto. Caso o luto não se encerra, ele se torna então o luto patológico- se a libido não retornar para o eu.

Posteriormente, no artigo de 1917- Luto e Melancolia, Freud coloca a melancolia como uma depressão profunda, onde há uma enorme perda do meio externo, desaparece o desejo, há uma presença de dor extrema, tem-se uma inibição generalizada, segundo ele, um desinvestimento narcísico. No texto de 1917 ele aponta as características do luto e da melancolia, e aponta o que ambas têm em comum (perda do objeto), mas que na melancolia a renúncia do objeto perdido não acontece, pois esse objeto passa a ter um estatuto particular para o sujeito, que caindo sobre seu próprio eu, virando sua sombra, este se identifica com o objeto, é como se o melancólico incorporasse este objeto, incorporação que não se transforma em introjeção, portanto não ocorre a identificação. Na incorporação fica traços do objeto, o eu é composto de suas identificações, mas não na melancolia, como se este ficasse num estado de inércia, vazio, mas isso é rompido nos episódios de mania. Moreira (2002) afirma que a diferença entre o luto e a melancolia está no fato de que para o melancólico existe uma outra perda, a do amor-próprio. Segundo a autora, para Freud podia-se observar no melancólico uma redução de sua auto-estima, o que está relacionado com o desinvestimento narcísico mencionado anteriormente.

De acordo com Moreira (2002) outra diferença é que no luto pode-se saber qual foi o objeto perdido, mas nem sempre é assim na melancolia, o que implica que ela está relacionada a uma perda objetal retirada da consciência. É possível que o sujeito saiba quem perdeu, mas não o que perdeu nesse objeto, diz a autora. Se a alguns a perda conduz ao trabalho do luto, a outros conduz ao abismo melancólico.

A melancolia entendida através dos conceitos lacanianos, de acordo com Balbure (1994), é colocada como a doença do desejo- não dá para desejar. Ela produz o declínio, chegando à extinção, do desejo do sujeito, que é justamente aquilo que dá ao sujeito sua consistência simbólica. Isso porque a causa do desejo no sujeito é o objeto, o objeto a, ocasionando, de certo modo, o impulso do desejo. Mais precisamente, é a sua falta que produz o desejo. A partir dessa falta o sujeito irá engajar-se em uma eterna busca por um substituto para esse objeto de desejo, substituto que nunca cumprirá fielmente o lugar do mesmo e que por isso é cambiável e entendido como um engodo.

No caso do luto, trata-se da perda desse objeto, substituto do objeto de desejo, que faz o sujeito tomá-lo como o próprio objeto do desejo. Assim, se ele é percebido e sentido pelo sujeito dessa maneira, não há mais falta e nem desejo.

Trabalhar o luto consiste em remeter novamente tal substituto ao seu lugar de falta, dando, assim, lugar ao desejo. A melancolia para Freud se dá como reação à perda de um objeto amado, onde essa perda tem por si uma natureza de um objeto mais ideal, ele cita o exemplo de uma noiva abandonada no altar, a sensação da perda não é que o objeto morreu, ele foi perdido como objeto amoroso (FREUD, 1917). É comum quando perguntamos aos pacientes que vivem em melancolia a dizer o que perderam no objeto, e eles não conseguem nomear o que foi perdido.

O sujeito melancólico é aquele no qual a perda não se faz elaborar como falta, não desencadeando um processo de luto e sim anulando a falta que ali se encontrava e que permitia a existência de um desejo que o sustentava. É a relação do melancólico com o objeto que caracteriza a melancolia e não simplesmente a perda do mesmo. No luto, o sujeito tem a visão de mundo que se tornou pobre, sem brilho, vazio. Já na melancolia este mundo pobre é o próprio eu, e apresenta características peculiares deste estado como depreciação de si, colocando-se como indigno, desprezível, não sendo capaz. Dirige-se a si mesmo com agressividade e repreensão, há uma forte necessidade de castigo e também espera dos outros a rejeição, busca um rebaixamento, baseia-se no passado para fazer autocrítica, nada em si é visto como bom, sendo ele incapaz para o amor. Este estado então faz com que não haja amor próprio. Ele acha satisfação no desnudamento de si próprio. Aqui tem-se a melancolia como regressão do investimento objetal à fase oral da libido, que ainda é pertencente a etapa do narcisismo. (FREUD, 1917).

Até aqui, parece que uma das diferenças fundamentais em relação à perda no luto e na melancolia, refere-se ao fato de que no luto a perda pode ser nomeada. No luto, trata-se de uma perda consciente, ao passo que na melancolia, trata-se de uma perda inconsciente, portanto não simbolizada. Interessa-nos investigar o que impede a elaboração da perda na melancolia, uma vez que Freud (1917) ressalta que existe uma predisposição patológica para o desenvolvimento da melancolia. Freud esclarece: “Entretanto, em algumas pessoas – que por isso suspeitamos portadoras de uma disposição patológica – sob as mesmas circunstâncias de perda, surge a melancolia, em vez do luto” (Freud, 1917, p.103).

Parte I.

3. A psicogênese da libido- Abraham

Abraham foi um grande parceiro de Freud, quando este estava construindo a luz da psicanálise uma teoria da libido. Junto à Freud, Abraham trouxe um pensamento teórico sobre os quadros depressivos, quando buscava o entendimento das psicoses. Ele ajudou de forma essencial a ampliar, e de se tornar mais conhecida a obra de 1917, no artigo em que Freud diferencia Luto e Melancolia (1917[1915]).

Durante suas pesquisas iniciais, ele se debruça sobre as questões da demência precoce, alcoolismo e também teoriza alguns artigos sobre a simbolização de sonhos e seus mitos. Adiante trata a falar das questões de ejaculação precoce, das fantasias oníricas históricas, das neuroses de guerra, e por fim a questão do complexo de castração nas mulheres. Mas a maior importância e significação de sua obra, foi quando ele desenvolve uma teoria sobre o estágio pré-genital do desenvolvimento, de onde saem dois livros, sendo um sobre a formação do caráter e o outro a tratar da evolução da libido. Ele trouxe uma enorme contribuição quando fez a diferenciação entre psicose maníaco-depressiva e a neurose obsessiva pela análise das relações de objeto.

Quando pela primeira vez ele trata da melancolia, ele então vai fazer uma diferenciação entre depressão e luto, diferenciando-os entre tristeza e a própria depressão. Diz então que na tristeza ocorre um sentimento de origem consciente, e que na depressão, este já pertence a uma natureza mais inconsciente.

A contribuição que Abraham dá, quando falamos sobre a melancolia na psicanálise acontece após sua leitura do texto de Freud em 1917- Luto e Melancolia, onde teoriza que não adianta falar que a melancolia é um luto que não se processou, essa idéia é insuficiente quando se observa os sintomas dos melancólicos, ele então cria uma teoria sobre o desenvolvimento da libido, onde nesta estabelece uma psicogênese da melancolia, que essencialmente usamos na clínica hoje quando investigamos a história do sujeito que se lamenta por algo que não compreende o que é. Ele diz que a tentativa de Freud explicar a melancolia é boa, mas não explica a origem dela, a partir de quando no desenvolvimento do sujeito ela aparece.

Para Abraham, toda perda gera depressão- isso leva a uma perturbação da libido, incapacitando a pessoa para amar, isso aparece como sintoma, que tem como resultado o ódio, quando este é projetado para o externo, levando então a pessoa a

colocar o mundo como responsável de sua infelicidade e colocando em seu discurso que o mundo não o merece, ou ele não merece estar no mundo. Deste mecanismo então surgem atitudes hostis com o resto mundo, surge o sadismo com desejo de vingança. Ele também fala que pela supressão destes impulsos surgem a auto-acusação e também a culpa, mostrando então uma possível satisfação masoquista, que por esta dinâmica entre o fluir de amor e também de ódio vai interferir no desenvolvimento natural da libido- o que segundo ele causaria uma anomalia (ABRAHAM, 1970), e buscando explicar essa anormalidade, ele então vai categorizar a evolução da libido, sendo influenciada pela dimensão desenvolvimentista.

Após os estudos de 1913 sobre a neurose obsessiva onde Freud tem como partida o texto sobre “Os três ensaios sobre a sexualidade infantil” (1905), Freud então faz um acréscimo, em 1915 ao artigo de 1905, onde desenvolve uma ideia de organização pré-genital. Neste acréscimo, Abraham se debruça a estudar as fases de desenvolvimento da organização sexual do sujeito, às quais chamou de “organização pré-genital” (FREUD, 1915). Ele passa a estudar as fases oral ou canibalesca e a fase sádico-anal.

Abraham diz, então, que a fase oral ou fase canibalesca se baseia operacionalmente no processo de incorporar (protótipo de identificação). Já a fase sádico-anal, sob a égide da pulsão de dominação, se expressa pela atividade, pelo movimento do músculo e da membrana anal que é sensível e passiva. Abraham diz que neste momento, onde as atividades pulsionais parciais agem simultaneamente, mantêm-se diferentes em suas finalidades em relação com os objetos.

Com a abordagem da neurose obsessiva e da melancolia como ponto de partida a partir da presença da ambivalência em ambas, Abraham complementa a teoria de Freud. A conclusão que ele chega- a partir da relação que a melancolia e a neurose obsessiva estabelecem com os objetos, é de que o neurótico obsessivo estabelece um conflito entre duas tendências da libido (posta de forma ambivalente), e já no sujeito melancólico seu desejo inconsciente é destruir seu objeto amoroso, dirigindo-se ao objeto com o desejo de incorporá-lo, devorá-lo e destruí-lo, escapando do conflito ambivalente (FERNANDES, 2006). Aqui, o sujeito melancólico está regredido à fase oral- canibalesca. Uma compreensão teórica é de que na neurose obsessiva, essa ambivalência fica insolúvel, já na melancolia, a corrente hostil da libido se torna mais intensa, sendo assim a parte amorosa é expressa por incorporar

o objeto, tentando assim, mantê-lo destruído em vida. É pela forma agressiva que se resolve o conflito ambivalente.

Abraham diz que a regressão que é causada pela divisão provocada pela ambivalência, é que pesa ao sujeito melancólico. Refere este raciocínio quando o sujeito está passando por um momento de crise, pois enquanto vivencia os “intervalos” dessa crise, semelhante à neurose obsessiva, as correntes de amor e ódio estão em equilíbrio (ABRAHAM, 1970).

As patologias se expressam por sintomas depressivos, que tem relações com perdas significativas ao sujeito, é por meio da anterioridade das experiências de perda vivida na melancolia e pela ameaça de perda no neurótico obsessivo, isto é, ameaça sofrida na neurose obsessiva ou a concreta sofrida do sujeito melancólico. Ele também diz que outra questão que é diferente entre neurose obsessiva e melancolia, é que na melancolia pode-se apresentar por periodicidade, de forma cíclica, e já na neurose obsessiva, vai se apresentar de forma crônica, com caráter contínuo e, para se fazer a distinção, por ambas se mostrarem nos “intervalos livres”, por comportamentos semelhantes, Abraham usa da formação do caráter, para definir uma nomenclatura que diferencia, um caráter obsessivo de um caráter melancólico que se considera anormal.

Quanto a regressão a uma fase pré-genital da libido; tanto a melancolia, quanto a neurose obsessiva, se aproximam e se distinguem, se diferenciam pelas suas fixações, o que vai diferenciá-las e caracterizá-las em distintas clínicas. Quando Freud desenvolve em seus escritos três fases do desenvolvimento da libido (oral, sádico-anal e genital), nas pesquisas clínicas são revelados dois aspectos: no erotismo anal, há duas tendências de prazer, que são opostas, que dentro do campo dos impulsos sádicos coexistem: ativa e passiva, uma tendência busca conservar o objeto, a outra tem como finalidade a destruição do objeto (FERNANDES, 2006). Quando as tendências conservadoras de reter e controlar sentimentos prevalecem, do conflito se dá lugar para os fenômenos compulsivos, o que vemos na neurose obsessiva; já quando as tendências sádico-anal opostas prevalecem, a tendência que visa expelir e destruir o objeto, caracteriza uma depressão melancólica.

Abraham descreve o que seria normal da relação com o objeto sendo que o percurso seria inicialmente auto-erótico. A libido da criança necessita do objeto, após isso, toma o ego como primeiro objeto e posteriormente, ao processo do desenvolvimento ela se volta ao objeto externo, sendo que neste processo existe um

conflito ambivalente, este estágio segundo ele é superado enquanto a criança avança pela infância, sendo assim uma possível relação amistosa com o objeto (FERNANDES, 2006).

Segundo ele, o aspecto regressivo que diferencia a melancolia da neurose obsessiva, se dá pela relação com o objeto. Ele descreve que na neurose obsessiva, é durante um estágio anterior ao momento expresso pela destruição que ocorre a regressão e perda do objeto. Ele é conservado, o que é diferente na melancolia, pois nesta, o objeto é abandonado, o que desfavorece seu resultado.

Todas as pessoas fazem a introjeção, porém com certas peculiaridades.

Abraham considera de suma importância o entendimento e a elaboração que Freud dá no texto de 1915-1917, e Abraham se atenta a descrever uma teoria onde pretende pensar para que serve a introjeção, se é para conservar o objeto e aos poucos conseguir elaborar o luto, ou se serve para o rompimento do vínculo com este objeto (ABRAHAM, 1970).

Segundo Abraham, ao descrever sobre o que é normal, ele diz então que o normal é que a introjeção irá funcionar como um mecanismo para conservação da pessoa como objeto morto, a qual é motivada pela perda real, sendo assim, compensa sua perda em um caráter temporário. Já ao melancólico, retorna o objeto para si (pois não sabe o que perdeu), por uma identificação de natureza narcísica, sendo seu caráter permanente. O autor entende que nas tendências hostis que são direcionadas ao objeto, ocorre um conflito que é radical, sendo marcado pela existência de seus sentimentos ambivalentes, na qual só consegue fugir quando este se refugia na oralidade. O percurso é de que para si próprio volta-se com hostilidade, o que antes era sentido em relação ao seu objeto. Abraham ainda diz que entre as tendências da libido há um conflito e existe também um outro conflito: o intra-egóico.

Por meio da observação clínica e também se apoiando nesse raciocínio, ele postula: “o inconsciente encara a perda de um objeto como um processo anal e sua introjeção como um objeto oral”, a partir disso então ele postula que todo melancólico sempre foge ou busca fugir dos impulsos sádicos-anais (ABRAHAM, 1970).

A partir então deste entendimento, irá fazer uma investigação de como se processaria os mecanismos típicos da fase oral, pela presença ou não da ambivalência, nas ações típicas dessa fase do desenvolvimento da libido (FERNANDES, 2006).

Segundo ele, a fase oral se destaca por duas ações: o sugar- que seria pré-ambivalente, e o morder- que já seria uma fase ambivalente (aqui é nomeado de sádico-oral). Abraham diz que no sujeito melancólico, essa relação ambivalente que direciona a vontade de destruição do objeto amado, escapa deste impasse (no momento da perda do objeto). Vai então regredir para as fases mais primitivas, onde suga (devora) o objeto até que seja ameno o conflito ambivalente, menos violento então. Aqui é estabelecida uma relação ambivalente mais adequada, que vai persistir nas fases de desenvolvimento posteriores, mesmo que alcance um estágio que liberte o conflito ambivalente marcando, portanto, suas características de relação objetal.

Abraham então enuncia o desenvolvimento da libido em suas características da seguinte forma: fase oral primitiva (caracterizada pela sucção, sendo a fase auto-erótica e não há um objeto externo, também é pré-ambivalente); fase oral posterior (caracterizada pelo movimento canibalesco, narcísico, com a incorporação total do objeto e é fase ambivalente); fase sádico-anal primitiva (onde o amor pelo objeto é parcial, com a incorporação do objeto sendo ambivalente); fase sádico-anal posterior (com amor parcial do objeto, onde não ocorre a incorporação e é ambivalente); fase genital inicial- a fálica (com amor objetal não genitalizado, ambivalente); e por fim, a fase genital final (caracterizada pelo amor objetal, livre de conflito, sendo ambivalente).

Quando Abraham postula a psicogênese da melancolia, ele reúne os seguintes elementos: o fator constitucional, que é herdado que exceda o erotismo oral; fixação da libido neste estágio oral; sequência de frustrações e desapontamentos infantis, até antes mesmo que os desejos edipianos tenham sido superados, o que culmina em lesão ao narcisismo, levando a criança ao desapontamento primário na vida ulterior, é o que desencadearia a depressão melancólica (FERNANDES, 2006). Inicialmente as frustrações e desapontamentos amorosos envolvem a relação entre a mãe e a criança, para posteriormente ser dirigida a todos os seus sintomas.

Segundo Abraham, o Eu-ideal é construído então pela introjeção do objeto amado, sendo assim, passa a funcionar como consciência pra ele.

Para Abraham a melancolia se resumiria assim: por conta de uma experiência onde o sujeito melancólico sofre uma decepção ou desapontamento que chega a ser insuportável pela parte de seu objeto de amor, o melancólico então passa a expelir esse objeto como se fossem fezes, e busca destruí-los. Depois disso, vai realizar o ato de introjetar e devorar este objeto, sendo caracterizado a melancolia de

identificação narcísica. Na vingança encontra então satisfação, o que atormenta o ego, que de forma ambivalente gera prazer (parcial). Esse período de auto-tormento dura até que o decorrer do tempo e o apaziguamento gradual dos desejos sádicos tenham afastado o objeto amado do perigo da possível destruição (FERNANDES, 2006). Quando isso acontece, o objeto amado pode sair do seu esconderijo no ego e o sujeito melancólico restaurá-lo em seu lugar no mundo exterior (ABRAHAM, 1970, p.123-124). Essa apresentação sistemática que é apresentada nestas passagens pelo desenvolvimento libidinal, tenta mostrar como são as satisfações das pulsões que admitem, por definição, seus modos de gozo libidinal, ficando inerente à própria dualidade pulsional, ou seja, embora o sujeito alcance o gozo libidinal, nele está envolvido também mecanismos de destruição que também são satisfatórios. O sadismo se expressa com as finalidades de destruí-lo, eliminar, morder, despedaçar, e controlar, e se expressa tanto de forma oral como anal. Abraham relata isso:

No estágio de morder da fase oral, o sujeito incorpora o objeto em si mesmo, e assim, o destrói. Basta observar as crianças para ver-se o quão intenso, é o seu impulso de morder- um impulso em que o instinto de comer e a libido ainda cooperam, Este é o estágio no qual predominam os impulsos canibalescos. Assim, uma criança é atraída por um objeto, está sujeita, fadada, mesmo a tentar sua destruição. É neste estágio que a atitude ambivalente do ego para com seu objeto começa a se desenvolver-se (ABRAHAM, 1970, P. 112)

Segundo Mezan (1999), a melancolia não pode ser descrita como resultado de um conflito de tendências pulsionais predominantes, mas uma tentativa de escapar desse conflito. Pelo impulso da defesa contra o impulso de destruição do objeto, o sintoma aparece para expressar o sofrimento psíquico do sujeito melancólico. Quando o impulso de destruição se dirige ao sujeito, para manter vivo o objeto amado, ele então vai fazer o movimento de incorporar e introjetar este objeto. Mezan também segue dizendo que o sujeito melancólico vai tender para a fase oral-canibalesca pré-ambivalente e que por se tratar de uma tendência, o sentido pode invariavelmente ser alcançado (MEZAN, 1999).

Para entender o paciente melancólico, é importante pensar que na relação com o objeto, sua perda representa uma ameaça de destruição do EU. Para o melancólico,

a ligação com o objeto é estabelecida e marcada pela ameaça de que o objeto seja sempre perdido. Apresenta a sensação de perda, não fica a dúvida no sujeito.

Ao perguntar ao sujeito em sua análise o que foi que se perdeu, qual a sensação da perda, ele não nomeia, porque não percebe em si, o que foi lhe tirado, ou que por hora o ameaçou. A angústia pela falta, apresentada pela ameaça, representa a angústia do EU frente ao perigo de não mais sobreviver ao desaparecimento do objeto (FERNANDES, 2006).

Logo a melancolia se apresenta muito mais como forma de expressar regressivamente a tentativa de manter o objeto perdido, como vivo, do que o resultado do procedimento regressivo em si. Fédida diz: *não é a perda que faz regredir, mas é para não assimilar a perda que se regride* (FÉDIDA, 1999).

Parte I

4. Psicanálise: depressão e melancolia

Desde quando Freud iniciou os seus estudos sobre melancolia e depressão, ele vem buscando fazer uma diferenciação sobre o entendimento delas, por origem, por sintomas e sobre tratamento para ambas (MOREIRA, 2002). Desde os escritos no Manuscrito G (FREUD, 1895) ele declara que a melancolia aparece de uma anestesia sexual psíquica, e que desta anestesia, o sujeito não apresenta desejo sexual, e para a depressão, Freud aproxima o entendimento dela mais para uma neurose de angústia.

Moreira (2002), relata que após a publicação da 4ª edição do *DSM- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (da Associação Psiquiatra Americana)*, e também do *CID- 10 da Organização Mundial de Saúde*, o termo melancolia foi extinto, e então, há um distanciamento da metapsicologia psicanalítica. A partir dessa dissolução entre o entendimento do que se tinha da melancolia como base formadora de uma apercepção de mundo, e a melancolia como origem de sintomas, teve-se então, perdas significativas tanto na teoria, quanto na clínica com sujeitos melancólicos, já que a partir da 4ª publicação do DSM e do CID-10, exclui traços distintivos da própria dinâmica psíquica destes pacientes, até mesmo as características que mais deixam os sujeitos angustiados como o forte sentimento de culpa e os impulsos destrutivos, e que a partir dessa indiferenciação, ocorre até mesmo problemas quando se estabelece um tratamento clínico.

Freud fala que os sujeitos por ele atendidos apresentavam estados depressivos, mas não se debruçou a estudar muito sobre o tema, já que ele mesmo percebia que em qualquer estrutura podia-se apresentar a depressão no sujeito (DELOUYA, 2014). Para Lambotte (2007), a melancolia é uma patologia de caráter narcísico e que pode aparecer na depressão de forma diferente, sendo que para ambas pode-se aparecer a falta de interesse pelo mundo exterior, porém, na depressão, por um acontecimento real, como no luto por exemplo, o desinteresse pelo externo acontece pela decorrência de um acontecimento traumático, como separação, problemas relacionados às funções laborais. O sujeito depressivo tenta elaborar o trauma num investimento de energia e na depressão não é relacionada a uma falha narcísica (MENDES; VIANA; BARA, 2014).

O sujeito melancólico é aquele que não perdeu o objeto, e sim, ele mesmo perdeu-se do objeto (PINHEIRO, 2005), já o depressivo, fala do objeto perdido, fala de um momento de sua vida, trazendo hoje em seu discurso uma perda de si mesmo, de um tempo que não volta mais.

O pensamento aristotélico acreditava que a melancolia é inerente aos homens de exceção. Desde a época clássica se tinha a melancolia não apenas como patologia mas como um estado do ser. Sendo assim, o pensamento melancólico acionava todo um processo criativo e espontâneo dos homens de exceção. Na presente depressão, vai ser substituído pela compulsão e introjeção de objetos, por isso, o remédio pode ter também um valor psíquico, o que Winnicott diz que são os objetos transicionais (WINNICOTT, 1975), onde se tem algo do exterior que introjetado pode trazer um certo alívio frente à angústia interna. Pelo estado de subjetivação dos sujeitos melancólicos, característicos dos homens de exceção, predominava a simbolização. Já na caracterização atual da depressão, prevalece o vazio, o sujeito não sabendo lidar com suas frustrações, ficando assim pobre de simbolização, e o excedente pulsional vai percorrer o caminho da ação.

FÉDIDA (1999), traz um entendimento de diferenciação entre melancolia e depressão, sendo que na depressão o conflito aparece pela ausência de culpa, pelo não conflito entre ego e superego, o conflito é entre ideal de ego e o próprio ego. Já na melancolia, a culpa e também o conflito são mais fortemente expressados. A respeito do Outro, que não teve conferido ao recém-nascido um lugar em seu desejo (primeira versão imaginária- materna), têm-se a desesperança no sujeito melancólico (KEHL, 2009), quando o Outro deveria ter-se feito presente mas não o fez. Já para aqueles que são depressivos, o Outro aparece em demasia, de forma que não se tenha a falta, dificultando a capacidade deste de sonhar.

Fédida (1999) diz:

Podemos Levantar a idéia de que a depressão é um *afeto* cuja característica seria a alteração do tempo, a perda da comunicação intersubjetiva e, correlativamente, um extraordinário empobrecimento da subjetividade (p.11).

Para Fédida, faz parte da vida psíquica a depressividade, pois ela se faz necessária para que a criatividade seja desenvolvida e aprimorada e a não simbolização caracteriza a depressão (1999). Já para Kehl (2009), a posição de

depressão se dá por conta de que uma mãe, que foi excessiva em atender a criança, não permitiu que a criança percebesse a falta, ela não pode vivenciar a ausência. Neste caso, ela não viveu seu desejo, pois a “mãe lhe emprestava”, a criança teve que abrir mão do seu próprio desejo em função do desejo do Outro, ficando pobre a imaginação desses sujeitos, onde não conseguem fazer planos, projetos futuros e ficam incapazes de sonhar.

A psicanálise relaciona a depressão e melancolia num aspecto comum: perda. Para Freud a melancolia é uma neurose narcísica, um estado inconsciente onde o sujeito não consegue elaborar o luto, já a depressão é associada a um afeto, pode ser um estado ou apresentação de sintoma com tristeza, angústia, inibição e desgosto. O trabalho psicanalítico consiste em fazer o sujeito compreender a perda, trazer um novo significado subjetivo, assim, o psicanalista busca realizar um trabalho de reavivar as lembranças para se fazer sentido.

Parte II

1. O sujeito e sua demanda na clínica.

Em nossos consultórios hoje vivenciamos muitas demandas, novas patologias, novas tentativas de se retirar o peso causado por um sintoma psicológico. Com as novas demandas, observamos o quanto a vida cotidiana é preenchida com muitas atividades, e destas, o sujeito precisa de forma as vezes rígida controlar seu tempo. Essa sociedade em que vivemos hoje causa uma necessidade de planejamento, cobra tempo, prazo, melhores investimentos, ficando ao sujeito a tentativa de controlar tudo, o que gera pela demanda uma certa ansiedade. Lipovetsky (2004), conta que dessa necessidade de organização, aparece uma característica, e dessa nossa sociedade temos a hiperatividade. É dessa demanda de ser mais ativo, do que pode ou consegue, que impossibilita o sujeito a viver sua vida de forma mais calma, ter suas experiências com mais vida elaborativa. Observamos que frente a toda essa vida pautada em “resolver os problemas” de forma rápida, tira a atenção do sujeito para olhar ao redor, não se tem tempo para lembrar, rememorar e nem refletir sobre o que está acontecendo ou o que aconteceu.

Dessa forma não consegue perceber a dor e elaborá-la, falar de seu sofrimento, procurar um ouvido para escutá-la e nem mesmo perceber o quão é necessário entender a angústia, para que ela não seja transformada em sintoma pior. Hiperatividade, pela cobrança do mundo externo, do investimento no mundo externo, fica ao indivíduo a necessidade de reagir rapidamente às experiências de perda, deixando de lado a elaboração do que se perdeu, como se perdeu, e qual a sua importância e então ele não elabora o luto. Os estados em que o sujeito vivencia a depressão passam a ser banalizados, direcionando a perda afetiva para uma melhoria que se diz funcionar com uso de remédios para os sintomas derivados dessa perda. Não temos mais o sujeito que se responsabilize por sua própria vida psíquica, temos o medicamento, mas e quanto aos “entregadores de cura” que não atentam para observar a demanda do paciente por não ter mais tempo na consulta? Temos a medicação! A qual se for usada de forma excessiva e inadequada pode contribuir ainda mais para a desresponsabilização do sujeito frente a sua dor (MENDES; VIANA; BARA, 2014).

Para a dor endógena, toma-se o comprimido e espera-se o seu efeito. Freud (1917, p. 172) diz que: “jamais nos ocorre ver o luto como um estado patológico e

indicar um tratamento médico para ele...consideramos em que será superado após certo tempo, e achamos que perturba-lo é inapropriado, até mesmo prejudicial". Quando se medicaliza a tristeza, o sujeito pode ser impedido de elaborar o que causa essa tristeza; sendo assim o sujeito perde a capacidade de construir novas referências a partir dessa experiência.

O que percebemos hoje na clínica, com o aumento de diagnósticos de sujeitos com depressão, é que há um conflito entre uma demanda do ambiente em que ele vive, que espera que ele consiga superar tudo de forma rápida, porque não conseguem vê-lo triste, pra baixo, desmotivado, sem vontade e ânimo, e por outro lado sua própria demanda de dor que necessita de tempo para ser elaborada.

Nessa sociedade do século XXI onde as patologias narcísicas acontecem por conta de supervalorização de que se é outro que se possui, como a melancolia que foi uma forma de expressão do mal-estar no século XIX, a depressão já é considerada este mal-estar (MENDES; VIANA; BARA, 2014).

A melancolia é uma psicose, que se apresenta como uma destruição do eu, e por conta disso, é necessário diferenciá-la da depressão. O diagnóstico pode ajudar no tratamento ou pode atrapalhar o andamento da análise do sujeito.

Mendes (2013) diz que entende que a melancolia é uma patologia narcísica, mas por conta de uma sociedade que passa a supervalorizar o individualismo, a melancolia é também um sintoma, sendo o sintoma a expressão de patologia.

Parte II

2. O paciente na clínica psicanalítica quando vem da clínica psiquiátrica.

Em nossa sociedade atual, temos duas apresentações de modelos da medicina psiquiátrica: a psicodinâmica e a ortodoxa voltada hoje mais para a ciência cognitiva. Se por um lado temos médicos psiquiatras que vão além da patologização ao ouvir a demanda do paciente, buscando ter um entendimento sobre a origem do sintoma apresentado pelo sujeito, por outro lado, temos, pelo avanço das máquinas de ultrassonografia e ressonância magnética, cientistas descrevendo a constituição do sujeito em sua forma literal, baseando-se em conteúdos explicados com provas, ficando fácil a eles o direcionamento do tratamento com remédios para cada tipo de dor emocional ou perturbação psíquica.

Foi por conta desse conflito entre provas concretas e provas teóricas, que a partir do DSM-III-R (1987), a psicanálise que antes tinha sido irmã da psiquiatria, e tinha contribuído por décadas no tratamento de pacientes e seus sofrimentos psíquicos, foi substituída por provas substanciais da neurologia, e que em seus avanços científicos, como provas em pesquisas orgânicas e biológicas, dividiu então a medicina psiquiátrica. As causas de uma doença deveriam seguir um princípio classificatório somente quando é claramente conhecida (GRINKER, 2010) e o que era visto como vago e não científico passa a ser excluído (DUNKER e NETO, 2011). O que antes, tanto a psiquiatria quanto a psicanálise tinham como objetivo a compreensão do problema fundamental da origem do sintoma, ambas tratavam então o problema e não seus sintomas, nos manuais anteriores, DSM-I e II, faziam categorias psicanalíticas de neurose e psicose, como forma de identificar, tratar e buscar a cura para os sintomas dos pacientes.

Então como tratam os psiquiatras as doenças que não tem origem somática? Isto é: aqueles sintomas que não tem origem no corpo físico? Por um lado temos um sujeito com o corpo todo carregado por sintomas físicos, e que estes sintomas podem ter origem psíquica, e por outro lado temos uma sociedade que olha para esse sujeito talvez como alguém doente e que precisa de cura para suas dores. Sim, o sujeito pode adoecer, e numa tentativa de se curar fisicamente busca ajuda com remédios- estes pacientes por breves momentos percebem uma “cura” o que fazem acreditar que o remédio fez o efeito prometido, porém, o que percebo na clínica com pacientes que fazem acompanhamento psiquiátrico, é que após 90 dias de uso de um

determinado remédio, o efeito deste passa, e faz com que ele acredite que tudo voltou ao normal, e que ele se curou meses antes de seu tratamento terminar conforme seu médico havia mencionado, deixando então, pela crença de que está tudo ok, o uso do remédio.

Uma vez que este paciente já teria sido diagnosticado para seu sintoma, e que o tal remédio já havia lhe feito bem antes, ele então já chega no consultório médico psiquiátrico falando o que era bom para ele tomar. Esse é um discurso muito observado em pacientes que fazem tratamento multidisciplinar. O sujeito então passa a buscar a cura pra sua dor em algo externo, introjeta uma substância capaz de alterar sua apercepção de mundo, e cada vez que o sintoma volta, na tentativa de se sentir bem e de forma rápida, sentindo menos efeitos dos conteúdos psíquicos que não consegue elaborar, ele fica então preso ao sistema da medicalização, na tentativa de tamponar as dores físicas e psíquicas, deixando-o adormecido quando deveria elaborar o que estaria gerando o sintoma e seu sofrimento.

Segue um exemplo de um caso:

Paciente chega na consulta com o discurso que quem lhe mandou ali era o psiquiatra, que já estava em tratamento para depressão há mais de um ano, e que como o remédio parecia não estar fazendo efeito, a “psicoterapia ajudaria”. Questionado em porque não havia buscado antes a ajuda de um psicólogo, diz que teria que dispor de um tempo que não lhe sobrava.

Recebemos casos assim aos montes na clínica hoje. Por um lado temos um médico que não acredita na psicanálise e por outro lado, temos um sujeito que não quer se responsabilizar por trazer cura para si, entende que precisa de algo mais rápido.

Mas não são todos os que pensam assim, há aqueles que pela ingenuidade, não recebem orientação para buscar ajuda para entender sua própria vida psíquica. Esses carecem de acolhimento, o holding dos terapeutas como Winnicott diz (WINNICOTT, 1972). O que fazer então com esses que levados pelo entendimento do Outro, carecem de cuidado e orientação na sua análise? Esses podem ser mais complexos na tentativa de levá-los ao entendimento sobre suas questões psíquicas, e serem mais resistentes, ou podem ser os que se entregam pelo trabalho

psicanalítico, pois percebem o quanto se deram ao mundo, deixando para si pouco de vida.

Acredito sim no trabalho psiquiátrico, principalmente nos momentos de crises com sintomas que paralisam o sujeito de suas atividades laborais e até mesmo nos processos emocionais, mas a qual preço? Frente a sintomas graves de incapacitação, a medicalização pode oferecer um mínimo de qualidade de vida, mas sobre esse efeito, até quando o sujeito medicado se torna incapaz de tomar para si a elaboração que estaria causando os sintomas. Vejamos no processo de luto, a dor real frente à perda de uma pessoa querida por exemplo. No filme *Yentl* (1983), após a morte de seu pai, a mulher que foi criada sozinha pelo seu pai em uma cultura judaica, tem 7 dias para o sofrimento e lamento segundo a crença, depois disso precisa seguir com a vida. Em nossa cultura você pode faltar 3 dias do trabalho, após isso seu sofrimento fica apenas com você, nada de ficar triste durante suas tarefas. E como fica o processo de perda após o tempo delimitado culturalmente? Como sair da cama e ir para o mundo externo quando o interno ainda sofre? Da decorrência desses sintomas se recorre ao tratamento rápido, deixando um livre caminho para a não elaboração dos sintomas e a entrada para uma depressão que pode ser a longo prazo bem mais carregada de sintomas destrutivos (FREUD, 1917).

O que deixo como reflexão é o uso que a sociedade tem feito dos remédios, numa tentativa de correr de si mesmo, tornando assim o sintoma leve e fácil de conviver, como um bichinho de estimação, que vai crescendo e crescendo, até tê-lo como parte de si, pelo investimento afetivo. A escuta psicanalítica dá lugar ao sujeito onde em um mundo onde há cobranças, punitivo, ameaçador, vivências de desprazer e angústia, ele possa então ter um lugar para entrar em contato com sua vida interna, vasculhar pelas memórias as causas de seus sintomas. Neste espaço onde ele fala, o sujeito em análise escuta a si mesmo, pelas repetições, pelas ambiguidades, contradições e acontecimentos são pontuados para que ele perceba, elabore sobre seu funcionamento, assim assumindo seu próprio controle, percebendo qual sua inscrição subjetiva.

Parte II

3. O manejo clínico: um olhar sobre o diagnóstico do luto, da melancolia e da depressão.

Ao longo desses anos atendendo pacientes na clínica, vejo o quanto o entendimento psicanalítico colabora para trazer a luz os conteúdos inconscientes de pacientes que se encontram em “tormentos” causados pelos sintomas. No início da psicanálise, uma paciente atendida emprega o trabalho feito com ela como “a cura pela fala” (FREUD, 1895). Peter Gay (1989) diz que o que fez com que essa paciente se torna-se tão famosa e necessária para a construção da psicanálise, foi de que sozinha ela realizou grande parte do trabalho de imaginação. Adiante, Freud percebe o quanto essa paciente continha “a célula germinativa do conjunto da psicanálise” (FORCHESATTO, 2011). E a partir desse caso, a escuta de uma fala tornou-se um método.

E ainda hoje vemos a cura pela fala agir em nossos pacientes. Na sociedade contemporânea, onde desejos inconscientes devem ser reprimidos também para uma tentativa de sobrevivência no mundo externo, trago três recortes de casos clínicos, ambos diagnosticado com depressão, com suas características peculiares, sendo acompanhados por psiquiatras e fazendo uso de remédios para controlar sintomas, esse uso não trouxe a remissão dos sintomas, sendo então, meses após o início do tratamento, indicados para psicoterapia.

3.1 Caso e manejo I.

Um jovem de 21 anos, que frente às pressões familiares (mãe basicamente) tem de abrir mão de sua primeira grande paixão na vida. Desde o início dessa relação, sua mãe se opõe, deixando claro sua insatisfação com ele. Passados 5 meses de namoro, vivenciando o auge da paixão, sucumbindo às pressões da casa, tem de abrir mão desse objeto amoroso, entrando em um luto. Apresenta “sintomas” de falta de vontade, falta de ânimo, comprometimento em seus estudos, falta de apetite e outros sintomas decorrentes de uma perda real. A mãe, observando a situação, leva o filho para a psiquiatria, e lá ele recebe um diagnóstico CID-10 F32 (diagnóstico para sintomas de depressão) e uma receita para compra de comprimidos que lhe farão ficar bem novamente. Após 6 semanas de uso sem

perceber efeito algum e não se adaptando aos remédios sentindo efeitos indesejáveis, é direcionado a fazer análise.

Durante sua psicoterapia, o paciente relata o quão foi dolorido fazer a escolha entre a paixão e sua mãe, mas que percebe o quanto deveria ter lutado por aquilo que tinha. O conflito entre ideal de eu e eu ideal nesse caso chama a atenção quando ele entra no discurso que perdeu algo para si para não perder o Outro. Durante as sessões, o manejo clínico é fazer ele perceber qual foi sua perda real, e retirar de si um diagnóstico que vai contra até mesmo o Manual que o diagnosticou- presença de 12 semanas para diagnóstico. No seu processo de falar, de se ouvir, de se entender com sentido sobre o que o levaria naquelas sessões, os sintomas tiveram remissão e com o passar das semanas ele mesmo abandona o tratamento psiquiátrico, pois consegue elaborar a perda, e aos poucos investir de novo sua libido no mundo externo. Volta ao psiquiatra para relatar isso, e então o médico dá um ok, que também seu trabalho foi feito.

O diferencial desse manejo foi levar o paciente a perceber sua perda real, entender o abandono de algo substancialmente importante para ele, já que este objeto seria o seu primeiro grande investimento afetivo e recebia deste o tanto em troca. Aqui faz sentido no tratamento psicanalítico o que Freud cita no texto de 1917: “jamais nos ocorre ver o luto como um estado patológico e indicar um tratamento médico para ele...consideramos em que será superado após certo tempo, e achamos que perturba-lo é inapropriado, até mesmo prejudicial” (p. 172). O paciente se deu alta quando percebeu que as causas dos seus sintomas foram analisadas. Emergiu para sua consciência questões relacionadas ao conflito entre ideal de eu e eu ideal, que precisam ser analisadas para que ele não fique mais preso aos sintomas.

3.2 Caso e manejo II

Paciente mulher, 39 anos, já faz tratamento psiquiátrico há mais de 14 anos, já passou pelo processo de psicoterapia algumas vezes, mas que por conta da morte da sua irmã por câncer, resolve por si tentar a psicanálise. Mergulhada em profunda tristeza, com comprometimento social e laboral, recebe o diagnóstico de depressão, e faz uso de diversos remédios para controlar humor e sono. Nas primeiras sessões de análise diz não ter conseguido chorar desde que sua irmã faleceu, mas com a frequência das sessões e pelo método da associação livre

consegue perceber o que perdeu. Refere que junto com sua irmã, ao fechar dos olhos e lembrando o caixão descendo para o túmulo, vê naquela cena, com muito desespero o que se perdeu: sua missão no mundo. Ao longo das sessões, a paciente se descreve com alguém que se percebe invisível ao mundo, e que sempre foi assim, mas com o adoecimento da irmã, passou a cuidar dela, tendo para si a responsabilidade de vida, e que após a perda real, sente-se culpada pela irmã ter morrido. Também em análise, ela percebe outros momentos de perdas significativas em sua vida afetiva. Dou a ela o diagnóstico de melancolia, quando aparece em sua análise a sua vida e desenvolvimento infantil, que em investigação a leva a descobrir que quando vivia a primeira infância fora privada do acompanhamento materno, deixando-a viver com uma tia negligente.

Essa paciente segue em análise, buscando elaborar as perdas reais em sua vida, e que quando consegue elaborar, goza de remissão dos sintomas, estes que são relacionados a perda real do objeto. Já sobre o entendimento melancólico, pela psicanálise, conduzo a paciente a buscar benefícios durante os episódios melancólicos, fazendo-a a entender os episódios cíclicos (FREUD, 1895). Em análise, a paciente consegue por alguns momentos se perceber como objeto faltante, e que ao perceber o Outro em sua vida e desenvolvimento, consegue parcialmente se perceber como sujeito desejante também. Aquele lugar dela em análise é o que a faz conseguir um pouco de fôlego para poder na semana se manter controlada e atacar menos o ambiente com agressividade direcionada a quem a perturbe. A paciente relata que o que a mantém viva é sua mãe- se não já havia tentado contra a própria vida, a psicoterapia, onde consegue falar sem se reprimir e achar um sentido para tudo, e os remédios, que toma mais no sentido de um objeto transicional (WINNICOTT, 1975). Percebo que nas últimas sessões a paciente ataca a figura do analista, pois na tentativa de mostrar um lado seu que despertaria um entendimento sobre o apego ao objeto perdido em relação ao falecimento da irmã, ela se nega a aceitar, pois traria sentido, pois ficaria claro para si o desdobramento de sua vida e personalidade, o que acarretaria tentativas de mudanças, para que os sintomas não mais a perturbe. O diferencial do manejo com essa paciente, foi de conduzi-la a perceber seu funcionamento, revelado a luz da sua própria palavra.

3.3 Caso e manejo III

Paciente mulher, 48 anos, há mais de 20 anos sendo tratada com ansiolíticos e antidepressivos, com outras patologias no corpo na qual se tem diagnóstico crônico. Vem buscar ajuda na psicanálise. Já tinha feito sessões antigamente, e percebe que os sintomas comprometem sua vida laboral. Sente muitas dores no corpo, e queixa-se de que na onda cíclica dos sintomas psíquicos, perde a vontade, fica sem ânimo e passa o dia acamada. Casada, recebe suporte do marido e da filha, mas estes aparentam descrer de uma possível melhoria. Segue afastada de sua atividade laboral, sem investimento libidinal em nada, sobrando os sintomas.

A paciente consegue ter boa elaboração de seus conteúdos psíquicos, embora que por vezes aja de forma resistente quando por si mesma traz a consciência seu estado interno depressivo. Em sua análise retorna a sua fase de desenvolvimento infantil, e se emociona ao falar de como era a vivência com a figura materna, a única menina dentre os 4 irmãos, teve que viver a infância que a mãe não teve por ter vivido em isolamento religioso- a mãe se desenvolvera em situação de abrigo para meninas. Quando fala de como era a figura materna, se lembra de como deveria se comportar, se vestir, em como a mãe a levava a pensar sobre como deveria ser uma mulher decente (SIC), ficando a paciente a reprimir ou sem poder sentir seus próprios conteúdos internos. Kehl, (2009), diz que para aqueles que são depressivos, o Outro aparece em demasia, de forma que não se tenha a falta, dificultando a capacidade destes de sonhar. E assim essa paciente, pelo sufocamento da figura materna, não sobrou a ela a fantasia. Durante o manejo com a paciente levo-a a buscar sentido sem medo daquilo que seria bom para ela, limpando o caminho das dúvidas sobre quem ela é, fazendo-a fortalecer sua eu. Pela associação livre, ao emergir quem ela é pela fala dos outros, passo a mostrar que o discurso do outro é para o outro, e que pelo fortalecimento de seu posicionamento sobre si, passa a sentir uma liberdade pela fala. A paciente segue em tratamento, com apresentação de outras neuroses, com sintomas deprimidos por certas vezes, mas que está conseguindo elaborar sua pequenice, deixando em sua própria vida psíquica entoar “novos cânticos para seu

alma” - já que ela parece ter internalizado em si a religião, o que traz o sentido de elaborar seu mundo interno dessa forma.

Durante os atendimentos, com as supervisões feitas no entendimento psicanalítico, pude observar como os pacientes chegam à clínica. Desorientados, abusados, sem ter compreensão do que os aflige, buscam consolo, um lugar seguro para resolver ou tentar resolver seu problemas psíquico. Durante os atendimentos iniciais, já tendo uma hipótese diagnóstica de depressão e melancolia, há um entendimento inicial de manejo: fale o que vem à cabeça (FREUD, 1893-1895). Dentro da técnica psicanalítica, não se trata em absoluto de abolir o sujeito da fala, pelo método da associação livre, o sujeito é privilegiado justamente no lugar da fala, colocando-o para falar, para dizer o que lhe vem à cabeça, pois é por meio da fala que o sujeito do inconsciente emerge. “A análise revela a verdade do sujeito precisamente no intervalo entre significante e significado, nos furos de sentido determinam o seu discurso” (SADALA, MARTINHO, 2011).

Com o emergir da história de cada paciente, podemos elaborar um pensamento sobre sua dor, e direcioná-lo à elaboração desses conteúdos, não tomando para o analista a responsabilidade de cura, mas devolvendo ao paciente a chance de conseguir entender seu passado, para ficar bem em seu presente.

Conclusão

Ao longo da tentativa de descrever a melancolia neste trabalho, entendi que na melancolia, para a psicanálise, predomina um conflito entre o eu e o supereu, e que no sujeito depressivo o conflito que aparece se dá entre o eu ideal e o ideal do eu. A melancolia pode ser uma posição subjetiva, onde é caracterizada pela capacidade do sujeito de simbolizar, e também que, ela é uma patologia narcísica, onde por uma falha na constituição do eu, ficaram predominantemente os impulsos destrutivos, o que levaria a destruição do eu. Já a depressão, também se apresenta como uma patologia e também um estado subjetivo, pela alta demanda de investimento do sujeito no mundo externo. Pela decorrência das cobranças, o sujeito pode se deprimir, por perceber que não é capaz de corresponder com a sociedade que supervaloriza a produção e o consumo. Pelo corre-corre durante o dia, pela ansiedade de fazer, ter, ser o que o Outro cobra, o sujeito depressivo se vê impossibilitado de atender as demandas vindas de seu ambiente. Pela decorrência dessa demanda social, diminui-se a experiência de troca, aumenta-se a pobreza interior, sendo que por conta dessa pobreza interior, fica no sujeito um forte sentimento de vazio, de falta, o que o deixa impossibilitado de simbolizar.

Concluo que a psicanálise, frente às demandas sociais e culturais da sociedade contemporânea, é um discurso importante para compreender os problemas.

Neste trabalho não tive a pretensão de dizer que só a psicanálise cura, e que outros métodos, até mesmo o psiquiátrico devem ser abandonado pelo paciente em processo depressivo ou compreendido como melancólico. O que busquei trazer é uma crítica, de que o desenvolvimento dessa sociedade contemporânea afasta do contato com o mundo interno e propicia tentativas de buscar no mundo externo apenas aquilo que preencheria a sensação de um vazio.

A pergunta que me trouxe a desenvolver esse trabalho era de que o tempo de tratamento curava o paciente deprimido ou melancólico, ou o tempo mostrava e revelava sua condição interna? Ao buscar uma compreensão pela luz da teoria psicanalítica, percebi que o processo de análise do paciente diagnosticado com depressão, ao longo do qual este se compromete com sua terapia, é revelado um traço de sua personalidade, na qual teve que sustentar a dor da existência por um período de sua vida, mas que frente a uma demanda social e cultural, não conseguiu

sustentar essa estrutura e assim o sintoma recaiu sobre si. A subjetividade no avanço e nas mudanças sociais, culturais e econômicas sofrem interferências, o que podem causar uma grave mudança na estrutura dos afetos. Em um trabalho futuro penso em estudar sobre as patologias narcísicas, partindo do modelo narcísico-melancólico.

A depressão aparece ao ter que assumir uma posição diante da demanda do Outro, onde pode ser um estado ou aparecer em qualquer estrutura de personalidade, ou uma posição subjetiva frente às demandas contemporâneas. Nestas, o sujeito depressivo se paralisa, e se distancia de sua relação com seu desejo, o que sugeriria uma certa resistência frente à essas demandas sociais. Seria a depressão, neste caso, fruto de uma sociedade que não tolera dor e sofrimento? Frente a tanta demanda, o depressivo se imobiliza, não sabe lidar com perdas, e então não consegue se constituir na posição de sujeito.

No manejo clínico com pacientes e seus “diagnósticos”, pela escuta e o método interpretativo, abre-se a possibilidade de restituir ao sujeito a sua capacidade depressiva como criatividade psíquica e não como sintoma.

Bibliografia

ABRAHAM, K. *Teoria psicanalítica da libido- sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. São Paulo. Editora Imago, 1970.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. rev.* Washington, D. C.: APA, 1987. Disponível em: <http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-iii-r.pdf>. Acesso em 14 de Agosto de 2017.

ARISTÓTELES. *O homem de gênio e a melancolia. O problema XXX*. 1. Trad. do grego, apres. e notas de Jackie Pigeaud. Trad. de Alexei Bueno. Rio de Janeiro: Lacerda, 1998.

BALBURE, B. *Melancolia, in Dicionário de Psicanálise, Freud & Lacan*, Salvador, Editora Ágalma, 1994.

BERRIOS, G. E. *Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual* (L. A. Ávila, Trad.). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(3), 2012. Disponível em:

[Http:// dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000300011](Http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000300011). Acesso em 14 de Setembro, 2017.

CLAIR, J. *Mélancolie: génie et folie en Occident: en hommage à Raymond Klibansky*. Paris: Gallimard, 2005.

DUNKER, C.I.L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. 1ed. São Paulo, ED Boitempo, 1915.

_____. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo. Ed Annablume, 2011.

DUNKER, C.I.L.; KYRILLOS NETO, F. *A crítica psicanalítica do DSM-IV: Breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, z, 2011.

DELOUYA, D. *Depressão*. São Paulo. Casa do psicólogo, 2014.

ESQUIROL, J. E. D. *Des maladies mentales consideréessous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*. Paris: J. B. Baillièrè. Tome II. Gallica.bnf.fr/Bibliothèque Nationale de France, 1838.

FÉDIDA, P. *Depressão*, Editora Escuta Ltda., São Paulo, 1999.

FERNANDES, C. M. *Vergonha: a revelação da catástrofe narcísica – para uma compreensão da clínica contemporânea*. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2006.

FOCHESATTO, W, P, F. *A cura pela fala*. *Estud. psicanal*, Belo Horizonte, n.36, p.165-171, 2011. Disponível em:

<[Http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 06 de Setembro de 2017.

FREUD, S. (1950[1893]). *Rascunho B*. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1893-1895). *Estudos sobre a histeria*. In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1895). *Rascunho G – Melancolia*. In: _____. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. (1917[1915]). *Luto e melancolia*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GAY, P. *Freud, uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GRINKER, R.R. *Autismo – Um mundo obscuro e conturbado*. São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.

LAMBOTTE, M.-C. *La mélancolie. Études cliniques*. Paris: Economica Anthropolos, 2007.

LIPOVETSKY, G. & C, S. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Bacarolla, 2004.

MENDES, E. D. *Da perda das ilusões à melancolia: um estudo psicanalítico em Balzac* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MENDES, E; VIANA, T; BARA, O. *Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico*. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 30, n. 4, p. 423-431, Dez, 2014.

Disponível em:

<[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 de Agosto de 2017.

MEZAN, R. *The Unconscious according to Karl Abraham*, Psicologia USP, v. 10, n.1, p. 55-95, São Paulo, 1999.

MOREIRA, A. C. G. *Clínica da Melancolia*, São Paulo, Ed Escuta. 2002.

MOREIRA, J. O. *Da melancolia dos dias cinzentos à depressão das noites sem fim*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 60,32-39, 2008.

PRIGENT, H. *Mélancolie: les metamorphoses de la dépression*. Paris: Gallimard, 2005.

PINEL, C. *De la monomanie, considérée sous le rapport psychologique, médical et légal, par M. le Dr. Cir Pinel neveu*. Paris: Labé. Gallica.bnf.fr/Bibliothèque Nationale de France, 1856.

PINHEIRO, T. *Depressão na contemporaneidade*. Pulsional: Revista de Psicanálise. Clínica Social, XVIII(182),101-109, 2005.

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

SADALA; MARTINHO, M, H. *A estrutura em psicanálise: uma enunciação desde Freud*. Ágora (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 243-258, 2011. Disponível em:

<[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 de setembro de 2017.

WINNICOTT, D. W. *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes,1991.

_____. *Objetos transicionais e fenômenos transicionais*. In D. Winnicott, O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

YENTL. Direção: Barbra Streisand, Produção: Barbra Streisand, Larry DeWaaye, Rusty Lemorande. Estados Unidos: MGM/UA Entertainment Company, 1983.