

MARCO ANTÔNIO ROTTA TEIXEIRA

**DAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA ÀS NEUROSES NARCÍICAS:
contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da melancolia**

**ASSIS
2012**

MARCO ANTÔNIO ROTTA TEIXEIRA

**DAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA ÀS NEUROSES NARCÍICAS:
contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da melancolia**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Doutor em Psicologia (área de conhecimento: Psicologia e Sociedade) e a Universidade Paris Denis Diderot – Paris 7 para obtenção do título de Doutor em Psicopatologia e Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Hashimoto

Co-orientador: Prof. Dr. Luiz Eduardo Prado de Oliveira

**ASSIS
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

T266c Teixeira, Marco Antonio Rotta
Das neuroses de transferência às neuroses narcísicas:
contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da
melancolia / Marco Antônio Rotta Teixeira. Assis, 2012
393 f.

Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências e Letras de
Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Francisco Hashimoto

1. Psicanálise. 2. Metapsicologia. 3. Narcisismo. 4. Luto.
5. Melancolia. 6. Depressão mental. I. Título.

CDD 150.195

MARCO ANTÔNIO ROTTA TEIXEIRA

**DAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA ÀS NEUROSES NARCÍICAS:
contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da melancolia**

Aprovado pela banca examinadora em setembro de 2012.

**Francisco HASHIMOTO - UNESP – Assis
Orientador**

**Luiz Eduardo PRADO DE OLIVEIRA – Paris 7
Orientador**

**Mareike WOLF-FEDIDA– Paris -7
Membro**

**Maria Inês Assumpção Fernandes– USP – São Paulo
Membro**

**Manoel Antônio dos Santos - USP – Ribeirão Preto
Membro**

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos ao Prof. Dr. Francisco Hashimoto, que me orientou nesta tese e em minha trajetória acadêmica, e não mediu esforços para que a realização da tese em cotutela fosse possível.

Agradeço ao Prof. Dr. Luiz Eduardo Prado de Oliveira, que aceitou a co-orientação deste trabalho, em cotutela pela Universidade Paris Diderot, e me recebeu gentilmente durante o estágio na universidade parceira.

Agradeço ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, à Prof^a Dr^a Maria Inês Assunção Fernandes e à Prof^a Dr^a Mareike Wolf-Fédida, por aceitarem tão gentil e atenciosamente o convite de fazer parte da banca de defesa desta tese. Agradeço, ademais, ao Prof. Dr. Walter José Martins Migliorini, pela sua participação em nosso exame de qualificação e ao Prof. José Antônio Pavan pelas contribuições ofertadas à pesquisa no momento de meu seminário de pesquisa.

Gostaria de agradecer aos amigos e colegas da Universidade Estadual de Maringá, e ao Departamento de Psicologia desta universidade pelo apoio prestado à execução desta pesquisa – em especial aos professores e amigos Hélio Honda (que participou do exame de qualificação) e Lúcia Cecília da Silva (que apoiou a realização das atividades junto à universidade estrangeira). Gostaria de agradecer, ainda, aos colegas da área de trabalho pela compreensão diante de minhas ausências para dedicação à pesquisa. O apoio da Universidade Estadual de Maringá foi fundamental para a realização deste doutorado!

Sou grato ao apoio sempre constante da UNESP durante a realização de meu doutorado, com destaque para: a Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa, que tornou possível o acordo de cotutela com a universidade Paris 7, assim como meu período de trabalho no exterior; ao conselho de Pós-graduação em Psicologia da UNESP-Assis, que compreendeu as dificuldades enfrentadas e me deu suporte para a continuação da pesquisa; e a equipe da seção técnica de Pós-graduação (UNESP-Assis), pelo suporte prestado aos trâmites burocráticos e demais exigências para que fosse possível a realização desta tese em regime de cotutela. Agradeço, também, a Universidade Paris 7 – Denis Diderot, que nos recebeu para a realização desta pesquisa em cotutela.

As grandes empreitadas à que nos lançamos ao longo da vida, sejam elas quais forem, não seriam possíveis e nem teriam sentido sem o apoio e o compartilhamento com os amigos. São eles também que fazem valer a pena toda a luta e investimento conferidos a esta tarefa tão dura! Assim, gostaria de agradecer especialmente aos amigos que estiveram sempre presentes e contribuíram direta e verdadeiramente, em diferentes momentos, para a realização de meu doutorado: Marcos Shiozaki, Ana Lúcia Volpato, Guilherme Elias Silva, Leandro Anselmo Tavares, Marcos Casadore, Artur Molina, Paulo Bezerra, Maytê Coletto, Flávia Bertão, Thiago Canonenco Naldinho, Jimena Menendez, Josiane Bocchi, Rodrigo Barros Gewehr, Fábio Lopes, Hélio Honda, José Justo, Mariele Correa, Christiane Girard Nunes, Jean-Michel Fourcade, Jacqueline Barus-Michel, Airton Cattani, Ana Cattani e Bia Cattani – todos, amigos para toda a vida, com os quais eu me alegro em dividir os méritos desta conquista.

Agradeço a todos os amigos, colegas e professores aqui lembrados e não citados (injustamente), mas que, de algum modo, contribuíram para a realização deste trabalho. Agradeço ainda o apoio incondicional de minha esposa Aline Sanches e de minha família que souberam tolerar minhas longas ausências.

Para terminar, gostaria de fazer um agradecimento especial e homenajioso à Nobuko Hashimoto (in memoriam), amiga fiél e conselheira sábia, que sempre me apoiou durante o doutorado (et ailleurs!): ela sempre permanecerá presente de algum modo em nossos espíritos.

“[...] se não existe escrita que não seja amorosa, não existe imaginação que não seja, aberta ou secretamente, melancólica” (KRISTEVA, 1989, p. 13).

TEIXEIRA, M. A. R. **DAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA ÀS NEUROSES NARCÍSICAS: contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da melancolia.** 2012. 393 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

RESUMO

Tendo em vista a crescente importância dos estados depressivos na atualidade, e a conjuntura de relativa falta de consenso em torno do assunto no meio psicanalítico, esta pesquisa tem como objetivo explicitar os fundamentos que permitiram a formulação da teoria da melancolia apresentada no artigo *Luto e melancolia* (FREUD, 1917[1915]). Tratou-se, aqui, de analisar a formação da teoria freudiana da melancolia a partir de seus fundamentos, a fim de fornecer elementos conceituais mais precisos que contribuam a clarificar os problemas existentes em torno do assunto. A metodologia deste trabalho baseou-se na leitura, pesquisa e análise textual e conceitual do tema delimitado, nas obras selecionadas por meio de levantamento bibliográfico. O trabalho revelou que os fundamentos da teoria freudiana da melancolia são estabelecidos sobre um tripé formado pelo modelo etiológico das neuroses de transferência, pela aplicação de tal modelo às neuroses narcísicas (por meio da formulação do conceito de narcisismo e seus derivados) e pelo diálogo de Freud com seus discípulos, que contribuíram diretamente para construção de uma série de elementos que conformaram as proposições freudianas. Frente a isso, a teoria freudiana da melancolia está situada no entrecruzamento de um caminho teórico e clínico que leva das neuroses de transferência às neuroses narcísicas, e que culmina no estabelecimento da segunda tópica do aparelho psíquico. Os resultados desta pesquisa mostram que a formulação de *Luto e melancolia*, além de se dever ao desenvolvimento teórico da teoria freudiana, resultou, também, dos diálogos e intercâmbios advindos das contribuições teóricas entre os psicanalistas da época, e que possivelmente as divergências atuais podem ser o reflexo dos debates ocorridos naquele período. Finalmente, a expectativa é que esta pesquisa ofereça elementos, advindos do contexto de formação teórica de *Luto e melancolia*, para o esclarecimento das fontes dos debates em torno dos estados depressivos no contexto psicanalítico atual – seja a respeito da melancolia enquanto neurose ou psicose, seja acerca da questão de definir os estados depressivos como fenômenos unitários ou heterogêneos.

Palavras Chaves: Psicanálise; Metapsicologia; Narcisismo; Luto; Melancolia; Depressão mental.

TEIXEIRA, M. A. R. **FROM TRANSFERENCE NEUROSES TO NARCISSISTIC NEUROSES: contributions to the foundations of the Freud's theory of melancholy.** 2012. 393 f. Thesis (Doctorate in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

ABSTRACT

From a consideration of the increasing importance of depressive states of mind today, and the finding of relative lack of consensus on this topic in the psychoanalytic milieu, this research proposes to recover the theoretical context that allowed the formulation of the melancholy's theory presented in the article *Melancholy and Mourning* (FREUD, 1917[1915]). It is to analyze the foundations of Freud's theory of melancholia, in order to provide more accurate conceptual elements that contribute to clarify the problems that exist around the subject until today. The research methodology is based on reading and textual and conceptual analysis of the subject delimited in selected works from a bibliographical review. The study revealed that the foundations of Freud's theory of melancholia are set on a tripod formed by the etiological model of the transference neuroses, by applying this model to the narcissistic neuroses (through the formulation of the concept of narcissism and its derivatives), and by the dialogue between Freud and his followers, who have directly contributed to the construction of several elements that have shaped the Freudian propositions. Faced with this, it seems that the Freudian theory of melancholia lies at the intersection of a theoretical and clinical path that leads from transference neuroses to narcissistic neuroses, and culminating in the establishment of the second topical theory of the psychic apparatus. The results of this research show that the formulation of *Mourning and Melancholia* is due to the theoretical development of Freudian theory, and also resulted from the dialogues and exchanges between theoretical contributions coming from the psychoanalysts of his time, and the current controversies reflect the discussions that occurred during this period. Finally, it is expected that this research offers elements, arising from the theoretical context of elaboration of *Mourning and Melancholia*, to better understand the sources of the current debates about depressive states of mind in the environment psychoanalytic - is the identification of melancholy to neurosis or psychosis, is the definition of depressive phenomena as unitary or heterogeneous.

Keys-Words: Psychoanalysis; Metapsychology; Narcissism; Mourning; Melancholy; Mental depression.

TEIXEIRA, M. A. R. **DES NEVROSES DE TRANSFERT AUX NEVROSES NARCISSIQUES: des contributions aux fondements de la théorie freudienne de la mélancolie.** 2012. 393 f. Thèse (Doctorat en Psychologie) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

RÉSUMÉ

À partir d'une considération sur l'importance croissante des états dépressifs aujourd'hui et de la constatation de l'absence relative de consensus à ce sujet dans le milieu psychanalytique, cette recherche se propose de récupérer le contexte théorique qui a conduit à la formulation de la théorie de la mélancolie présentée dans l'article *Deuil et Mélancolie* (FREUD, 1917 [1915]). Il s'agit d'analyser la formation de la théorie freudienne de la mélancolie à partir de ses fondations en cherchant des éléments conceptuels plus précis avec l'intention de clarifier les problèmes qui existent autour du sujet jusqu'à aujourd'hui. La méthodologie de recherche est basée sur la lecture et sur l'analyse textuelle et conceptuelle des œuvres sélectionnées par un examen bibliographique. Cette étude a révélé que les fondements de la théorie freudienne de la mélancolie sont fixés sur un trépied formé par le modèle étiologique des névroses de transfert, par l'application de ce modèle aux névroses narcissiques (par le biais de la formulation du concept de narcissisme et de ses dérivés), et par le dialogue de Freud avec ses disciples, qui ont contribué directement à la construction de plusieurs éléments qui ont façonné les propositions freudiennes. Face à cela, on voit que la théorie freudienne de la mélancolie se trouve à l'intersection d'un chemin théorique et clinique qui part des névroses de transfert et amène aux névroses narcissiques, en aboutissant à la création de la deuxième topique de l'appareil psychique. Les résultats de cette recherche montrent que la formulation de *Deuil et Mélancolie* est due au développement théorique de la théorie freudienne, mais elle est aussi le résultat des dialogues et des échanges advenus des apports théoriques des psychanalystes de son époque, et que les controverses actuelles reflètent les débats de cette période-là. Finalement, on espère que cette recherche apporte des éléments récupérés du contexte de formation théorique de *Deuil et Mélancolie* pour mieux comprendre les sources des débats actuels sur les états dépressifs dans le milieu psychanalytique – soit l'identification de la mélancolie à la névrose ou à la psychose, soit la définition des états dépressifs comme des phénomènes unitaires ou hétérogènes.

Mots-clés : Psychanalyse ; Métapsychologie ; Narcissisme ; Deuil ; Mélancolie ; Dépression mentale.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ESTADOS DEPRESSIVOS DA ANTIGUIDADE AOS TEMPOS ATUAIS	20
1.1 O ESTATUTO EPIDÊMICO DA DEPRESSÃO NA ATUALIDADE.....	20
1.2 A COMPREENSÃO DOS ESTADOS DEPRESSIVOS NO MEIO PSICANALÍTICO: UM CAMPO PROBLEMÁTICO.....	25
1.3 O PERCURSO DOS ESTADOS DEPRESSIVOS NA CIVILIZAÇÃO OCIDENTAL	52
1.4 DO TRATAMENTO MORAL À PSIQUIATRIA MODERNA, OU COMO A MELANCOLIA SE TORNOU DEPRESSÃO	71
1.5 A PSIQUIATRIA E O DSM: O PARADIGMA DOMINANTE NA ATUALIDADE E SUAS DEFINIÇÕES	77
1.6 A PATOLOGIZAÇÃO DA TRISTEZA E A BANALIZAÇÃO DO TERMO DEPRESSÃO.....	81
1.7 A ABORDAGEM PSICANALÍTICA E O PROBLEMA DA MEDICALIZAÇÃO DAS PAIXÕES TRISTES NA ATUALIDADE.....	87
CAPÍTULO 2 – A MELANCOLIA ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO NA TEORIA FREUDIANA	101
2.1 AS DUAS DIMENSÕES DO ARTIGO LUTO E MELANCOLIA: O NORMAL E O PATOLÓGICO....	103
2.2 DO PSICOPATOLÓGICO AO NORMAL NOS PRIMÓRDIOS DA PSICANÁLISE FREUDIANA.....	110
2.3 DAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIAS ÀS NEUROSES NARCÍSICAS.....	132
2.4 O MODELO ETIOLÓGICO DAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA.....	138
2.4.1 A noção de conflito psíquico.....	138
2.4.2 O conceito de fixação.....	156
2.4.3 A noção de regressão.....	177
2.4.4 As noções de frustração e sintoma	183
2.5 A FORMULAÇÃO DO MECANISMO DA NEUROSE MELANCÓLICA A PARTIR DO MODELO ETIOLÓGICO DAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA	192
CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO DO CONCEITO DE NARCISISMO: ELEMENTOS PARA A DEFINIÇÃO DOS ASPECTOS DISTINTIVOS DA MELANCOLIA	203
3.1 O CONCEITO DE NARCISISMO EM SUAS ORIGENS.....	206
3.2 A FORMULAÇÃO DO CONCEITO DE IDENTIFICAÇÃO NARCÍSICA EM LEONARDO DA VINCI E UMA LEMBRANÇA DA INFÂNCIA	210
3.3 O CASO SCHREBER E A REGRESSÃO DA LIBIDO AO EGO.....	212
3.4 BREVE NOTA SOBRE O CONCEITO DE NARCISISMO E AS FASES PRÉ-GENITAIS DA LIBIDO.....	217
3.5 O CONCEITO DE NARCISISMO EM TOTEM E TABU.....	218
3.6 INTRODUÇÃO AO NARCISISMO: ELEMENTOS PARA A TEORIA DA MELANCOLIA	221
3.7 A REGRESSÃO DA LIBIDO E A LIBIDINIZAÇÃO DO EGO NAS PSICOSES	224
3.8 REFORMULAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES À TEORIA DOS INSTINTOS: A LIBIDO DO EGO COMO POSSIBILIDADE DE ABORDAGEM DAS PSICOSES E DA MELANCOLIA.....	229
3.9 AS RELAÇÕES ENTRE AUTOEROTISMO E NARCISISMO	233

3.10 A CONSTITUIÇÃO DO NARCISISMO E O DESENVOLVIMENTO DO EGO	246
3.11 BREVE NOTA SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE O AUTOEROTISMO E O NARCISISMO DEPOIS DE 1914	251
3.12 ENTRE A PARAFRENIA, A HIPOCONDRIA E AS DOENÇAS ORGÂNICAS	256
3.13 A VIDA AMOROSA DOS SERES HUMANOS E OS TIPOS DE ESCOLHAS DE OBJETO	260
3.14 IDEALIZAÇÃO E SUPERESTIMAÇÃO SEXUAL NA ESCOLHA DE APOIO.....	265
3.15 FASCÍNIO E INDIFERENÇA NA ESCOLHA OBJETAL NARCÍSICA.....	270
3.16 BREVE NOTA SOBRE A MODALIDADE DO AMOR DOS PAIS POR SEU BEBÊ: A SUPERESTIMAÇÃO SEXUAL.....	273
3.17 A FORMAÇÃO DO IDEAL DE EGO COMO HERANÇA DO NARCISISMO ORIGINÁRIO	274
3.18 O AMOR PRÓPRIO NO INDIVÍDUO NORMAL E NO NEURÓTICO.....	278
CAPÍTULO 4 – A FORMAÇÃO DA TEORIA FREUDIANA DA MELANCOLIA....	282
4.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS OS ESTADOS DEPRESSIVOS NA TEORIA FREUDIANA	282
4.2 O CONTEXTO GERAL DE ELABORAÇÃO DE LUTO E MELANCOLIA	287
4.3 LUTO E MELANCOLIA: UM ARTIGO METAPSICOLÓGICO.....	291
4.4 A MELANCOLIA NOS PRIMÓRDIOS DA TEORIA FREUDIANA.....	302
4.5 BREVE NOTA ACERCA DOS PRIMEIROS TRABALHOS PSICANALÍTICOS SOBRE OS ESTADOS DEPRESSIVOS.....	304
4.6 A MELANCOLIA NAS MINUTAS DA SOCIEDADE PSICANALÍTICA DE VIENA.....	305
4.7 A CONTRIBUIÇÃO DE SÁNDOR FERENCZI: A INTROJEÇÃO MELANCÓLICA	318
4.8 AS CONTRIBUIÇÕES DE KARL ABRAHAM: O SADISMO E O EROTISMO ORAL.....	327
4.9 A TÍTULO DE CONCLUSÃO: UMA COMPREENSÃO GERAL DE LUTO E MELANCOLIA	345
CONCLUSÃO.....	374
REFERÊNCIAS	381
1. OBRAS E ARTIGOS DE SIGMUND FREUD.....	381
2. OBRAS E ARTIGOS DE OUTROS AUTORES	384

INTRODUÇÃO

Os estados depressivos¹ ocupam um espaço considerável na atualidade, de modo que sua incidência acabou por receber o rótulo de epidemia contemporânea². O volume de publicações científicas sobre a depressão é enorme, e a quantidade de pesquisas que abordam o assunto, em todo o mundo, ainda cresce – o que revela a importância que o tema assumiu na atualidade. Contudo, em meio à comunidade científica, não há consensos em torno dos inúmeros aspectos que cercam o fenômeno depressivo, de tal forma que o seu cenário constitui-se em franco debate. Questões como unidade ou heterogeneidade do fenômeno depressivo, fundamentos psíquicos e/ou neuroquímicos, neurose ou psicose, estrutura unitária particular ou afeto básico, definições etiológicas e distinções dos quadros, definições dos termos, epidemia atual, doença da alma ou da natureza humana etc., são temas que envolvem os pesquisadores da área da saúde em problemas com os quais a humanidade se debate há muitos séculos. O debate em torno dos estados depressivos acompanha a humanidade pelo menos há dois mil e quinhentos anos, como se pode observar nas obras dos filósofos, escritores trágicos e médicos da Grécia antiga³. Desde essa época longínqua se debate sobre as suas causas⁴ e definições, e os termos *melancolia* e *depressão*, usualmente os mais associados ao campo dos estados depressivos, são portadores de problemas para os quais até hoje se permanece sem respostas e consenso.

Em meio a este panorama cercado de controvérsias e dentre os inúmeros problemas que constituem o campo dos estados depressivos, podemos destacar a existência de uma relativa oposição entre o paradigma psiquiátrico e o paradigma psicanalítico, na medida em que este último considera que a depressão desempenha um papel na organização do psiquismo – de elaboração ou proteção psíquica⁵ – e não pode ser reduzida às disfunções neuroquímicas, como propõem alguns psiquiatras e neurocientistas⁶. Em geral, as teorias psicanalíticas

¹ Em nossa pesquisa, consideramos que o termo *estados depressivos* abarca uma série de fenômenos, desde a tristeza profunda, o luto, a melancolia, a depressão, entre outras. A título de delimitação de um campo de pesquisa, optamos por reunir indistintamente aos estados que abarcam os fenômenos depressivos, a melancolia, a depressão, assim como os estados de luto, luto patológico e a tristeza profunda, entre outros, sob o termo *estados depressivos*, todos estes como partes integrantes de um campo maior, a saber, o campo das depressões (Cf. LAPLANCHE, 1987).

² Ver, por exemplo, Corvi (2010), Castel (2009), Birman (2006) e Ehrenberg (2008; 2010).

³ Aristóteles (1998), Hipócrates (2005), Klibansky, Panofsky & Saxl (1989), Pessoti (1994).

⁴ Widlöcher (2007) reconhece, no Problema 30 sobre a melancolia, de Aristóteles (1998), uma distinção relativa entre uma depressão de natureza endógena e uma depressão adquirida, reacional, oriunda dos percalços e fatalidades da vida.

⁵ Delouya (2001; 2002), Fédida (1999; 2002) e Widlöcher (1983, 2007).

⁶ Del Porto (2000); Wakefield & Horwitz (2007).

reconhecem um sentido psíquico associado à origem desses estados, cuja manifestação indica a ocorrência de conflitos a serem elaborados e desequilíbrios na organização do psiquismo. Sua ação terapêutica incide sobre a elaboração dos conflitos ou, ainda, na aquisição de recursos psíquicos por meio da psicoterapia⁷, enquanto a psiquiatria centra seu tratamento na administração de psicofármacos antidepressores. Embora se constate uma tendência crescente na superação dessa dicotomia – a partir do reconhecimento de fatores multicausais e das associações de diferentes estratégias terapêuticas –, a descrição anterior reflete muito a realidade que permeia o cotidiano dos profissionais da área da saúde.

Na psicanálise, nosso campo de pesquisa, também encontramos um cenário problemático a respeito dos estados depressivos, pois existe uma grande variedade de visões sobre o assunto⁸ - e muitas delas não oferecem somente formas de explicações diferentes, mas ainda contraditórias. Muitas simplesmente consideram aspectos diversos na sua origem, outras se opõem e se contradizem. O que nos chama a atenção é que, apesar do grande volume de produção sobre este assunto, a maioria parte de um lugar em comum⁹ - os artigos *Luto e melancolia* (FREUD, 1917[1915]) e *Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins*¹⁰ (ABRAHAN, 1912[1911]) – e, mesmo ao chegarem a conclusões completamente diferentes, reivindicam sua filiação ao pensamento freudiano; ainda que muitos considerem limitadas as contribuições portadas por Freud a respeito desses estados¹¹. Contudo, raramente os autores se demoram em realizar uma contextualização e análise dos fundamentos teóricos e das premissas que possibilitaram a Freud formular suas contribuições a respeito dos estados depressivos: trata-se mais, naqueles casos, de propor soluções a partir de um contexto teórico próprio e de uma investigação clínica determinada, e/ou de limitar as referências freudianas às contribuições aportadas pelo artigo *Luto e melancolia*. A leitura acerca das contribuições freudianas a

⁷ Fédida, (1999; 2002).

⁸ Segundo Avila (1990), o complexo problema da descrição, compreensão e explicação dos processos depressivos e seus fenômenos, esteve, está e provavelmente permanecerá ainda muito tempo no centro da atenção da clínica psicológica. Para um exame das diversas teorias sobre os estados depressivos na psicanálise ver AVILA, A. Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 1990, 6 (1), 37-58 - Universidad Complutense de Madrid.

⁹ Cf. Avila (1990), Rosenfeld (1959) e Wisdow (1962).

¹⁰ *Préliminaires a investigação e ao tratamento psicanalítico da loucura maníaco-depressiva e seus estados vizinhos*.

¹¹ Como, por exemplo, os estudos de Khel (2009) e Delouya (2002), que partem da teoria freudiana, abordam *Luto e melancolia* e chegam a conclusões completamente diferentes em suas pesquisas. Segundo Delouya (2002), a depressão seria um afeto psíquico de recolhimento, e não pode receber o status de uma entidade clínica como a histeria ou a neurose obsessiva, enquanto que, para Kehl (2009), a depressão deve ser compreendida como uma estrutura distinta da neurose e da psicose, e deve ser considerada uma entidade clínica. Khel (2009) considera limitada a contribuição de Freud a respeito da depressão.

respeito dos estados depressivos é realizada, geralmente, com grande liberdade e está profundamente arraigada ao projeto pessoal de cada autor. Encontramos uma diversidade de teorias - kleinianas, winicottianas, lacanianas etc. – que chegam a explicações e interpretações bem diversas, mesmo dentre autores que poderiam ser agrupados em uma mesma tradição de pensamento psicanalítico¹². Mesmo aqueles que se propõem a realizar uma leitura freudiana acabam por recorrer mais às explicações exteriores, tomadas de outras teorias para elucidar os pontos obscuros nas formulações de Freud, e não se detêm em esgotar as respostas contidas nos próprios fundamentos de sua teoria. Embora tais trabalhos tragam contribuições inegáveis, corre-se o risco de desconsiderar abruptamente a perspectiva de que a teoria freudiana contenha elementos suficientes, senão para a resolução de seus impasses, para, ao menos, elucidar as afirmações obscuras a respeito da teoria da melancolia. O artigo *Luto e melancolia*, assim como as suas contribuições, são extremamente condensados, e só podem ser compreendidos a partir de elementos advindos de diferentes regiões conceituais da teoria freudiana, que, em nossa pesquisa, privilegiamos como sendo o contexto do narcisismo e da teoria das neuroses de transferência.

Segundo alguns autores, por exemplo, os estados depressivos devem ser entendidos a partir da teoria do luto¹³; outros apontam para a teoria da melancolia¹⁴. Os primeiros insistem que a melancolia da qual Freud tratou em seu artigo deve ser considerada uma psicose e, por isso, nada tem a ver com a depressão, restando a esta última apenas as contribuições em torno do luto. Isso ocorre mesmo diante da constatação de que Freud efetuou explicitamente uma distinção entre a melancolia e a psicose, considerando a primeira uma neurose narcísica, cujo conflito incide sobre o ego e o superego, e, a segunda, uma afecção caracterizada pelo conflito entre o ego e a realidade. Outros autores consideram possível explicar os estados depressivos a partir da teoria da melancolia, e insistem que a teoria freudiana da melancolia representa o atual fenômeno clínico da depressão, e que sua psicodinâmica permite compreender os estados depressivos de maneira geral. Os autores que assumem esta posição costumam entender a melancolia e os estados depressivos em geral a partir de deficiências narcísicas¹⁵. Assim, como se pode notar, ao se debruçar sobre o tema na psicanálise, não há consenso nem ao menos acerca do fenômeno clínico a que Freud se referiu ao utilizar o termo melancolia: alguns sugerem ter sido uma explicação oferecida ao fenômeno da depressão em geral, outros

¹² Por exemplo, Khel (2009) e Lambotte (1993), que, ao basearem-se em Freud e Lacan, defendem a opinião de que a melancolia é uma psicose (KHEL, 2009) e que seja uma neurose narcísica (LAMBOTTE, 1993).

¹³ Como Berlinck e Fédida (2000), por exemplo.

¹⁴ Por exemplo, Marucco (1987).

¹⁵ Cf. Bleichmar (1997).

afirmam que tais contribuições se aplicam apenas à psicose maníaco-depressiva. Isso resulta em teorias que consideram, de maneira completamente diversa, as formulações freudianas a respeito da melancolia e suas relações com os estados depressivos¹⁶.

Frente ao exposto e tendo em vista a crescente importância dos estados depressivos na atualidade, assim como a conjuntura de relativa falta de consenso em torno do assunto no meio psicanalítico, esta pesquisa propõe-se a abordar o contexto teórico que permitiu a formulação da teoria freudiana da melancolia, apresentada no artigo *Luto e melancolia*, e a explicitar seus fundamentos. Trata-se de explicitar e analisar os fundamentos da formação da teoria freudiana da melancolia, a fim de fornecer elementos conceituais mais precisos que contribuam para clarificar os aspectos iniciais que serviram de base para o desenvolvimento das diferentes teorias psicanalíticas sobre os estados depressivos. Desse modo, definimos como campo de pesquisa, de um lado, a própria teoria freudiana, mais especificamente o período da primeira tópica do aparelho psíquico, região conceitual em que foi gestado o artigo *Luto e melancolia*, e, de outro, a investigação das contribuições propiciadas pelos discípulos próximos de Freud que estiveram envolvidos na formulação da teoria freudiana da melancolia, como Abraham e Ferenczi. Seguindo indicações encontradas na própria teoria freudiana, de que o acesso inicial às neuroses narcísicas deveria ocorrer a partir do apreendido com as neuroses de transferências¹⁷, nossa hipótese é que os fundamentos que permitiram a formulação da teoria freudiana da melancolia são oriundos de, ao menos, três fontes: o modelo etiológico das neuroses de transferência, a região conceitual do narcisismo e o intercâmbio teórico de Freud com seus discípulos, entre os quais destacamos Abraham e Ferenczi.

Assim, uma parte dos fundamentos que compreendem a teoria freudiana da melancolia advém do modelo etiológico daquelas neuroses:

[...] os conceitos a que chegamos em nosso estudo das neuroses de transferência são adequados para ajudar-nos a nos orientarmos nas neuroses narcísicas, que, na prática são tão mais graves. As semelhanças vão muito mais longe; no fundo, o campo de fenômenos é o mesmo. E os senhores podem imaginar quão reduzida é a perspectiva

¹⁶ Segundo Laplanche (1987, p.293) “Esse campo geral da depressão gera problemas sobre os quais até hoje não se chegou a um consenso: unidade ou heterogeneidade desse domínio desde suas formas de aspecto normal, desde as depressões “justificadas”, passando pelas depressões neuróticas, até a melancolia, que se concorda, em geral, em designar por psicose”. O autor aponta que, na psicanálise pós-freudiana, convencionou-se considerar a melancolia uma psicose.

¹⁷ No período da primeira tópica, as neuroses de transferência compreendiam o grupo formado pelas neuroses obsessivas, histéricas e de angústia, enquanto as neuroses narcísicas eram formadas pelo grupo das parafrenias (esquizofrenia), paranoias e melancolias. Mais tarde, Freud destacaria, do grupo das neuroses narcísicas, as paranoias e as parafrenias, que formariam o grupo designado por psicose, enquanto que a melancolia permaneceria atrelada àquela denominação.

que tem alguém para examinar esses distúrbios (que pertencem à esfera da psiquiatria), se não estiver preparado para essa tarefa por um conhecimento analítico das neuroses da transferência (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.422).

Se de um lado as descobertas realizadas por meio das neuroses de transferências foi um dos fundamentos da teoria freudiana da melancolia, por outro lado, outra parte de seus fundamentos, comumente considerada a mais direta, advém da região conceitual do narcisismo e de suas construções teóricas, que foram introduzidas, na psicanálise, por volta de 1910 – com destaque à noção de libido narcísica (investimento do instinto sexual (libido) no ego). Em sua conferência introdutória sobre a teoria da libido e o narcisismo, Freud (1916-1917[1915-1917], p. 429), ao abordar os mecanismos distintivos da melancolia e da paranoia, afirma que tais descobertas “foram obtidas da aplicação da psicanálise aos distúrbios narcísicos” e “todas elas, devemos-las ao uso do conceito de libido do ego ou libido narcísica, com cujo auxílio podemos estender às neuroses narcísicas os pontos de vista que se mostraram válidos para as neuroses de transferência”. Dessa maneira, segundo nosso ponto de vista, os fundamentos da teoria freudiana da melancolia se encontram no entrecruzamento do modelo etiológico das neuroses de transferência com as formulações advindas da teoria do narcisismo, cujo objetivo era aplicar as descobertas psicanalíticas às neuroses narcísicas. Essas fontes, ao lado do intercâmbio contínuo de Freud com seus discípulos, compreenderam o campo de estudo delimitado em nossa pesquisa. Embora outras fontes pudessem ser também consideradas, entendemos que as aqui estabelecidas são as mais próximas e diretas das formulações presentes em *Luto e melancolia*. Consideramos, ainda, fundamental, a título de contextualização de nossa temática de estudo, abordar, mesmo que de modo mais geral, a trajetória histórica dos estados depressivos, bem como alguns pontos do debate atual que constitui seu campo. A ideia é que existiriam elementos suficientes no contexto teórico em que ocorreu a elaboração de *Luto e melancolia* para esclarecer uma parte das imprecisões em torno dos estados depressivos no campo psicanalítico atual. Assim, nossa expectativa é que esta pesquisa contribua para estabelecer referências a partir das quais seja possível estudar e compreender o debate atual que cerca os estados depressivos na psicanálise atual.

Diante do campo de estudo delimitado anteriormente, em nosso primeiro capítulo, inicialmente realizamos uma breve revisão de algumas visões atuais sobre os estados depressivos no contexto psicanalítico, com o intuito de ilustrar a sua condição incerta e, com isso, circunscrever nossa problemática de pesquisa. A seguir, efetuamos um resgate histórico

em torno da temática dos estados depressivos, a fim de precisar o lugar ocupado por eles na história da cultura ocidental até o início do século XX, período em que a psicanálise começa a se interessar pelo tema. Ao realizar esta tarefa, mostramos que os estados depressivos se fazem presentes na humanidade desde tempos antigos, acompanhados de um intenso debate, e nem sempre foram considerados exclusivamente uma doença, recebendo, também, outros sentidos e significados. Procuramos mostrar, ainda, que a falta de consenso em torno dos estados depressivos acompanha sua história, e que o termo *melancolia* foi substituído pelo termo *depressão* como uma tendência na psiquiatria do século XIX. Caracterizamos, ademais, a situação de relativa oposição do paradigma psiquiátrico em relação à psicanálise, e destacamos brevemente a visão psicanalítica sobre o debate em torno da depressão como epidemia contemporânea. Assim, esse capítulo tem a função de apresentar o contexto geral das problemáticas que acompanham os estados depressivos, e destacar sua posição em relação à psicanálise atual.

No segundo capítulo, realizamos um recorte determinado que fora suscitado por uma constatação feita a partir da própria teoria freudiana: de que o modelo etiológico das neuroses de transferência foi um dos fundamentos a partir do qual ocorreu a formulação da teoria freudiana da melancolia. Talvez isso possa ser aplicado, de modo mais geral, à formulação da teoria das psicoses na obra freudiana e na psicanálise clássica. No entanto, centramos nosso estudo no modelo das neuroses de transferência e à aplicação de seus fundamentos na formulação da teoria freudiana da melancolia. Outro ponto abordado, nesse capítulo, advém da constatação que Freud construiu suas formulações a partir de um intercâmbio constante entre o normal e o patológico. Em relação a *Luto e melancolia*, é essa a metodologia adotada ao longo do texto para que ambas se esclareçam mutuamente, através da comparação de seus traços distintivos e comuns. Ainda no tocante à melancolia, após 1921, seu processo psíquico central – a identificação narcísica – foi generalizado como sendo constitutivo do aparelho psíquico, permitindo a Freud explicar a formação do ego e do superego¹⁸. Assim, a melancolia acompanhou as formulações que resultaram na segunda tópica do aparelho psíquico¹⁹. Frente a isso, nos voltamos para a noção de normal e patológico, para compreender quais são as

¹⁸ Segundo Laplanche e Pontalis (1998, p.132), “Da análise da melancolia e dos processos que ela põe em evidência, a noção de ego sai profundamente transformada”.

¹⁹ Segundo Parmentier (2001, p.121) “Com Luto e melancolia se inicia uma virada na obra de Freud. A introdução do narcisismo lhe permite vislumbrar a teoria das pulsões sob um novo ângulo já diferente e de pensar em outros termos a constituição do ego e suas relações com os objetos, incluindo o próprio ego enquanto objeto”.

bases que permitem a Freud efetuar generalizações para a vida psíquica em geral, a partir dos processos observados nas psicopatologias.

O terceiro capítulo surgiu da constatação de que os fundamentos mais diretos e explícitos, a partir dos quais Freud estabeleceu sua teoria da melancolia, fazem parte da região conceitual do narcisismo, conceito formulado através das observações das neuroses narcísicas e dos casos de homossexualidade. Ainda em 1924, Freud reservou uma classe específica à melancolia, chamada de neurose narcísica, retirando desta denominação a parafrenia e a paranoia, que foram agrupadas em torno do termo psicose. Dessa forma, é indiscutível a relevância do narcisismo na formulação da teoria freudiana da melancolia. Frente ao exposto, no terceiro capítulo, procuramos evidenciar o contexto de formulação do narcisismo, abordando os elementos teóricos dessa região conceitual que tornou possível a formulação da teoria freudiana da melancolia.

Visando a compreender os fatores mais diretos que acompanharam a elaboração do artigo *Luto e melancolia*, no quarto - e último - capítulo, nos voltamos para o seu contexto de formação. Se, por um lado, a elaboração desse artigo foi possibilitada pela introdução do narcisismo na teoria psicanalítica, por outro, ele foi o resultado dos esforços realizados pelos psicanalistas da época para alcançar uma elucidação satisfatória do tema da melancolia - o que vinha sendo aguardado já há algum tempo. Frente a isso, abordamos o contexto de formulação do artigo *Luto e melancolia* (1917[1915]), por meio da análise de suas influências mais diretas, como as discussões realizadas nas reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena e intercâmbio teórico de Freud com alguns de seus discípulos, além de destacarmos o contexto da metapsicologia e da segunda guerra mundial. Procuramos compreender, ainda, a que se deveu a inclusão de *Luto e melancolia* entre os artigos que compõem a metapsicologia de 1915. Em um segundo momento, apresentamos as contribuições freudianas propiciadas pelo artigo *Luto e melancolia*, com a intenção de decantar alguns elementos teóricos centrais, e permitir uma visão geral de suas contribuições.

A título de conclusão, reunimos as principais contribuições trazidas por cada capítulo, a fim de proporcionar uma visão integrada da problemática aqui tratada, e apontar os elementos constitutivos dos fundamentos da teoria freudiana da melancolia.

No tocante à metodologia, esta pesquisa constitui-se em um estudo teórico, tratando-se de uma investigação epistemológica dos processos que regem a construção de conceitos e teorias. Pode-se definir nosso trabalho segundo a denominação de *epistemologia da psicanálise* (MEZAN, 2002a, 2002b) - um trabalho de investigação que se detém na racionalidade própria de psicanálise, procurando percorrer os caminhos de desenvolvimento

de suas premissas e conceitos, revelar os problemas que suas teorias tentam responder e compreender a racionalidade que sustenta seus conceitos e métodos. Assim, nossa pesquisa foi guiada pelo pressuposto de que o artigo *Luto e melancolia* fora concebido em meio a uma série de fatores que procuramos reconstituir, não somente na teoria freudiana, mas, também, no entorno em que esta estava inserida.

[...] em ciência não se podem colocar questões senão no horizonte de sua problemática. Por isso, ao ler um texto, é necessário, não só ver as respostas nele contidas, mas também a que perguntas vem esse texto responder, e faz-se ainda necessário, para uma compreensão conceitual, reproduzir as questões que serviram de base para sua produção (HORSTEIN, 1989, p.150-151).

O trabalho epistemológico deve determinar os sistemas e subsistemas que fazem funcionar determinada ciência como máquina de inelegibilidade: no caso desta pesquisa, a ciência em questão é a psicanálise, e a região mais específica para a qual nos voltamos é a de suas teorias e concepções acerca da depressão e melancolia. Portanto, nossa metodologia baseia-se na leitura, pesquisa e análise textual e conceitual do tema delimitado, nas obras selecionadas por meio de levantamento bibliográfico. Pretendemos compreender os aspectos que regem e definem os fundamentos da teoria freudiana da melancolia, ao mesmo tempo em que destacamos os fenômenos e problemas clínicos que eles pretendem responder.

É necessário ressaltar que esta investigação se insere no campo da psicanálise e, neste sentido, por mais que trate de problemas teóricos, trata-se também, direta ou indiretamente, de questões que permeiam a prática clínica e que dizem respeito à condição humana. As teorias psicanalíticas são desenvolvidas para tentar dar conta do indizível, encontrado no sofrimento psíquico e na constituição de estados patológicos. A metapsicologia e seus conceitos podem ser entendidos como um meio de compreender e problematizar aquilo que nos escapa. Isto é, tenta definir em palavras (significantes) e estabelecer modelos teóricos e significados para expressões da vida humana. Ao abordar a melancolia e seus consequentes fatores etiológicos e processos psicodinâmicos, desvelaremos os significados oferecidos pela psicanálise a essas expressões de sofrimento psíquico, como também, as lógicas que sustentam suas premissas básicas. É nesse sentido que a metodologia de pesquisa em psicanálise extramuros (MEZAN, 2002a) – aquela realizada fora do setting tradicional – não utiliza sua metodologia para mostrar suas verdades ou provar suas teorias, mas antes para conhecer mais profundamente a vida psíquica e as relações humanas – verdadeiros objetos de investigação do psicanalista.

Seguindo essas indicações metodológicas, é possível desenvolver pesquisas em psicanálise na categoria extramuros, em um viés epistemológico. Mezan (2002a, p. 419)

complementa a função de um psicanalista no trabalho extramuros, mostrando que, na pesquisa, há o mesmo contato direto com o sofrimento psíquico que aquele materializado em pessoas de carne e osso, com seus sintomas, defesas, fantasias e transferências. Dessa forma, temos a Psicanálise como referência nesta metodologia, dado que seu objetivo é compreender as vicissitudes que envolvem a relação homem e ciência, num contexto que os constrói, em suas diversas facetas.

Em nosso trabalho, priorizamos adotar os textos disponíveis traduzidos por Paulo César Souza, diretamente do alemão das obras de Freud, publicados pela editora Companhia das Letras. Quando nos referimos aos trabalhos de Freud que ainda não receberam tradução por esta editora, utilizamos a tradução disponível pela Imago da Edição Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Neste trabalho, utilizamos, ainda, o termo *instinto* para designar o que Freud chamava de *Trieb*, por ser o termo comum adotado tanto pela atual tradução de Paulo César Souza quanta por aquela da Imago. Ainda, quanto à designação das instâncias psíquicas, utilizamos os termos adotados pela tradução da Imago, a saber, *Id*, *Ego* e *superego*.

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ESTADOS DEPRESSIVOS DA ANTIGUIDADE AOS TEMPOS ATUAIS

1.1 O estatuto epidêmico da depressão na atualidade

Em uma pesquisa cuja temática central são os estados depressivos, rapidamente nos deparamos com uma série de questões e dificuldades. Encontramos uma profusão de trabalhos sobre o tema, abordado a partir de diferentes contextos epistemológicos e que resultam em posições divergentes dentro de um mesmo paradigma, sem mencionar, ainda, a falta de precisão em algumas informações que circulam no meio científico atual. Assim, a psiquiatria, que se constitui como a abordagem hegemônica na atualidade, tende a considerar os estados depressivos como um desequilíbrio neuroquímico a ser corrigido pela ação dos psicofármacos, cuja ênfase recai na eliminação dos sintomas. Por outro lado, a psicanálise considera os estados depressivos como constitutivos do ser humano e orienta sua terapêutica em torno do significado e das causalidades psíquicas do sintoma. É certo que a atualidade e a relevância deste campo de pesquisa é cada vez maior, mas isto não exclui as dificuldades em sua abordagem, nem nos mostra o caminho mais indicado a seguir. Portanto, torna-se fundamental realizar, desde o início, algumas delimitações e posicionamentos diante desse tema. Neste capítulo, pretendemos circunscrever o tema dos estados depressivos de acordo com a psiquiatria e de acordo com a psicanálise, evidenciando suas posições divergentes.

Em primeiro lugar, chama-nos a atenção os dados estatísticos e os estudos epidemiológicos que apresentam as desordens depressivas como um dos mais preocupantes problemas de saúde pública do mundo atual. Os dados sobre seus efeitos prejudiciais são alarmantes e assolam, de forma particularmente notável, os países ocidentais mais ricos, onerando os sistemas de saúde e a produtividade no trabalho. Segundo o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), a depressão está entre as principais causas de incapacitação dos indivíduos em países desenvolvidos e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, ela é a quarta causa de morte e incapacidade em escala mundial, sendo esperado que ocupe o segundo lugar, depois da cardiopatia, em 2020 ; o número de pessoas que padecem de depressão já chega a 121 milhões (BERLINCK, 2000, p. 229; HORNSTEIN, 2007, p.15; KHEL, 2009 p.50; MENEZES e NASCIMENTO, 2000, p.29-36).

A OMS (Organização Mundial da Saúde) estima que a depressão seja a maior causa de invalidez no trabalho entre pessoas de 15 a 44 anos. Nos Estados Unidos, por exemplo, estudos mostram que cerca de 10% da população adulta apresentam episódios de depressão

maior a cada ano, e cerca de 1/5 sofrerão de depressão em algum momento da vida; confirmam, ainda, um aumento de 76% no número de pessoas que receberam tratamento por depressão ou transtornos de humor. Ou seja, de maneira geral, constata-se atualmente, por meio de dados assegurados por organizações de referências, o significativo aumento de casos de desordens depressivas em todo o mundo. E, como devia ser esperado, constata-se também um aumento no número de prescrições de anti-depressivos: seu uso por adultos quase triplicou entre 1988 e 2000, sendo que a cada mês, 10% de mulheres e 4% de homens começam a usar medicação antidepressiva (WAKEFIELD & HORWITZ, 2007).

No Brasil, cerca de 17 milhões já foram diagnosticadas com algum tipo de transtorno depressivo nos primeiros anos do século XXI, e o mercado de antidepressivos cresce aproximadamente 20% ao ano - o que representa 320 milhões de dólares movimentados anualmente (KHEL, 2009). Em suma, estudos mostram que a depressão apresenta prevalência elevada e crescente, bem como um elevado envolvimento na causa de incapacitação na sociedade, independentemente do local onde a pesquisa foi conduzida (BRANCO & cols., 2009; MENEZES & NASCIMENTO, 2000). Os custos sociais com a depressão no mundo têm sido enormes e não param de aumentar. Diante disso, a prevalência da depressão na atualidade recebeu o status de epidemia e passou a ser considerada um grave problema de saúde pública, mobilizando uma grande concentração de esforços no seu tratamento e na adequação do seu diagnóstico.

Esses dados resultam de pesquisas e estudos realizados com o objetivo de compreender e tratar as desordens depressivas, e dão provas de que os números de publicações científicas a este respeito também aumentam vertiginosamente a cada ano. Por exemplo, em 1966 foram publicados 703 artigos em revistas médicas contendo a palavra depressão. Em 2006, esse número chegou a quase 8677 artigos. Além disso, a depressão é alvo crescente de interesse pela mídia e pelo senso comum, estando presente em reportagens, telenovelas, programas televisivos e em livros de autoajuda; muitos livros de testemunhos biográficos de pessoas que sofreram com a depressão se tornaram best-sellers (WAKEFIELD & HORWITZ, 2007).

Esse cenário alarmante encontrado nas pesquisas, somado à nossa vivência cotidiana, causa a forte impressão de que a depressão tornou-se um dos problemas mais graves de nossos tempos. Seria quase impossível afirmar a existência de pessoas no mundo desenvolvido ocidental que nunca tiveram contato com o assunto. Um amigo, um familiar, a estória de um conhecido, uma personagem de filme ou telenovela: em qualquer contexto, mesmo nos mais inusitados (como em tribos indígenas, por exemplo) a depressão é

encontrada e se torna parte da realidade e do cotidiano dos seres humanos, ao lado de outras doenças preocupantes da atualidade como, por exemplo, o câncer.

Em segundo lugar, em vista do exposto, já se tornou lugar comum afirmar, entre o meio científico das áreas da saúde e das ciências humanas, que a depressão, ao lado do pânico e das adições, figura entre as principais formas de manifestações do sofrimento psíquico atual, sendo comum a referência a este período como “era das depressões”, em comparação ao final do século XIX, que fora marcado pela histeria (BIRMAN, 2006; CASTEL, 2009; EHRENBURG, 2010, 2008; KEHL, 2002, 2008, 2009; ROUDINESCO, 2000). Muitos estudiosos compreendem a depressão como um “mal” da contemporaneidade e a correlacionam com as formas de organizações sociais, econômicas, políticas e científicas predominantes em nosso tempo (BIRMAN, 2001, 2006; COSTA, 2004; EHRENBURG, 2008, 2010; FUKS, 1999; KEHL, 2002, 2008, 2009; ROUDINESCO, 2000). Nessa vertente, concebe-se que o sujeito é produzido não só por sua predisposição genética, mas também pela organização social de seu tempo: fatores presentes na atualidade produziram subjetividades frágeis e vulneráveis à depressão. As relações interpessoais permeadas por laços afetivos superficiais, a falta de referências e a crise de valores, o estilo de vida esvaziado de sentido, o consumismo exacerbado, o estresse no trabalho e a valorização exacerbada da imagem (aparência) seriam fatores fortemente implicados nas formas de sofrimentos psíquicos predominantes na pós-modernidade, refletindo uma sociedade em que reina a lógica do espetáculo (DEBORD, 1987) e uma cultura do narcisismo (LASCH, 1983). Em resumo, entende-se que os valores e a organização de nossa sociedade atual favorecem o crescente número de casos de depressão.

Assim, a depressão, juntamente com outras doenças chamadas de “as novas patologias” ou “patologias atuais”, ganha status de efeito colateral da contemporaneidade, e vemos o número de pesquisas a seu respeito crescer em escalas geométricas. Na sociologia, na filosofia, na psiquiatria ou na psicanálise, é fácil encontrarmos o reconhecimento de um mal-estar presente na atualidade, responsável pelo aumento considerável de inúmeras psicopatologias, entre as quais a depressão.

Sem entrarmos no mérito de discutir a validade desses pontos de vista, é fato inegável que se encontram presentes em nosso cotidiano estados emocionais que, embora muito variáveis, são marcados por diferentes graus de inibição psíquica e física, tristeza profunda, dor psíquica em maior ou menor grau, expressando-se em sentimentos de impotência, culpa, vazio e sofrimentos sem representação. Essa constatação, embora nos coloque diante de um tema de pesquisa significativamente relevante, para o qual as atenções estão voltadas na

atualidade, se faz acompanhar de uma série de dificuldades que tornam o estudo da depressão muito complexo e problemático.

A primeira dificuldade diz respeito à própria definição do que é depressão e ao uso do termo, que pode ter diferentes significados de acordo com o contexto em que é empregado. Não existe “uma” depressão ou “a” depressão. Tal termo pode se referir, no cotidiano, por exemplo, tanto a estados de tristeza passageira com causas bem determinadas, quanto a um luto que sucede a perda de um ente querido ou, ainda, a um estado de tristeza profunda sem causa aparente. O termo depressão, na linguagem corrente, pode designar estados muito distintos, mas também correlatos. A título de ilustração, podemos listar quatro dos principais usos do termo: depressão enquanto um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou uma doença. O primeiro uso diz respeito a uma forte sensação de tristeza, acompanhada ou não de queda na autoestima ou de sentimentos de culpa. Nessa acepção, o termo designa um estado normal e compreensível, facilmente relacionado à ocorrência de eventos externos dolorosos, como, por exemplo, a morte de um ente querido ou uma frustração cotidiana no trabalho: estar deprimido, nesse sentido, iguala-se a estar profundamente triste. O segundo uso do termo, como sintoma, designa um estado presente nos mais diversos quadros clínicos, como estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, etc. Portanto, a depressão é entendida, aqui, como um sintoma que acompanha, secundariamente, outras formas de problemas. No terceiro caso, o termo depressão é utilizado para designar uma síndrome. Uma síndrome é definida por um grupo de sintomas associados a uma mesma patologia e que, em seu conjunto, definem o diagnóstico e o quadro clínico de uma condição. Assim, a depressão enquanto síndrome inclui alterações de *humor* – tristeza, irritabilidade, diminuição da capacidade de sentir prazer, apatia – como também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações *cognitivas* (diminuição da capacidade de pensar ou se concentrar), *psicomotoras* (lentidão ou aceleração) e *vegetativas* (sono ou apetite). No quarto e último sentido listado - o uso do termo enquanto doença -, encontra-se a depressão classificada de várias formas, de acordo com seu período histórico, preferência dos autores ou corrente científica (DEL PORTO, 2000). Na psiquiatria atual são encontradas, por exemplo, doenças depressivas como o transtorno depressivo maior, a distímia, a depressão integrante do transtorno bipolar dos tipos I e II, entre outros. Já na psicanálise, encontramos depressão narcísica, depressão ansiosa, depressão culposa, depressão psicótica etc.

Embora cada uso do termo tenha implicações distintas, todos os seus empregos se referem às diferentes formas de expressões das paixões tristes. A psicanalista francesa Chabert adverte que é essencial ressaltar a pluralidade das formas depressivas, o que vai ao

encontro de sua *generalização* e, até mesmo, da *confusão* que domina hoje a abordagem desses estados. Tal generalização consiste em englobar, sob uma mesma etiqueta, todos os sintomas, mais ou menos conhecidos, corriqueiramente, como depressão. A confusão, que ocorre, principalmente, com a banalização corrente do termo, consiste em nomear de depressão qualquer distúrbio psíquico menor, ou seja, associar todo tipo de desordem menos relevante no nível manifesto com referências psicopatológicas ou psiquiátricas. A autora destaca a existência paradoxal, na atualidade, de uma posição epistemológica, que consiste em *banalizar* os distúrbios depressivos, ao mesmo tempo em que os situa entre as doenças mentais mais graves. A banalização deve-se à aplicação do termo depressão àquelas dificuldades psíquicas recorrentes e, sobretudo, passageiras. Diante do exposto, cria-se uma distância paradoxal entre, de um lado, as formulações das práticas e vivências cotidianas, que abrigam sob o termo depressão distúrbios psíquicos diversos e, de outro, as formulações de um rigoroso campo de pesquisa científico, que se prende a diferenciar as formas singulares e a pensar em termos de depressões, no plural, a fim de sublinhar o caráter essencialmente heterogêneo desses estados. (CHABERT, 2009, p.225-227).

O que está em questão é a definição do termo depressão e dos quadros clínicos correspondentes. Os quadros clínicos de depressão são tão vastos e diversificados que, segundo Solomon (2002), talvez fosse possível criar uma classificação diferente para cada caso. A dificuldade de consenso e univocidade em torno do termo reside no fato de que (1) a depressão não tem uma apresentação clínica única e específica, (2) os seus limites são obscuros, (3) a sua história natural e seus prognósticos são difíceis de predizer em um nível individual. “A causa e a resposta ao tratamento também se encontram mais relacionadas ao indivíduo do que à condição clínica em si” (BRANCO & cols., 2009, p. 14).

Existem tentativas de lidar com esses problemas por meio dos manuais de classificação, como o DSM, por exemplo, que se baseiam, sobretudo, nas descrições dos sintomas. No entanto, essa referência própria da psiquiatria, embora hegemônica, nem sempre encontra ressonância em outras áreas, como a psicanálise ou a sociologia, que tendem a abordar os estados depressivos a partir de seus próprios paradigmas e bases epistemológicas. Ao mesmo tempo, a definição da depressão torna-se um desafio mesmo quando se trata de um único campo disciplinar, como a psicanálise, por exemplo. Nesta, existem discordâncias entre o que é a depressão, o luto, a melancolia etc., e sobre os processos psíquicos a eles subjacentes. Cada escola psicanalítica tende a ter uma teoria própria sobre a etiologia e a psicodinâmica dos estados depressivos, de forma que a complexidade deste campo de pesquisa faz-se aqui também presente.

A variedade de depressões nos leva, assim, a ir além da descrição dos sintomas, em busca de um denominador comum em torno do qual agrupar esses estados. É certo que a expressão “estados depressivos” é conveniente, já que pressupõe a abertura e a diversidade que as próprias depressões exigem. Adotaremos, aqui, essa expressão para nos referirmos indistintamente a estes estados que podem ser agrupados por elementos em comum, sob a forma das “paixões tristes”, abarcando desde uma decepção ou um luto, até uma perturbação grave conforme descrita nos manuais de psiquiatria. Quando houver a necessidade de distingui-los, o faremos demarcando suas diferenças e particularidades.

No tópico a seguir, veremos que, também no meio psicanalítico, a abordagem dos estados depressivos não é simples, cercada de debates, de diversas teorias explicativas e de desacordos. A dificuldade em determinar a etiologia, em diferenciar os quadros clínicos e em estabelecer uma definição consensual para os termos depressão, melancolia e afins, marcam ainda o campo psicanalítico e refletem as dificuldades que acompanham os estados depressivos desde a Antiguidade, o que torna a abordagem desta temática problemática. Passaremos, agora, a uma apresentação breve do estatuto teórico dos estados depressivos no campo psicanalítico, com fins de situar o leitor diante do debate atual em torno do tema e de justificar nossa incursão na tarefa de compreender os fundamentos da formação da teoria freudiana da melancolia.

1.2 A compreensão dos estados depressivos no meio psicanalítico: um campo problemático

Sabe-se que o interesse da psicanálise não está voltado exclusivamente para os sintomas ou para as terapêuticas medicamentosas, mas para a compreensão dos elementos psíquicos presentes nos estados depressivos, com destaque para seus fatores etiológicos e aspectos psicodinâmicos. Assim, interessa conhecer as regras dos funcionamentos psíquicos que regem os estados depressivos e quais são os elementos em jogo. E o que está em jogo não é a demarcação exata de um quadro psicopatológico por meio da descrição dos sintomas, mas a busca de elementos comuns e distintivos nesses estados, seus processos psíquicos, sua etiologia e as regras que regem a formação de seu campo e de seu funcionamento – conhecer o seu mecanismo distintivo, diria Freud. Enfim, trata-se de compreender os sentidos que as diversas organizações psíquicas assumem no funcionamento do aparelho psíquico. Tal conhecimento permite compreender desde os estados mais graves e psicopatológicos até os mais gerais do funcionamento psíquico. De forma específica, a clínica das depressões permite reconhecer tanto elementos comuns entre os estados, possibilitando reuni-los sob uma mesma categoria, quanto os traços distintivos entre cada um deles, criando uma série de distinções

sutis que permitiria apreendê-los em suas particularidades. Freud, conforme veremos em nosso trabalho, insistia que se o mecanismo da melancolia fosse elucidado, constataríamos que existe uma só melancolia, e que os traços distintivos entre elas estariam relacionados a fatores advindos de outras afecções. Além de evidenciar a diversidade das figuras da depressão, a psicanálise ultrapassa as manifestações observáveis e a classificação nosográfica, para desvendar no cerne do funcionamento psíquico individual as eventuais organizações subjacentes aos estados depressivos. Essa tarefa consiste em compreender e diferenciar os modos particulares de rupturas e elaboração desses estados a partir da organização psíquica de cada sujeito. Trata-se de considerar a dinâmica psíquica do estado depressivo que, embora possa guardar elementos comuns, manifesta-se de maneira particular em cada indivíduo (CHABERT, 2009). Assim, a psicanálise procura compreender os estados depressivos além do registro biológico ou neuroquímico, ampliando as suas possibilidades de tratamento por meio da psicoterapia. A etiologia torna-se um ponto de referência, pois em cada indivíduo o sofrimento resulta de uma história particular, gerado pela constituição e articulação dos elementos psíquicos. A passagem da clínica individual para as “generalizações” científicas ocorre através da metapsicologia, considerando que a abordagem da psicopatologia psicanalítica consiste justamente no entrecruzar-se da clínica e da teoria. Os critérios classificatórios permitem apenas apreender os estados depressivos em um quadro diagnóstico. A descrição fenomenológica é certamente útil, mas insuficiente, e faz-se essencial compreender o lugar que a depressão ocupa no funcionamento psíquico a partir de dois planos: no geral, identificando os elementos comuns e distintos entre os estados depressivos e, no individual, em que tais elementos se distribuem de acordo com uma dinâmica particular em cada sujeito (CHABERT, 2009, p.196).

Embora seja possível realizar uma descrição sumária do modo geral de abordagem psicanalítica dos estados depressivos, conforme efetuamos acima, a visão a respeito desses estados, também nessa disciplina, não é consensual. Em nossa pesquisa, constatamos inicialmente que, entre os psicanalistas, além da divergência terminológica em torno dos termos depressão e melancolia, não existe consenso a respeito dos elementos psíquicos e etiológicos que caracterizam os estados depressivos. Mesmo diante da mais exaustiva revisão bibliográfica sobre o campo depressivo-melancólico, ainda permanecemos sem uma resposta definitiva, a ponto de renunciarmos prontamente à pretensão de oferecer uma solução para esta complexa problemática. Também no tocante ao tema da melancolia e da depressão na teoria freudiana não existe consenso, nem sobre a definição do fenômeno clínico abordado por Freud, nem ao menos sobre suas características psicológicas. Veremos, mais adiante, que

alguns autores entendem que a melancolia, na teoria freudiana, equivale à depressão neurótica, correspondente às depressões comuns atuais; já outros autores entendem que a melancolia abordada por Freud corresponde ao atual distúrbio bipolar - isto é, à antiga psicose maníaco-depressiva -, e que as contribuições aportadas à melancolia, em *Luto e melancolia*, não são aplicáveis às depressões; há ainda aqueles que veem a melancolia freudiana como um estado psicótico, uma forma grave de depressão, mas que não se confunde com o distúrbio bipolar; encontram-se, todavia, autores que entendem a melancolia descrita por Freud como uma forma grave de depressão e que sua psicodinâmica pode ser aplicada ao grupo dos estados depressivos, visto que fazem parte de um estado unitário que abarcam desde as depressões mais leves e passageiras até as mais graves e crônicas.

Pretendemos, a seguir, ilustrar a pluralidade de definições e a falta de consenso a respeito dos estados depressivos apresentando algumas das visões de diversos autores que abordaram o tema na psicanálise. Nosso intuito, aqui, não é realizar uma revisão exaustiva e completa sobre o tema na psicanálise, o que exigiria um trabalho à parte que nos desviaria de nossos objetivos de pesquisa. Nossa intenção é somente apresentar algumas visões a fim de ilustrar a diversidade de abordagens e explicações que envolvem o campo das depressões no meio psicanalítico atual.

O artigo *Luto e melancolia* de Freud (1917[1915]), ao lado dos trabalhos de Karl Abraham (1911a; 1912[1911]; 1916; 1924) sobre a melancolia, têm sido considerados as mais importantes fontes sobre as quais se estabeleceram as diferentes teorias psicanalíticas acerca dos estados depressivos. De acordo com Delouya (2001), os trabalhos de Abraham sobre os estados depressivos estão na origem de uma tradição que deixou uma marca indelével numa parte considerável do pensamento psicanalítico referente à depressão e à melancolia na psicanálise. Segundo Abraham (1911a; 1912[1911]), a ambivalência que caracteriza a melancolia se deve a um desapontamento sofrido em relação ao objeto materno na fase oral pré-ambivalente. Tal desapontamento origina uma forma de sensibilidade em relação aos processos primários de identificação. É importante sublinhar que Abraham exerceu influência notável em uma série de autores que optaram por explicar a melancolia a partir do conflito entre instâncias psíquicas e de suas consequências psicológicas, abordando os fenômenos psicológicos predominantemente sob a ótica das relações objetivas. Os estados depressivos são explicados pelas relações autodestrutivas oriundas do desequilíbrio entre o ego e o superego.

Segundo alguns autores (DELOUYA, 2001; KRISTEVA, 2001; 1989), a partir das perspectivas de Abraham e Freud, é possível distinguir de um modo mais geral, ainda na primeira metade do século XX, duas correntes fundamentais sobre os estados depressivos na

psicanálise. Enquanto Abraham abordou os estados depressivos como consequências relativas ao conflito entre as instâncias do ego, Freud se concentrou na fragilidade das inscrições primárias junto do objeto nas representações-coisas. Partindo dessas visões inaugurais, uma das correntes abordou o fenômeno depressivo a partir da premissa etiológica de uma carência ou ferida narcísica vivida em um período precoce da constituição do ego, enquanto a outra tomou os estados depressivos como fruto de impulsos agressivos e de sentimentos de culpabilidade, ambos ligados ao incremento da ambivalência afetiva. Vejamos.

A corrente de autores, iniciadas por Abraham (1911a; 1912[1911]; 1916; 1924), e seguida por Rado (1928), Klein (1935; 1940; 1946), Fenichel (2000[1946]) e Jacobson (1986[1971]), tem como foco de abordagem dos estados depressivos os componentes destrutivos presentes nos investimentos primários de objetos, alimentando um fechamento narcísico na arena entre as instâncias. Centram sua compreensão da melancolia na evidência dos conflitos da ambivalência – um superego cruel e um ego subjugado – e tendem a dar um especial relevo ao sentimento de culpa. Aqui o que se nota é o *embate* entre as instâncias e a predominância dos componentes destrutivos que não podem ser absorvidos nas relações com os objetos. Essa corrente tende a considerar o caráter psicótico da melancolia, mais próxima da posição de Abraham (DELOUYA, 2001, p.36).

Uma segunda corrente - que estabelece maior proximidade às proposições freudianas do que abrahamicas - pode ser identificada nos trabalhos de Gero (1936), Sharpe (1944), Bibring (1953) e Bolwby (1963). Essa corrente se apoia mais na dimensão narcísica para compreender a melancolia e aposta suas fichas nos percalços que rondam o período da constituição do ego, que podem resultar em uma forte sensibilidade narcísica e em consequentes carências no ego. A melancolia é aqui decorrente de frustrações traumáticas ou descuidos precoces, que se fixaram e limitaram o sujeito no estado do desamparo, e se manifesta por *carência* narcísica. Temos, desse modo, uma aproximação com a indicação de Freud sobre a melancolia ser uma neurose narcísica, afastando assim a melancolia das psicoses e a colocando no contexto das neuroses (DELOUYA, 2001, p.36).

Em *Teoria psicanalítica das neuroses*, Fenichel, (2000 [1946]) afirma que o mecanismo de formação dos sintomas dos estados depressivos é o mais frequente e o mais problemático entre as psicopatologias, e diferencia uma depressão severa de uma depressão ligeira. O autor considera que a depressão, em grau ligeiro, ocorre em quase toda neurose sob a forma de sentimentos neuróticos de inferioridade. Essas depressões são consideradas pelo autor como antecipações de um estado de ameaça de falta de provisões narcísicas, com fins de advertências. Frente a isso, as depressões neuróticas constituem tentativas desesperadas de

forçar um objeto a fornecer provisões vitalmente necessárias, pois a afeição dos objetos externos torna-se essencial para se opor ao superego acusador. Essas depressões, consideradas mais simples, são caracterizadas por sentimentos de culpa e medo do abandono do superego, como defesa contra os impulsos instintivos. Em grau mais elevado a depressão é, dentre todos os sintomas, o mais terrível no tormentoso estado psicótico da melancolia. A depressão severa, segundo Fenichel (2000 [1946]), um estado em que o indivíduo dependente oralmente de provisões externas, chega quando lhe faltam provisões narcísicas vitais. Ocorre quando se produz uma perda verdadeira e a ambivalência em relação aos objetos externos permanecem visíveis; o embate interno se trava em nível narcísico e, por isso, essas depressões são consideradas psicóticas. Os elementos psicodinâmicos em torno dos quais se estabelecem os estados depressivos indicam fixações pré-genitais, em que se manifestam tendências a reagir a frustrações de forma violenta. Assim, a depressão se deve à fixação no estado em que a autoestima é regulada por provisões narcísicas externas, e a sentimentos de culpa que levam à regressão. A dependência oral do objeto leva o deprimido a obter provisões narcísicas por apropriação e submissão.

Fenichel (2000 [1946]) ainda revela que a ambivalência extrema associada ao modo oral de relação objetal é a causa de uma importante incapacidade de amar e de obter satisfação. O autor afirma que o ser humano, em geral, necessita de certa quantidade de provisões narcísicas externas que, ao cessarem, levam-no a cair em uma situação análoga do bebê que não é suficientemente assistido, uma condição de desamparo. De modo geral, diante de privação e frustração intensas o ser humano tende a ficar apático, lentificado e desinteressado. Essa reação, em analogia à condição de desamparo, são modelos de depressões simples. Têm-se, ainda, estados transitórios entre as depressões simples e as regressões a um estado passivo de realização alucinatória de desejo, em que não se dirige exigências para o mundo externo, dando origem a estados extremos de catatonia, caracterizado por uma existência vegetativa, catatônica, passiva, quase anobjetal.

Rosolato (1975) em *L'axe narcissique des depressions*, considera os estados depressivos os quadros clínicos mais frequentes da atualidade e atenta para o fato de que a relação entre depressão e melancolia há muito tempo tem ocupado a atenção da psicanálise. Segundo o autor, os estados depressivos, por serem muito variados e complexos, evocam a necessidade de compreender sua organização numa perspectiva na qual predomine um eixo fundamental, que de seu ponto de vista é o eixo do narcisismo e suas relações entre culpabilidade e depressão. Rosolato (1975) aborda a depressão da perspectiva de um traumatismo inicial responsável por um ferimento narcisista, em que o objeto materno adquire

significação central. Entre as causas aparentes, o autor considera fatos reais, lutos, separações e abandonos. Entretanto, o que se impõe, mais exatamente, é uma falha ao nível dos ideais: uma relação de objeto idealizada e privilegiada se acha rompida ou não pode prosseguir. Frente a isso, é uma defasagem entre o ego ideal e a realidade que provoca o sofrimento específico da depressão. Isso ocorre na medida em que persiste uma exigência inflexível ditada pelos rigores do ego ideal narcisista diante das imagens da realidade, que correspondem a um ideal de ego realista, e não estabelecem um acordo possível. O distanciamento, seja por exacerbação do ego ideal, seja por omissão, real ou imaginada, diante do objeto ou do ego, faz eclodir a depressão e origina as acusações superegóicas. O autor, ainda, identifica na depressão a conjugação de três reações primordiais. O enlouquecimento, como uma forma de ruptura dos pontos de referência, a retirada, que é a própria depressão, e a busca de proteção matricial, em um espaço restrito.

No entanto, Rosolato (1975) opõe, a partir de sua observação clínica, duas formas fundamentais de depressões: a depressão simples e neurótica, e a melancolia psicótica – uma distinção que deve ser mantida por se apoiar em uma sintomatologia facilmente verificável. A depressão neurótica seria caracterizada por afetos de desprazer inseparáveis do conteúdo do pensamento, desinteresse, pessimismo, falta de esperança, tristeza, astenia, inibição, enfraquecimento vital e sentimento de inferioridade: para o autor, o termo depressão traduz o conjunto desses enfraquecimentos. Nesse tipo de depressão, é o desprazer que se coloca em primeiro plano. Marcada pelo excesso de perda de atividade, na melancolia, considerada pelo autor uma organização psicótica, a organização delirante avalia a possibilidade de catástrofes dissociadas da realidade presente, e o sentimento de culpabilidade assume uma característica insistente e feroz, relacionados com crimes inexistentes.

A posição de Rosolato (1975) é que a melancolia não pode ser resumida na fórmula de uma neurose narcisista, em função da retirada libidinal ser acompanhada de uma abordagem invasora e indireta do mundo objetal. O narcisismo seria encontrado, sobretudo, nas esquizofrenias hebefrênicas ou catatônicas, não se preocupando com nenhum objeto, nem mesmo o próprio corpo, e levando à destruição do funcionamento psíquico. O autor reconhece, no mecanismo melancólico, uma tentativa de cura por meio do delírio, em analogia ao mecanismo da paranoia, o que o leva a considerar a melancolia uma “paranoia interiorizada”, em que o objeto introjetado e o superego tornam-se os pólos de luta entre perseguidor e perseguido e coloca em jogo o setor da realidade psíquica alienada no objeto introjetado. Finalmente, Rosolato (1975) baseia-se também no sentimento de culpabilidade para distinguir a depressão e a melancolia. Na depressão neurótica, o sentimento de

culpabilidade é reprimido e inconsciente, estando ligado aos desejos edípicos; na melancolia psicótica, cujo mecanismo de base é a forclusão, a culpabilidade converte-se no núcleo do delírio e se desloca para o real. Na visão do autor, os estados depressivos são heterogêneos e devem ser diferenciados em estruturas neuróticas e psicóticas.

Bergeret (1992[1975]) abordou o tema da depressão em *A depressão e os estados limites*, obra na qual procura estabelecer uma relação entre a depressão e os estados limites. Segundo o autor, as manifestações depressivas são encontradas em organizações neuróticas, psicóticas e limites e, por isso, devem ser diferenciadas. Em sua tese, sustenta que o mecanismo depressivo repousa antes de tudo sobre uma regressão narcísica, em que o sujeito vítima do perigo depressivo se sente astênico, impotente, esgotado e ameaçado em sua integridade física e psíquica. Bergeret (1992[1975]) entende que a depressão neurótica não se enquadra na categoria das neuroses em função da natureza de seus processos psíquicos. Nessas depressões não se encontram presentes o conflito de estádios genitais, superegóticos e edipianos que caracterizam toda neurose, pois as dificuldades centrais desses estados depressivos encontram-se ao nível do narcisismo e do ideal do ego. Em sua visão, a depressão é relacionada a um traumatismo precoce, que corresponde a um afluxo de excitações psíquicas súbitas e muito fortes para o estado de imaturidade afetiva do momento em que ocorre. A consequência desse traumatismo precoce é um congelamento pseudo-latencial do desenvolvimento pulsional e uma regressão narcísica que perpetua o estado de imaturidade afetiva do sujeito quando do momento da ocorrência. O traumatismo tardio – uma perda de um objeto amado, perda de dinheiro ou situação social, decepção social, doença, diminuição de capacidades físicas ou mentais, etc – reativa o traumatismo precoce e, por conseguinte, opera uma reativação indireta da ferida narcísica interior mal cicatrizada, desencadeando o estado depressivo. Bergeret (1992[1975], p. 140) afirma ainda que Freud, em *Luto e melancolia* diferenciou três estados: o luto, a melancolia e a depressão:

Parece útil lembrar antecipadamente as distinções que Freud operou entre luto, melancolia e depressão, em 1917. Para ele o luto normal se refere a uma dificuldade de substituir o objeto amado por um novo objeto, a melancolia consiste em uma perda em si-mesmo do objeto de amor, a depressão implica uma impossibilidade de encontrar no objeto o amor esperado. Estes três mecanismos referem-se então a planos muito diferentes.

Embora seja notadamente uma visão interpretativa de Bergeret sobre o trabalho de Freud, o autor afirma haver, no texto freudiano, tal distinção. Espanta-se, também, ao ler a afirmação acima citada – de que Freud teria realizado, em *Luto e melancolia*, uma distinção entre as depressões neuróticas em oposição às depressões psicóticas – pois não é o que se

constata em nossa análise do artigo freudiano, que diferenciou o luto, a melancolia e o luto patológico – uma forma de depressão relacionada a organização neurótico obsessiva.

Para Bergeret (1992[1975]), as depressões neuróticas, que permaneceram ligadas à noção de consciência moral e à perda da estima de si-mesmo, teriam sido definidas por Freud como tendo em sua origem um traumatismo real, intensificado pelo conflito devido à ambivalência, enquanto seus mecanismos de defesa se detêm em uma clivagem do objeto. A respeito da melancolia, um processo maníaco-depressivo psicótico, segundo o autor, Freud supõe um objeto que permanece mais forte que o ego, ao passo em que seu mecanismo defensivo é a negação da realidade e uma significativa clivagem do ego (BERGERT, 1992[1975]). Cabe salientar que, em *Luto e melancolia*, não se encontram enunciadas tais afirmações e que tais proposições consistem em uma leitura interpretativa não declarada do texto freudiano. De modo geral, é possível afirmar que Bergeret vê nos estados depressivos uma série de distinções, os tomando sob o ponto de vista da diferenciação etiológica e psicodinâmica entre suas diversas manifestações, adotando uma posição a partir da heterogeneidade desses estados.

Widlöcher (1983; 2007), autor da obra já clássica na psicanálise francesa intitulada *Les logiques de la dépression*, considera que Freud abordou em *Luto e melancolia* o fenômeno da depressão sem diferenciá-lo em categorias como depressão, melancolia, neurose e psicose. O autor considera que, na obra em questão, Freud realiza uma abordagem psicológica da depressão e que suas contribuições podem ser estendidas aos estados depressivos. Nos trabalhos de Widlöcher (1983; 2007), encontramos os termos depressão e melancolia praticamente indiferenciados, sendo o primeiro adotado preferencialmente pelo autor. Segundo Widlöcher (1983; 2007), o grande debate em torno dos estados depressivos recai, há muito tempo, sobre a questão da definição de uma univocidade ou dualismo desses estados. Nesses debates se defende ou uma univocidade ou uma dualidade de natureza entre os estados depressivos, compreendidos pela depressão da doença maníaco-depressiva, que seria associada a fatores biológicos, constitucionais ou adquiridos, de origem interna e que caracterizariam a depressão endógena e a depressão neurótica, que seria uma reação psicológica às provações da existência ou às tensões intrapsíquicas. Diante disso, Widlöcher (1983; 2007) retoma a tese de alienistas do século XIX que caracterizavam a melancolia como um distúrbio da vida mental, e não pelo humor triste. Sua proposição é que tal tese define a existência dos estados depressivos pela presença de uma inibição da implementação da ação, uma inibição que afeta o conjunto da atividade do sujeito, tocando indistintamente todos os conteúdos do pensamento e todos os atos motores. Assim, segundo o autor, os estados

depressivos são caracterizados pela lentificação psicomotora, alteração cognitiva - em particular sobre a memória e a atenção -, impressões subjetivas interpretadas segundo o caso com um cansaço extremo, uma falta absoluta de vontade e incapacidade de concentração. Estes sintomas não se relacionam necessariamente ao humor triste, e indicam que há um obstáculo que diminui ou impede o movimento vital. Assim, Widlöcher (2007, p.199) afirma que “se o distúrbio da atividade do pensamento parece marcar uma diferença, o pensamento melancólico parece constituir um fundo comum, um contínuo entre o humor normal, a tristeza e a doença depressiva”. Embora não fique claro o que o autor entende por pensamento melancólico, ele parece entender que, em termos do ponto de vista dos elementos psicológicos, não existe uma diferença fundamental entre os estados depressivos. Diante disso, Widlöcher (2007) diferencia duas características básicas, que podem ou não estar combinadas nos estados depressivos: a lentificação psicomotora e a inibição geral, ligadas a uma resposta biológica fundamental e o humor triste, este último sendo oriundo de uma vivência subjetiva da depressão, que daria origem ao pensamento melancólico. Assim, vemos que o autor considera melancolia e depressão como estados unívocos que fazem parte de um mesmo grupo.

Allilaire (1989), em *Um modelo biológico em psicopatologia: a lentificação depressiva como organização patológica da atividade*, considera que na depressão existe uma intrincação de fatores psicológicos e biológicos – a predominância de um ou outro levaram muitos autores a distinguir depressão endógena e exógena. No entanto, Allilaire (1989), assim como Widlöcher, defende o ponto de vista da unidade dos estados depressivos. Vê na depressão uma reação afetiva de base, assim como a angústia, caracterizada por uma experiência subjetiva universal do desenvolvimento humano, por meio da qual o ser humano procura dominar os conflitos, a frustração, a decepção e a perda. O autor caracteriza quatro dimensões sintomáticas básicas entre os estados depressivos: o humor depressivo, caracterizado por sentimentos de tristeza, pessimismo e desespero; a lentificação psicomotora, caracterizada por fadiga, incômodo e incapacidade de realizar ações ou de reagir a estímulos; uma constelação de autorrecriminação, desvalorização e culpa, que constitui a psicologia depressiva; e, finalmente, a síndrome física, que associa aos sintomas depressivos anorexia, insônia, hipossexualidade e perturbações circadianas. Entre essas classes sintomáticas, o autor destaca a lentificação, denominada por autores clássicos de estupor, como o fator privilegiado que melhor caracteriza a depressão. Finalmente, Allilaire (1989) propõe que a depressão é uma resposta de valor adaptativo, caracterizada pelo estupor como uma atitude de petrificação, isto é, de redução da motilidade e lentificação das associações de pensamentos

frente a sofrimentos resultantes de conflitos ou de sujeições a agressões endógenas ou exógenas, tais como as do estresse ou das experiências de perda. Assim, os estados depressivos são compreendidos como estados defensivos, que têm uma base em comum, de origem biológica.

Jouvent (1989) em *Clínica da tristeza*, reconhece a tristeza como uma emoção fundamental unívoca, ao lado da qual existe um conjunto de estados clínicos, que pertencem ao campo da psicopatologia, agrupados sob o termo estados depressivos. O autor considera a depressão a mais frequente das afecções atuais, que é facilmente confundida com tristeza, tédio ou aborrecimento. Assim, opõe dois tipos de perturbações: a tristeza, em que o afeto depressivo está no centro do sofrimento do sujeito, e as condutas depressivas, nas quais reside um conjunto de condutas na origem da realização de um comportamento patológico estável, que é subtendido por perturbações biológicas e psíquicas. Diante dessa definição, uma pessoa triste ou infeliz não está necessariamente deprimida; o deprimido, por sua vez, não costuma sentir tristeza. Segundo o autor, a depressão é marcada por uma ambiguidade fundamental entre fatores psicogênicos e biológicos, que são representados na distinção clássica entre depressão endógena psicótica e depressão exógena neurótica, diferenciação que, de seu ponto de vista, revela-se contestável. Assim, na linha de Widlöcher, o autor estabelece a lentificação psicomotora como a principal característica da depressão, e a dor moral, comumente considerada o principal fator da depressão, como sendo secundária. Diante disso, Jouvent (1989, p.129) enxerga na depressão uma afecção psicossomática, pois a lentificação psicomotora que a caracteriza é uma resposta biológica fundamental e específica: “a lentificação depressiva seria a resposta específica de base a uma perda, uma conduta que subtende e mantém o estado de sofrimento e desespero”. Com isso, o autor se insere entre os que consideram os estados depressivos uma classe única de afecção.

Em suas *Problemáticas*, Laplanche (1987, p.293) também se refere à falta de consenso a respeito dos estados depressivos no meio psicanalítico, e propõe referir-se à noção de “campo das depressões” que, segundo o autor (1987, p.293), constitui-se em um campo problemático:

Esse campo geral da depressão gera problemas sobre os quais até hoje não se chegou a um consenso: unidade ou heterogeneidade desse domínio desde suas formas de aspecto normal, desde as depressões “justificadas”, passando pelas depressões neuróticas, até a melancolia, que se concorda, em geral, em designar por psicose.

Diante disso, Laplanche (1987) considera as contribuições freudianas à melancolia como sendo aportadas, de modo geral, ao campo das depressões – independente dos pontos de

vistas adotados em relação à unidade ou à heterogeneidade desses estados. Ao realizar uma revisão comentada do artigo *Luto e melancolia*, Laplanche (1987) utiliza o termo depressão melancólica para se referir ao quadro estudado por Freud naquele artigo. Para o autor, a leitura de *Luto e melancolia* concentra-se em uma depressão particular, que é a depressão melancólica. Segundo ele, é um modelo psicótico que servirá de referência para Freud em suas postulações da melancolia e do superego, pois são baseadas nos delírios de observação dos paranoicos e esquizofrênicos. Laplanche (1987) vê a posição de Freud como, a uma só vez, unívoca e plurívoca, uma vez que a cada tipo de depressão tratado no texto – melancolia, luto e luto patológico – acrescenta-se um elemento suplementar em relação à depressão mais simples que lhe serve de base. Tem-se também, segundo o autor, que considerar como relevante o fato de Freud ter conservado uma denominação específica para a melancolia, a neurose narcísica, o que a situa na charneira entre a neurose e a psicose. Há ainda que citar outra complexidade do campo da depressão observada por Laplanche (1987), a da heterogeneidade dos afetos em questão, o que o leva a distinguir o luto, ligado à perda do objeto, da depressão de inferioridade - caracterizada por sentimento de incapacidade, de inadequação e não valor - e da melancolia, que ele considera uma depressão de culpabilidade, caracterizada por autoacusações. É notável o fato de Laplanche (1987) considerar a melancolia uma depressão de culpabilidade, diante da observação de que Freud inclui também na melancolia os sentimentos de inferioridade, tendo-os remetido ao elemento narcísico de sua etiologia. Freud (1917[1915]), em *Luto e melancolia*, parece relacionar o luto patológico a uma forma de depressão de culpabilidade mais próxima da neurose obsessiva, e não da melancolia, que aparenta estar mais associada à inferioridade e ao narcisismo. Enfim, como se pode notar, são essas questões que desencadeiam as diversidades de interpretações não apenas da posição freudiana, mas dos estados depressivos de modo geral.

Mais adiante, ainda em sua análise de *Luto e melancolia*, Laplanche (1987, p.297) afirma que a melancolia “é tomada por Freud no sentido muito preciso, psicopatológico, da psicose – essa melancolia que frequentemente se observa alternando-se com o estado maníaco na chamada psicose maníaco-depressiva ou cíclica”. Para o autor, a autoacusações da melancolia revela o seu problema central, o de um delírio moral, centrado na questão da culpabilidade, chamado por Freud de delírio de pequenez, que eclode em função de uma perda moral. Em outro momento, Laplanche (1987, p.299) afirma que “é no aspecto narcísico que Freud insiste, em contraste de Melanie Klein que abordará mais detalhadamente o aspecto ambivalente do vínculo”. Laplanche (1987) considera, em sua visão do mecanismo melancólico a partir do texto freudiano, que o objeto perdido na melancolia é ao mesmo

tempo bom e mal. Mesmo que o aspecto bom predomine na relação amorosa ambivalente, no momento de sua perda ele é clivado e introjetado sob uma forma única, a de um objeto mal. Frente a isso, o autor considera que todo objeto perdido é um objeto mau, por aludir à falta da mãe. A perda desperta sentimentos ambivalentes por ser sentida como uma falta do objeto. Ainda, o autor sugere que, na maioria das vezes, a perda na melancolia é uma perda parcial, escondida, inconsciente, em suma, uma perda da parte boa do objeto. Com isso, Laplanche (1987) conclui que o objeto perdido do melancólico é danificado e privado de sua parte boa, aspecto que o tornava, para o sujeito, um objeto narcísico. Tal objeto danificado reduz-se, assim, à sua parte má, introjetada no ego e que serve para estabelecer um conflito entre este, julgado como mal, e o superego – a instância julgadora e punitiva. Como se pode notar, mesmo um comentador do quilate de Laplanche, considerado por sua leitura rigorosa da obra freudiana, apresenta uma leitura interpretativa do texto freudiano que não corresponde bem ao que Freud propôs. Além disso, o autor se posiciona a favor da heterogeneidade dos estados depressivos, diferenciando-os entre depressão simples, culposa, de inferioridade e melancolia psicótica.

Em *Sol Negro - Depressão e Melancolia*, uma obra muito citada no círculo psicanalítico atual, Kristeva (1989) aborda o tema dos estados depressivos ressaltando a intrincada problemática que as envolve e admitindo a distinção fenomenológica entre a melancolia e a depressão. A autora chama de melancolia a sintomatologia psiquiátrica “de inibição e de assímbolia que, por momentos ou de forma crônica, se instala num indivíduo, em geral se alternando com a fase, dita maníaca, da exaltação” (KRISTEVA, 1989, p.16), enquanto que “quando os dois fenômenos, do abatimento e da excitação, são de menor intensidade e frequência, podemos então falar de depressão neurótica” (ibid.). Mesmo diante dessa distinção, a autora entende os estados depressivos e melancólicos como tendo um núcleo comum, cujas diferenças recaem na intensidade da sintomatologia. De acordo com a autora, o termo melancolia é comumente reservado em psiquiatria à patologia que necessita de antidepressivos e que é considerada irreversível. Embora Kristeva (1989, 2001) não recuse a diferença clínica e nosológica entre os estados depressivos e melancólicos, assim como dos estados de tristeza passageira e de luto, ela ressalta que tais estados se apoiam indistintamente na intolerância das experiências comuns de perda do objeto e na modificação dos laços significantes, sendo então, em seu âmago, indistinguíveis – o que a leva a abordar a melancolia e a depressão não a partir de suas particularidades, mas levando-se em consideração sua estrutura comum. Frente a isso, a autora propõe que os termos melancolia e

depressão designem um conjunto que se pode chamar de “melancólico-depressivo”, cujos limites são, na realidade, muito imprecisos.

Kristeva (1989, 2001) afirma que a teoria freudiana reconhece a diferença entre depressão e melancolia, e revela um luto impossível do objeto materno em suas bases. Segundo seu ponto de vista, a melancolia-depressão tem como fundamento a tristeza que envolve o bebê diante da separação sem retorno de sua mãe. Tal separação o leva a tentar reencontrar a mãe, assim como outros objetos de amor, inicialmente em sua imaginação e, mais tarde, nas palavras. A perda, o luto e a ausência desencadeiam o ato imaginário e o nutre permanentemente, tanto quanto o ameaça e o danifica. A melancolia esconde sua agressividade contra o objeto de seu luto constituindo-se, então, em um obscuro corolário do estado amoroso. A autora chama a atenção também para o que caracteriza este aspecto agressivo da melancolia, o denominado canibalismo melancólico, uma forma de relação objetal, baseado no desmentido da realidade da perda. O canibalismo melancólico se manifesta diante da angústia de perder o outro, com a finalidade de fazer sobreviver o ego abandonado, implicando em uma não separação do objeto perdido por meio de sua devoração – mecanismo que implica em fragmentação esquizóide, isto é, em um objeto perdido fragmentado, retalhado, cortado, engolido e digerido.

Ao lado dessa depressão ambivalente, Kristeva atenta para outra modalidade de depressão reconhecida entre diversos autores na psicanálise: uma depressão narcísica, que não se caracteriza por um ataque secreto contra o objeto amado e sentido como hostil, mas que teria suas bases sobre um ferimento narcísico não simbolizável muito precoce, ao qual não pode ser relacionado nenhum agente externo. Embora faça alusão à depressão ambivalente e à narcísica, a autora entende que cada uma delas revela uma face de um mesmo fenômeno fundamental. Finalmente, Kristeva (1989) considera que o afeto depressivo é uma defesa contra a fragmentação. A tristeza, o humor depressivo, reconstitui uma coesão afetiva do ego, que reintegra a sua unidade no invólucro do afeto: “o humor depressivo é constituído como um suporte narcísico, certamente negativo; mas que oferece ao ego uma integridade, mesmo que não seja verbal” (KRISTEVA, 1989, p.25), diante disso, “o afeto depressivo substitui a invalidação e a interrupção simbólica ao mesmo tempo em que protege contra a atuação suicida” (ibid.). De todo modo, a melancolia, afirma Kristeva (1989), seja ela oriunda de falha dos objetos primários ou de fragilidade biológica, situa a interrogação dos psicanalistas na encruzilhada entre o simbólico e o biológico. Assim, pode-se notar que a autora considera os estados depressivos a partir do ponto de vista de uma unidade, tendo um núcleo comum.

Em *Le Discours mélancolique*, Lambotte (1993, p. III), afirma que a melancolia possui, em nossos dias, uma afecção dificilmente definível e classificável, tanto do ponto de vista da psiquiatria, quanto do ponto de vista da psicanálise: “Em nossos dias ainda, a melancolia se presta a muitas controvérsias, tanto no que concerne a especificidade de sua entidade, quanto ao que concerne o registro nosográfico de sua classificação”. Diante da constatação, a autora defende que, do ponto de vista da psiquiatria, existe uma confusão entre a melancolia e a psicose maníaco-depressiva, responsável por manter o enquadramento da melancolia na categoria das psicoses. Segundo Lambotte (1993), considerar a melancolia uma psicose colabora para manter o modo banal de aproximação dessa afecção, ao mesmo tempo em que não contribui para a progressão de sua compreensão. Devido ao caráter movediço do conceito e da variedade de seus sintomas, a autora considera que a melancolia caiu na ambiguidade diagnóstica. Em termos fenomenológicos, Lambotte (1993) identifica casos melancólicos unipolares, sem mania, estados melancólicos sem delírios, e casos graves de cronicização melancólica, como a síndrome de Cotard. A autora propõe o termo “figuras” para se referir às diversas apresentações dos estados melancólicos, e os considera inteiramente distintos das psicoses – esquizofrenia e paranoia –, das psicoses maníaco-depressivas, das neuroses comuns e dos estados depressivos. Ademais, a autora diferencia depressão e melancolia, procurando mostrar que as duas pertencem a organizações psíquicas distintas. A diferença entre os estados depressivos e melancólicos pode ser percebida por meio do discurso. Nos estados depressivos, os pacientes costumam identificar ocorrências reais que justifiquem seu sofrimento e a dirigir uma demanda, ao analista, de compreensão de sua origem; nesses pacientes verifica-se um horror diante do vazio psíquico, um vazio de significações. Já nos estados melancólicos, as abundantes queixas e autoacusações relacionadas à justificação do sofrimento vivenciado nessa afecção podem ser consideradas delirantes e caracterizadas por um discurso fechado, totalizante e negativista, sem possibilidade de inserção de qualquer cunho investigativo, que se manifesta em sentenças do tipo, “não existe um sentido”, “não há nada na verdade”, “a verdade não existe” etc. Tal discurso produz, na transferência com o analista, uma relação de assimilação oral, o que atesta o caráter distintivo da melancolia em relação à depressão. Segundo a autora, a melancolia é uma estrutura psíquica inteiramente à parte, que não pode ser inserida nem na categoria das neuroses, nem das psicoses, devendo ser considerada na categoria particular das neuroses narcísicas – isso porque as noções de denegação e forclusão empregadas na definição das psicoses não parecem convir à elucidação da melancolia.

Do ponto de vista da psicanálise, Lambotte (1993) afirma que a definição da melancolia é imprecisa, cuja interpretação limita-se à introjeção do objeto perdido, relativa a uma “pseudo-clínica do luto”. Na perspectiva da autora, embora o luto apresente uma tonalidade afetiva próxima à da melancolia, diante de uma mesma situação – a da desaparecimento de um ente querido ou da renúncia necessária a um projeto ou ideal – seus mecanismos psicológicos e seus modos de resolução são inteiramente diferentes; assim, a autora aponta para a limitação do valor paradigmático do luto em relação à melancolia. Diante dessas ressalvas, Lambotte (1993) se debruça sobre o problema da definição da melancolia a partir da metapsicologia freudiana e da teoria lacaniana. Aborda, em seu trabalho, a questão essencial de como se constitui a estrutura psíquica melancólica em sua singularidade, e propõe hipóteses relativas à sua etiologia em função da elucidação de seus mecanismos psíquicos, da descrição dos sintomas e da análise dos discursos de seus pacientes. É a especificidade da estrutura melancólica que lhe interessa, tais quais os elementos que permitem legitimar a separação desta estrutura das outras psicoses – o que a leva a propor uma metapsicologia da melancolia. Assim, Lambotte (1993) afirma que sua abordagem da melancolia segue as pistas indicadas por Freud, que é considerar essa afecção a partir de seu traço distintivo e do problema da escolha da neurose. Segundo a autora, o modo essencial de abordagem da melancolia, para Freud, recaía sobre a escolha da neurose que, para ela, consiste em mais do que trazer à tona processos psíquicos inconscientes. Abordar a questão da escolha da neurose, no sentido freudiano, diz respeito a compreender o momento de emergência originária de determinada estrutura psíquica, isto é, o momento de sua constituição em torno da questão do trauma, considerado a partir de dois pontos: o processo defensivo da repressão diante do desejo e das consequências repetidas da efração das barreiras de contato. A especificidade da estrutura melancólica, para a autora, indica a ausência de representação do objeto perdido, mas sem, no entanto, configurar uma estrutura psicótica, pois a gênese da melancolia está assentada sobre um modo de deserção da parte do Outro em relação ao sujeito, antes mesmo que seja possível considerar o objeto. Com isso, Lambotte (1993) entende os estados depressivos como heterogêneos, podendo ser diferenciados, ao menos em depressão e melancolia, estruturas completamente distintas.

Segundo Amati-Mahler (2004), na literatura psicanalítica encontramos a maior parte do tempo o termo depressão e mais raramente o termo melancolia. A autora afirma que o termo melancolia se acha atualmente substituído, na maioria dos textos psicanalíticos, por aquele mais geral de depressão, em que a significação praticamente perdeu sua especificidade psiquiátrica e psicanalítica clássica. Salienta, ainda, que o termo depressão, no contexto atual,

é empregado indistintamente para designar estados de espírito, estados afetivos, a passividade ou inatividade, sentimentos nostálgicos, o sofrimento psíquico, a tristeza e assim por diante. Amati-Mahler (2004) considera que a descrição que Freud propôs da melancolia como uma forma de patologia do luto em *Luto e melancolia* corresponde à psicose maníaco-depressiva clássica.

Amati-Mahler (2004) aponta que a depressão, tal como a angústia, é uma experiência subjetiva que faz parte integrante do desenvolvimento humano e do controle do conflito, da frustração, da decepção e da perda. Ao mesmo tempo, a depressão, mais uma vez como a angústia, não deve ser considerada somente como uma experiência afetiva de variedade psicológica geral. Ela é igualmente o principal sintoma de uma síndrome clínica regressiva, grave, característica e bem definida que encontramos em todo campo da psiquiatria clínica. Para a autora, atualmente são reagrupados em uma mesma categoria e tratados com os mesmos medicamentos antidepressivos um conjunto de psicopatologias diferentes e, entre elas, diversos tipos de depressão. A autora identifica uma tendência que faz parte de nossa cultura atual, a de recorrer a soluções rápidas, evitando tentativas de investigação mais precisas de diferenças tanto conceituais quanto clínicas, que poderiam tirar proveito de abordagens psicanalíticas ou psicoterapêuticas distintas, associadas ou não a um tratamento psicofarmacológico. A este respeito, insiste a autora, é importante nos dedicarmos a compreender em que ponto nos situamos quando nos referimos à melancolia ou à depressão (AMATI-MEHLER, 2004).

Diante do exposto, Amati-Mehler (2004) sugere distinguir: (1) a depressão como sintoma, presente em numerosas situações, ou como um estado afetivo; (2) um mecanismo melancólico empregado para descrever a ambivalência e a culpabilidade, seguidas de hostilidades dirigidas contra si mesmo, independente da situação psicopatológica específica; e (3) uma síndrome psicopatológica específica, chamada melancolia, se referindo à descrição freudiana do luto patológico associado a alterações tópicas e estruturais do ego, e apresentando um conjunto de manifestações específicas. Ainda que sejamos confrontados com a depressão profunda, este estado afetivo não deveria levar a dissolver a especificidade da melancolia – a psicose maníaco-depressiva – no atual caos conceitual das depressões. Os conceitos pós-freudianos de diferentes formas de representação do self e de objetos fusionados ou separados e a organização complexa do ego complicam ainda mais a compreensão da melancolia e seus diferentes tipos, independente do fato que distintas formações patológicas têm em comum sintomas idênticos. A necessidade permanece de continuar a explorar e desenvolver uma melhor conceitualização da identificação, no quadro

das teorias, a respeito da organização psíquica precoce, que não permite a diferenciação do objeto objetivo e do objeto subjetivo, a respeito dos quais tratam Mahler, Greenacre, Winnicott e outros. Assim, a autora, embora diferencie depressão da melancolia, não chega a propor efetivamente uma teoria que dê conta de tal distinção – realizada, ao que parece, a partir da fenomenologia dos quadros clínicos, em detrimento de sua etiologia.

Bleichmar (1983), em *Depressão, um estudo psicanalítico*, recorre ao termo melancolia para nomear as psicoses, e à depressão para nomear a psicopatologia em neuróticos. Entretanto, considera tanto uma quanto a outra como fenômenos depressivos, destacando a questão da perda como a condição de produção destes estados. Para o autor, o que Freud esclareceu em *Luto e melancolia*, independentemente da discussão que envolve as especificidades de cada quadro, foi que, em todos os estados depressivos, os indivíduos afetados sentem que algo se perdeu; trata-se de um estado no qual um desejo se apresenta como irrealizável. Em seu primeiro trabalho sobre os estados depressivos, Bleichmar (1983) leva em consideração tanto os aspectos narcísicos quanto os ambivalentes, propondo uma divisão dos estados depressivos em “depressão narcísica”, “depressão culposa” e “perda simples” – esta última, mais próxima do luto. A depressão narcisista seria o resultado de uma tensão entre o ego e o ideal de ego, a depressão culposa, o resultado de se sentir responsável por um mal causado ao objeto de amor, e a perda simples se deve ao processo de luto que envolve a perda de um objeto de amor.

Anos mais tarde, Bleichmar (1997) volta a sustentar sua visão de unidade sobre a depressão, e destaca que a essência dos estados depressivos reside nos sentimentos de impotência e desesperança para a realização de um desejo no qual o indivíduo se encontra intensamente fixado. Diante da condição em que o desejo é sentido - como irrealizável pelo sujeito -, muitos processos psíquicos entram em operação dando origem aos estados depressivos diversos, mesmo que de maneira breve. No entanto, tanto na depressão (em que impera os sentimentos de vazio), quanto na melancolia (em que imperam culpa e autodesvalorização), o desejo sentido como irrealizável revela uma questão narcísica – uma preocupação do sujeito com sua autoavaliação. No que o autor denomina depressão narcisista, há um desejo de identificação absoluta com o ideal, sempre inalcançável; desejo irrealizável que leva o sujeito a situar-se no extremo negativo desse ideal. Entretanto, o autor assinala que mesmo na depressão culposa – em que a preocupação gira em torno do estado do objeto, de seu sofrimento ou de ter causado um dano ao mesmo – é a imagem de si que está em questão. O sentimento de culpa traz em si uma autorepresentação do sujeito como mal, agressivo, indigno, enfim, incapaz de satisfazer os ideais de bondade absoluta. Isso mostra que os

sentimentos de culpabilidade se caracterizam por um duplo componente, a saber, uma preocupação pelo objeto e uma preocupação pelo valor do sujeito (narcisismo). Assim, o autor acaba por sugerir que o narcisismo é o elemento comum dos estados depressivos.

Ainda segundo Bleichmar (1997), a melancolia foi definida por Freud como uma *reação* à perda, ou seja, como essa perda é significada, quais fantasias inconscientes e pensamentos conscientes organizam a maneira como a perda é sentida pelo sujeito. No entanto, a noção de perda deve ser ampliada para todas as vivências que provoquem, no sujeito, sentimentos de impotência e desesperança para a realização do desejo. São vivências impactantes de perdas reais ou psíquicas, que se fazem acompanhar por sentimentos de impotência, frustrações, incapacidade para realização e desamparo (BLEICHMAR, 1997). Para o autor, o artigo *Luto e melancolia* inaugura a compreensão dos transtornos depressivos para além da descrição e enumeração dos sintomas, encontrando uma condição básica entre os distintos tipos de depressão, caracterizada como uma reação à perda real, ideal ou imaginária de um objeto. Assim, as contribuições de *Luto e melancolia* (1917[1915]) devem ser ampliadas para abarcar os estados depressivos (BLEICHMAR, 1997). Portanto, segundo vimos, Bleichmar (1983, 1997) aponta para uma essência comum entre os estados depressivos, e sugere uma imagem em que eles constituem as ramas últimas dos caminhos de origem que tem um tronco comum. No entanto, o autor não se limita, para construção de sua teoria, somente à teoria freudiana, mas utiliza-se das teorias de Klein e de Kohut para sustentar suas afirmações. Ou seja, permanece aberta a tarefa de explicitar teoricamente as possibilidades dessa ampliação a partir da própria teoria freudiana.

Outro autor que enfatiza a importância das contribuições freudianas sobre a melancolia é o psicanalista argentino Norberto Carlos Marucco (1987), em seu artigo *La Melancolia: el caso de una pasión - retrotiempo, por los rastros de Caín y Abel*. Segundo o autor, a depressão é muito próxima do quadro melancólico, o que o leva a se perguntar se a primeira não seria uma forma disfarçada da segunda. Os sentimentos de diminuição de autoestima e a perda do sentimento de si, aspectos tão característicos da melancolia, também são componentes habituais das depressões – o que ele considera como modos de expressão habitual das afecções narcisistas. Retomando a ideia freudiana, também afirma que o conflito central na depressão e na melancolia é a tensão entre o ideal e o ego. De acordo com autor, o tema da melancolia é importante, tendo em conta que esta forma de padecimento assola o mundo atual. A depressão seria o paradigma psicológico de nosso tempo, consequência da degradação dos laços amorosos e um de seus significativos mal-estares. Marucco apresenta

uma teoria de base freudiana para a compreensão dos estados depressivos, tomando-os do ponto de vista da unidade.

Segundo Berlinck e Fédida (2002, p.74), em *A clínica da depressão*, “Hoje, o denominado melancolia passa a ser nominado depressão, conservando uma indistinção reveladora de grandes dificuldades em se estabelecer diferenças específicas entre essas manifestações”. A respeito da abordagem freudiana do problema acerca dos estados depressivos, os autores afirmam que Freud, em seus trabalhos, dedicou sua atenção à melancolia, fazendo pouquíssimas referências à depressão. Defendem que, em *Luto e melancolia*, Freud (1917[1915]) teria estabelecido uma nítida diferença entre depressão e melancolia, embora não explicitem como enxergam tal distinção no artigo freudiano; sugerem que essa diferença é estabelecida tomando o luto como o paradigma da depressão e a melancolia como o paradigma das neuroses narcísicas. Assim, depressão é apreendida pelos autores em analogia ao luto, sendo visto como um estado muito primitivo deste, cuja manifestação se encontra ausente de culpa. Nesse sentido, ainda segundo os autores, a depressão é definida como um estado afetivo, enquanto a melancolia é considerada uma afecção psíquica específica, uma neurose narcísica, composta de conflito, culpa e depressão, e marcada por um “conflito intrapsíquico entre as instâncias do ego e superego implicando o sujeito na culpa”. Essa distinção pode ser corroborada, segundo os autores, por meio da ação dos medicamentos antidepressivos. Estes são muito eficientes no tratamento da depressão, mas não são antimelancólicos – um limite que permite a observação de uma clara diferença psíquica entre a melancolia e a depressão, pois ao realizar o tratamento com os antidepressivos, os pacientes curam-se da depressão, extingue-se a sintomatologia depressiva, mas permanecem os sintomas melancólicos. Mas o que caracterizaria a sintomatologia depressiva, sobre a qual agem os antidepressivos? De acordo com Berlinck e Fédida (2002), a depressão se manifesta por apatia, tristeza e sensações de impotência e desesperança. Sua principal caracterização é a letargia, a lentificação e a insensibilização da sensorialidade. Frente a isso, os autores definem o estado depressivo como uma alteração da condição vegetativo-vital; a letargia da sensorialidade é acompanhada de alteração no sistema vegetativo-vital, associando-se a uma série de manifestações somáticas.

Segundo os autores, a depressão não se manifesta só no humano, também os animais e vegetais apresentam letargia e alteração da condição vegetativo vital, sendo a hibernação a equivalente animal da depressividade humana. Os autores entendem, ainda, que do ponto de vista filogenético, a depressão é uma reação à glacialização do planeta. Diante das adversidades geradas pela era glacial, o homem reagiu com a insensibilização da

sensorialidade e hibernou em cavernas, onde pôde se entregar à manifestação do estado letárgico em seu corpo. Os autores chamam a atenção para o fato de que o estado, ou fenômeno depressivo, pode estar presente em diferentes estruturas: em uma neurose, psicose ou perversão. Berlinck e Fedida (2002, p.76) consideram prudente tomar a depressão como um estado que se manifesta em qualquer estrutura clínica e enfatizam, portanto, que a depressão seria uma só, manifestando-se em diversas estruturas clínicas. Eles afirmam, todavia, que não seria correto considerar a existência de vários tipos de depressão, uma depressão neurótica, uma depressão perversa ou uma depressão psicótica; o estado depressivo pode se manifestar tanto em um caso de neurose obsessiva, quanto em um caso de esquizofrenia acentuado. Assim, além de distinguirem a melancolia da psicose e a considerar uma neurose narcísica, também a diferenciam da depressão, a qual é abordada a partir de um ponto de vista unívoco.

Na mesma direção, Peres (1996, 2003, 2011), em seus inúmeros trabalhos sobre os estados depressivos, afirma que os termos depressão e melancolia na psicanálise podem aparecer como sinônimos, mas podem também receber tratamentos diferenciados: depressão para as formas neuróticas da doença e melancolia para a forma psicótica. Entretanto, a autora privilegia o uso do termo “melancolia” quando fala a partir da psicanálise, e “depressão” para designar sintomas. Peres (2011, p.123-124) considera que cada melancólico ou deprimido é permeado por uma série de traços particulares e alerta que “deveríamos dizer sempre: as melancolias, as depressões”, em alusão à pluralidade de apresentações clínicas. A autora considera a dificuldade de definições em torno dos termos depressão e melancolia na psicanálise uma herança da psiquiatria, em que a distinção se fazia com dificuldade. No entanto, Peres (2011, p.124) entende que o artigo *Luto e melancolia* não permanece na dualidade neurose-psicose, dando origem a uma terceira modalidade de formação psicopatológica que nos retira daquela dualidade empobrecedora.

Delouya (2001; 2002), psicanalista e pesquisador brasileiro de referência no campo das teorias psicanalíticas sobre depressão, publicou dois importantes trabalhos denominados *Depressão* (2001) e *Depressão, estação psique* (2002), nos quais defende sua tese sobre a univocidade do fenômeno depressivo, embora diferencie melancolia e depressão. Segundo Delouya (2001), aquilo que funda a doutrina freudiana é o estabelecimento de um elo entre a psicopatologia e a genealogia psíquica, tendo os quadros patológicos servidos a Freud como um caminho para a investigação e compreensão do funcionamento do aparelho psíquico. Os quadros clínicos se configuram, na teoria freudiana, em termos de estruturas de sentido, inerentes ao universo psíquico, abrigo de sentidos e expressando conflitos em jogo.

Diante do exposto, o autor nomeia as *patologias depressivas* em geral por *quadros depressivos* e afirma, sem compartilhar de tal ponto de vista, que estes são frequentemente associados às psicoses ou às patologias fronteiriças. Considera a depressão, ao lado da angústia e da dor, fenômenos banais do viver humano, que se caracterizam pelo cessar dos afetos ou, em outros termos, constituem-se como os protótipos, as formas dos afetos. Frente a isso, a depressão, a dor e a angústia se manifestam de diferentes maneiras em todos os quadros clínicos. Delouya (2001) compreende a depressão como um fenômeno unitário, que pode se manifestar na vida normal e nos quadros de neurose e psicose. A univocidade da depressão é justificada a partir da teoria freudiana da angústia, na qual esta foi elaborada como um fenômeno unitário. Assim, a depressão e a angústia são fundamentalmente as mesmas, independente do quadro clínico. O autor concebe as manifestações depressivas como fenômenos ou estados e destitui-lhes qualquer direito de ocupar um lugar de quadro patológico, como a histeria e a neurose obsessiva; ainda que a depressão seja caracterizada por uma expressão sintomatológica e uma morbidez que suscite a ideia de uma doença. A visão do autor é que a depressão, enquanto preenchendo os requisitos de categoria de um quadro clínico, nunca chegou a fincar os pés no terreno psicanalítico.

Para Delouya (2002), a depressão implica um caráter econômico que suprime e comprime (subtrai e suga), como algo que se refere ao viver e ao representável, considerando a essência desta afecção a redução da atividade. Baseado no modelo do esvaziamento, compressão e redução, o autor considera, em termos econômicos, que a depressão se caracteriza como uma estase somática da economia psíquica; com isso, acaba por expressar o efeito econômico da subtração ou compressão libidinal. Quanto ao *afeto* e aos *estados depressivos*, estes fazem parte da condição humana e figuram entre os numerosos quadros clínicos. Assim, a patologia se expressa em impotência vital do agir e do fazer, bem como do sonhar e do pensar. Seus principais sintomas clínicos são, em diferentes graus: fadiga, astenia, tédio, tristeza, lassitude, enclausuramento, inércia etc. O interesse maior do autor é avaliar em que medida a depressão abriga dentro de si a possibilidade de uma elaboração e, com isso, aponta para uma função depressiva no aparelho psíquico, fundamental para a conservação do terreno psíquico.

Delouya (2001) afirma ainda que a melancolia, definida por Freud a partir de 1923 como uma neurose narcísica, teve, depois da histeria, talvez a maior repercussão na psicanálise freudiana, pois sua compreensão foi um desenvolvimento associado à introdução ao narcisismo e à transição entre as duas tópicas. Do ponto de vista de Delouya (2002), o ensaio *Luto e melancolia*, com sua descrição e hipótese a respeito do quadro melancólico,

lança, de forma indireta, uma luz sobre a origem e o caráter da depressão. O desenho freudiano da melancolia arrastou consigo a depressão, que se confundiu com o largo escopo de suas manifestações, estabelecendo com isso, em relação à depressão, a separação, o luto e a perda de objeto como um eixo possível para a sua investigação.

O autor ainda enfatiza que a depressão e a melancolia não podem ser atreladas ou tomadas como equivalentes, uma vez que a melancolia diz respeito a um fracasso no momento de constituição da configuração simultânea do ego e do objeto, isto é, a um fracasso do estabelecimento das identificações primárias relacionadas à formação do ego, enquanto a depressão refere-se a uma perda de um espaço de gozo originário. O fracasso da conservação do objeto no seio do ego, tal como o processamento e a elaboração da ambivalência afetiva originária, compromete a formação de representação-coisas, situando a problemática da melancolia, a partir de Freud e Abraham, no estágio ou momento constitutivo da configuração do objeto, ocorrendo conjunta e concomitantemente a do ego do sujeito. Embora Freud nunca tenha aplicado essa teoria à depressão, mas antes à melancolia, Delouya afirma que a psicanálise moderna situa a sensibilidade depressiva nesse momento constitutivo do objeto e do ego que ocorrem simultaneamente. Desse ponto de vista, a depressão emerge na consciência de ser separado da mãe e da perda progressiva dela concomitantemente ao nascimento do sujeito do ego e ao consequente reinvestimento de si. No entanto, Delouya (2001; 2002) insiste que esse modelo se aplica à melancolia e não à depressão, já que esta não se refere a uma perda de objeto, mas sim de um espaço originário de gozo. Assim, segundo o autor, a depressão deve ser compreendida em analogia à teoria freudiana da angústia de 1926, que considera o afeto da angústia uma reativação de uma expectativa diante do perigo, uma forma de preparação ou, mais especificamente, um sinal ante o perigo. Nessa perspectiva, a depressão pode ser associada ao trauma do nascimento, à prostração diante da perda de um espaço de gozo mítico e originário, cujo modelo do desamparo viria a corresponder a uma depressão originária fundamental no psiquismo (DELOUYA, 2002).

Em seus trabalhos recentes sobre os estados depressivos, Kehl (2008; 2009; 2011) considera a melancolia e a depressão como estados distintos. A autora afirma que as “semelhanças sintomáticas produzem frequentemente confusões entre os diagnósticos da melancolia e depressão” (KEHL, 2009, p. 196) e que, nos debates sobre o tema, assim como em suas pesquisas bibliográficas, “não é incomum encontrar certa confusão entre as características dos quadros depressivos e melancólicos, que chegam a ser abordados, indiscriminadamente, como se fossem a mesma coisa. Não são” (KEHL, 2009, p. 40). Frente a isso, a autora revela que as características depressivas do melancólico – negativismo, falta

de ânimo e de autoestima, fantasias destrutivas, distúrbios somáticos, e outras manifestações de dor psíquica – podem ser parecidas, do ponto de vista fenomenológico, com as características sintomatológicas dos depressivos. Mas a semelhança fenomenológica entre a tristeza e o abatimento dos melancólicos e dos depressivos é manifestação de estruturas psíquicas diferentes. Enquanto, para Kehl, a melancolia é considerada uma estrutura psicótica, a depressão crônica e mais acentuada consiste em uma experiência subjetiva particular, distinta da depressão que acomete as neuroses. Assim, a autora considera uma importante diferença entre as depressões nas neuroses e a depressão como posição do sujeito, visto que a clínica do depressivo não é a mesma da neurose, o que a leva a propor uma diferença estrutural entre estas manifestações: “existe uma diferença estrutural entre ocorrências depressivas nas neuroses e a experiência daqueles que se dizem cronicamente deprimidos” (KEHL, 2009, p. 227). A autora argumenta, ainda, que a comparação com a melancolia sugere que o depressivo não seja um psicótico, ao passo em que nas neuroses ocorrem episódios depressivos que se confundem com a depressão, mas não equivalem a ela: “devemos diferenciar as ocorrências depressivas, na neurose obsessiva e na histeria, da depressão como posição do sujeito”. Diante disso, considera que é “importante abrir espaço, no terreno da psicanálise, para outro entendimento a respeito daqueles que, excluídos do diagnóstico da melancolia, se apresentam ao psicanalista como depressivos crônicos” (KEHL, 2009, p. 202-203).

Etiologicamente, a estrutura melancólica advém do aborto da experiência inaugural de ser Um com o Outro, a partir da qual o ego deve se diferenciar, sendo que tal aborto se deve a uma mãe que se apresenta como morta. Disso, a autora apresenta três fatores que apontam para a hipótese de uma estrutura psicótica na melancolia:

1) A falta de objeto se inscreve precocemente como buraco no cerne do *ser*. Esse é o furo do psiquismo a que se refere Freud: faltou ao melancólico a marca da experiência de ter sido o falo, o significante da falta, para o Outro; 2) na melancolia, a questão do sujeito é com o Outro, que não se apresentou em tempo ou se retirou cedo demais, impossibilitando a identificação fálica que marca a experiência dos sujeitos não melancólicos antes que eles, forçosamente, a percam; 3) o Nome-do-Pai, na melancolia, está foracluído, já que não se inscreve no discurso da mãe (KEHL, 2009, p.201).

Como se pode notar, a autora se situa em uma perspectiva lacaniana para abordar a melancolia, assim como os estados depressivos em geral. Ela considera, em comparação à melancolia, que, na depressão, a identificação fálica ocorreu, o que torna o depressivo marcado pela castração, embora esta não seja simbolizada. A castração, para os depressivos, diferentemente dos neuróticos, é motivo de dor narcísica e de vergonha – elementos que

compõem a dor moral. Isso ocorre porque o depressivo se instalou na condição de castrado por covardia, para se esquivar da rivalidade fálica com o pai, e com seus substitutos ao longo da vida, permanecendo em uma condição imaginária da castração infantil daquele que nada pode.

Na visão de Kehl (2009; 2011), Freud situa a melancolia próxima da esquizofrenia, como uma neurose narcísica, em oposição às neuroses de transferência. Segundo a autora, a teoria freudiana sobre a melancolia pode ensinar muito pouco ou quase nada sobre a clínica das depressões, pois a clínica da melancolia não esgota o campo das patologias da tristeza. Assim, Kehl (2011) considera que a discussão das depressões foge ao alcance freudiano. A autora afirma que a confusão existente no meio psicanalítico, entre os diferentes estados depressivos que são reduzidos à teoria da melancolia, deve-se ao fato de Freud não ter dedicado nenhum texto ao tema das depressões, enquanto *Luto e melancolia* trouxe uma contribuição decisiva e inovadora para a compreensão clínica da melancolia. Diante disso, Kehl (2009, p. 40) entende que “as noções de depressão, estados depressivos e psicose maníaco-depressiva não terminaram de ser resgatadas do campo exclusivo da psiquiatria para o da clínica psicanalítica”. Kehl (2009) considera o fenômeno clínico tratado por Freud, em *Luto e melancolia*, aquele que correspondia, no campo da medicina psiquiátrica de sua época, à psicose maníaco-depressiva. De seu ponto de vista, Kehl (2011) considera que Freud conhecia a terminologia psiquiátrica da época e adotou o termo melancolia para estabelecer uma distinção entre a abordagem psicanalítica e psiquiátrica.

Diante do exposto neste tópico, entre as visões psicanalíticas sobre depressão e melancolia a partir de Freud, constata-se considerável divergência e falta de univocidade, uma vez que refletem, de um lado, as divergências teóricas entre as diferentes escolas psicanalíticas, que mantêm explicações próprias para esses estados e, de outro, uma problemática a respeito da definição e etiologia que cerca o campo dos estados depressivos desde a antiguidade. Na psicanálise, os termos depressão e melancolia continuam a ser usados frequentemente até os dias atuais, ora identificados, ora distinguidos. Contudo, é possível identificar no meio psicanalítico uma tendência – embora não consensual – em utilizar o termo melancolia para se referir a um tipo de psicopatologia de estrutura psicótica, com graves sintomas de autoagressividade e/ou autodesvalorização, expressos em sentimentos de culpa e falta de autoestima. O termo depressão ficou mais comumente ligado às neuroses,

podendo tanto ser considerado um estado puro, de estrutura particular - em que impera uma inibição generalizada e lentificação motora e psíquica ao lado de intensos sentimentos de vazio, e que se manifesta independente dos quadros psicopatológicos atuais -, quanto entendido como um afeto vital básico, que não recebe a categorização de entidade clínica particular (como a histeria, neurose obsessiva, síndrome do pânico, por exemplo), mas a de um afeto (em analogia com o afeto da angústia) que pode acometer estados neuróticos e psicóticos etc., cujos contornos clínicos estarão relacionados ao quadro clínico em que se manifesta. Segundo mostramos, há também um debate em torno da questão de saber se a depressão é um fenômeno único, ocorrendo em qualquer estrutura, ou se ela se diferencia de acordo com a forma de sua manifestação, o que apontaria para distinções estruturais e etiológicas entre os diversos estados depressivos. Também no tocante à distinção entre melancolia e depressão, pudemos constatar que não existe opinião consensual. Enquanto alguns autores consideram depressão e melancolia duas faces de uma mesma problemática psíquica, diferenciada apenas pela intensidade de sua manifestação, outros estudiosos fazem questão de demarcar uma diferença radical entre esses estados. No entanto, conforme observamos, isso pode variar muito de acordo com a escola teórica e com o autor que aborda os fenômenos depressivos. Nesse sentido, a distinção entre melancolia e depressão ainda hoje se faz com dificuldade e, segundo Delouya (2001, p.36), “permanece, neste fim de século XX, um problema teórico e clínico: definir precisamente o que são as entidades psicopatológicas melancolia e depressão, tanto na obra de Freud quanto no campo psicanalítico que o sucedeu”. Na mesma linha, Moreira (2002, p.76) afirma que a bibliografia sobre o tema é fértil em afirmar a falta de consenso e a diversidade de definições.

Vimos, ainda, no que concerne à teoria freudiana da melancolia, que a opinião psicanalítica atual é diversa. À medida que alguns autores abordam os estados depressivos a partir da teoria freudiana da melancolia, outros o fazem a partir da teoria do luto ou da angústia. É possível, também, identificar autores que entendem que a teoria freudiana da melancolia não aporta nenhum tipo de contribuição para a depressão, ao passo que outros psicanalistas consideram que, embora não se trate da depressão, o conteúdo de *Luto e melancolia* oferece algumas indicações para sua elucidação, como a importância da perda e do papel central do narcisismo. Quanto ao fenômeno abordado por Freud em *Luto e melancolia* tampouco há consenso. Enquanto Strachey, editor das obras completas de Freud em língua inglesa, afirma categoricamente que Freud empregava habitualmente a expressão melancolia para designar condições que hoje se descreveriam como depressão, outros autores afirmam sem ressalvas que a melancolia do texto freudiano corresponde a entidades clínicas

que em nossa contemporaneidade são conhecidas como distúrbio bipolar, as antigas psicoses maníaco-depressivas. Há autores, ainda, que consideram o fenômeno clínico denominado por Freud de melancolia nem uma depressão, nem uma psicose maníaco-depressivo, mas somente uma forma distintiva de neurose, chamada neurose narcísica. Dessa maneira, é possível perceber que a interpretação da teoria freudiana da melancolia, bem como sua apropriação, é ainda muito diversa na atualidade: as leituras realizadas a partir de *Luto e melancolia* a respeito dos estados depressivos têm comportado uma série de apropriações particulares por parte dos psicanalistas que podem mesmo ser completamente contraditórias e ainda levar a conclusões muito diferentes.

Adotamos, em nosso trabalho, diante das dificuldades apresentadas, a expressão estados depressivos, que compreende um campo teórico de pesquisa e reflexão, mais do que necessariamente entidades nosológicas clínicas ou definições etiológicas. Com isso, circunscrevemos um campo de pesquisa amplo e complexo, intitulado por Laplanche (1987) de *campo das depressões*. Agrupar a depressão, a melancolia, o luto e a tristeza profunda sob a expressão *estados depressivos* torna-se uma solução diante da pluralidade de definições na literatura vigente e da necessidade de delimitar um campo de pesquisa. Assim, independentemente das questões imprecisas e polêmicas que cercam o tema dos estados depressivos na atualidade, como bem coloca Kristeva (1989), situamo-nos numa perspectiva freudiana: é sempre pensando a partir desse lugar como referência principal que buscamos compreendê-los. Do ponto de vista da psicanálise freudiana, os estados depressivos se referem a formas de sofrimento psíquico que incluem, em maior ou menor grau, os sintomas apontados por Freud em *Luto e melancolia*: estado de ânimo penoso, desinteresse pelo mundo externo, inibição e falta de interesse em realizar atividades, falta de capacidade de investimento em objetos externos, diminuição de autoestima e aumento de autorrecriminações e autoenvilecimento. Segundo o paradigma freudiano, os estados depressivos guardam em seu âmago uma problemática narcísica e consistem em reações psíquicas a situações de perdas.

Conforme mostramos, com este fértil resgate bibliográfico sobre o assunto dos estados depressivos, há uma considerável falta de consenso e de diversidade de pontos de vista imperando entre os psicanalistas. No entanto, é possível afirmar que, independente das abordagens particulares e das diferentes definições, é consensual que o artigo *Luto e melancolia* trouxe contribuições inaugurais para o campo das depressões na psicanálise, seja direta ou indiretamente. Constata-se também que, de alguma forma, sempre há referências ao artigo freudiano quando o tema dos estados depressivos é abordado a partir da psicanálise.

Assim, devido à sua importância fundamental na teoria psicanalítica e diante do cenário da relativa falta de consenso e de diversidade de definições que se apresenta no campo psicanalítico, nosso intuito é compreender os fundamentos que tornaram possível a formação da teoria freudiana da melancolia formuladas em *Luto e melancolia*. Com isso, esperamos que seja possível estabelecer bases e referência a partir das quais poderemos abordar, em pesquisas posteriores, o debate atual que cerca a psicanálise em torno do tema dos estados depressivos em relação às suas origens. Para realização da tarefa de compreensão dos fundamentos que tornaram possível a formação da teoria freudiana da melancolia contida em *Luto e melancolia*, restringimos nosso campo de pesquisa à primeira tópica do aparelho psíquico, período em que ocorre sua formulação.

No capítulo seguinte, outro campo de investigação estabelecido em nosso trabalho é o da etiologia das neuroses, que fornece as bases a partir das quais os fenômenos clínicos dos estados depressivos serão abordados e explicados por Freud e pela teoria psicanalítica clássica. Dentro dessa perspectiva, pretendemos ainda compreender o estatuto do normal e do patológico na teoria freudiana, sobre o qual Freud estabeleceu um intercâmbio que constituiu suas teorias da formação e funcionamento geral do aparelho psíquico. Aqui estaremos situados no campo de elucidação das neuroses de transferência que antecede as teorizações a respeito das neuroses narcísicas.

No terceiro capítulo, seguindo a indicação freudiana de que o problema da neurose e da melancolia deve ser abordado por seu mecanismo distintivo e pela questão da escolha da neurose, estabelecemos o registro teórico do conceito do narcisismo como um dos campos a serem investigados. Portanto, nos aproximaremos do campo das psicoses e das neuroses narcísicas, que propiciaram um caminho de explicação para o mecanismo distintivo da melancolia.

Ainda, visando a uma compreensão dos elementos mais diretos que estiveram envolvidos na formulação da teoria da melancolia, nos voltamos para uma investigação das discussões sobre o assunto no meio psicanalítico da época, por meio das correspondências de Freud com seus discípulos e das reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena.

Também nesse capítulo, ao que se segue, almejando situar os estados depressivos na atualidade, pretendemos abordar o tema de modo mais amplo, realizando uma reflexão geral a partir de sua trajetória histórica, de sua relação com a psiquiatria, a psicanálise e o contexto atual. Esse capítulo tem o objetivo de situar o campo problemático dos estados depressivos em relação a um contexto heterogêneo geral, em que psicanálise, psiquiatria e história se entrecruzam e estabelecem paradigmas distintos de abordagens.

1.3 O percurso dos estados depressivos na civilização ocidental

“O deprimido é um ateu radical e soturno”

(KRISTEVA, 1989, p. 12)

De acordo com o *Oxford English Dictionary*, a palavra depressão tem o sentido literal de “pressionar para baixo”, e seu surgimento data do século XIV, no contexto da astronomia renascentista. Sua etimologia advém do francês a partir do latim *de-premere*, que significa pressionar para baixo, denotando um sentido oposto à elevação. É por volta de 1660 que o termo depressão aparece pela primeira vez, nos Estados Unidos, significando tristeza e desânimo (SOLOMON, 2002, p.264). Mas é somente por volta do séc. XVIII que passa a ser adotado pela psiquiatria europeia. No início, seu uso foi introduzido em associação ao termo melancolia, mas passou a substituí-lo de maneira crescente a partir do século XIX. O termo melancolia, utilizado por quase dois mil e quinhentos anos, parecia à psiquiatria já muito desgastado e próprio do senso-comum, sendo mais conveniente aos poetas, enquanto o termo depressão teria um apelo mais científico e adequado para uma ciência nova como a psiquiatria, cuja pretensão era consolidar-se como uma das áreas de especialidade da medicina.

Melancolia é o mais antigo termo utilizado para referir-se aos estados de tristeza profunda e às patologias dos humores tristes, sendo uma figura da condição humana presente desde os tempos longínquos da cultura ocidental. Da Grécia antiga ao início do século XX, o que chamamos hoje *depressão* era chamado *melancolia* – literalmente, *humor da bile negra*. O termo melancolia é atribuído a Hipócrates e deriva-se de sua teoria da bílis negra, composição do grego *melas* (negro) e *kholé* (bile), que corresponde à transliteração latina *melaina-kole*, literalmente bílis-negra. Portanto, é a partir da teoria dos humores ou temperamentos e da bílis negra que Hipócrates cunha o termo melancolia - associado ao verbo *mélancholân*, que acrescenta sobre o verbo simples *cholân* “ter bile”, o “estar com raiva”, e mais genericamente “ser louco”. As palavras bile (Kholé) e raiva (Kolos) são aparentadas em grego: raiva significa também bile. Outro termo grego composto, *picrocholos*, “indivíduo de bile amarga”, associa a bile a um sabor; *melanchôlan* atribui uma coloração à bile, que se torna negra, *melan*, e ligada também a uma espécie de loucura. Finalmente, *mélancholân* significa “louco por ter uma raiva amarga e negra” ou, como se diz em francês, “avoir les idées noires”, ter ideias negras (DEMONT, 2005, p.34).

No conjunto dos escritos do Corpus Hipocraticus, encontramos a presença da raiz melankhol em diferentes usos: trinta e cinco vezes como o adjetivo melankhólikos, cinco

vezes como o substantivo *melankholía*, duas vezes como a desinência verbal *melankholao*, cinco vezes como o advérbio *melankholas* e três vezes o termo composto *melankholodes*, que quer dizer ter a aparência melancólica (CONTI, 2007, p.13-14). Persistindo na época moderna, a origem do termo *melancolia* repousa na convicção antiga de que a saúde e a doença são reflexos do equilíbrio ou desequilíbrio entre quatro fluidos corporais, ou *humores*, e de que o excesso de bile negra (humor supostamente produzido pelo baço) seria responsável pelos sintomas depressivos. Os médicos da antiguidade concebiam a bile negra como reguladora do humor e a *melancolia* testemunhava um defeito nessa função natural. Na medida em tais convicções foram perdendo a sua pertinência, a palavra *depressão* acabou por se impor até se tornar dominante nos séculos XIX e XX (WAKEFIELD & HORWITZ, 2007, p.55).

A compreensão e a visibilidade atuais da depressão e da *melancolia*, seja em termos de classe diagnóstica ou em termos de processos psíquicos, são muito recentes. São cerca de duzentos anos de estudos científicos, em que duas disciplinas se destacam: inicialmente a psiquiatria, a partir do final do século XVIII, e depois a psicanálise, no final do século XIX. Assim, a *melancolia* é um termo presente há muito tempo na humanidade, designando desde estados muito graves que envolvem alucinações até estados mais brandos, como as emoções dolorosas, paixões tristes, humores, sentimentos e temperamentos normais e confunde-se facilmente com o recente termo *depressão*. As dificuldades de consenso e determinação dos quadros diagnósticos e do uso dos termos são consideravelmente mais antigas que as novas discussões em torno do DSM-IV-R. São dificuldades que remontam às primeiras tentativas do homem de compreender os estados de sofrimento psíquico, dor e tristeza profunda.

As doenças da alma, entendidas como loucura, alienação ou doença mental dependendo do período histórico, preocuparam os escritores, os filósofos, os pensadores e os artistas desde os tempos mais remotos. Os estados depressivos despertam o interesse do mundo ocidental há pelo menos vinte e cinco séculos e são fenômenos onipresentes na história humana. Já no período do classicismo grego, encontram-se tentativas de compreender e decifrar o enigma da *melancolia*, ora associada à loucura, ora à genialidade. Sua presença recorrente na história ocidental não é nada discreta: os mais renomados pensadores, filósofos, médicos, escritores e pintores realizaram algum tipo de incursão no campo da *melancolia*, como se ela fosse um tema corriqueiro ou mesmo incontornável da vida humana, que deveria ser pensada por grandes homens. Possivelmente, os estados depressivos sejam os fenômenos relacionados à loucura mais facilmente reconhecíveis na história, pois seu percurso é longo, denso e insistente. Assim, vemos que a *melancolia* é o termo mais antigo e usual para se

referir a estados análogos aos distúrbios depressivos atuais. (JACKSON, 1986; WAKEFIELD & HORWITZ, 2007).

De acordo com Jackson (1986) – autor da mais célebre pesquisa atual sobre a história da depressão e melancolia no campo médico, intitulada *Melancholia and Depression: from hippocratic times to modern times* –, a investigação dos distúrbios depressivos ao longo do tempo não é uma tarefa fácil, pois não é possível se guiar apenas pelos termos, que embora sejam pistas importantes, são muitos. Jackson mostra que o mundo ocidental abriga muito mais de dois milênios de história, em que se utilizaram formas diferentes para se referir a um grande número de estados diversos, caracterizados por abatimento e tristeza. Segundo o autor, em determinados momentos, durante esses muitos séculos, o termo em uso comum para se referir a tais estados poderia significar: (1) uma doença, uma condição incômoda de gravidade e duração suficientes para ser concebido como uma entidade clínica; (2) uma síndrome, para se referir a um grupo de sintomas que foram pensados para constituir um estado; (3) um humor ou um estado emocional de alguma duração, talvez incômoda, certamente incomum, e ainda não patológica, não uma doença; (4) um temperamento ou tipo de condição que envolve certa tonalidade emocional e disposição e ainda não patológico; (5) um estado de sentimento de curta duração relativa, de tonalidade infeliz, mas dificilmente uma doença. Notamos, com isso, que os usos atuais do termo melancolia e depressão consistem em um desdobramento dos sentidos a eles conferidos ao longo da história ocidental. Certamente, as diversas condições aqui designadas consistem em estados mentais incomuns, mas abrangem um espectro muito mais amplo do que aquele coberto pelo termo doença. Assim, melancolia nem sempre significou um estado de adoecimento, abrangendo, ao contrário, um largo escopo de estados. Foram realizados relatos dessas descrições clínicas em escritos médicos por cerca de dois milênios e meio de história, e estes relatos foram intermitentemente complementados por outras fontes ao longo desse espaço prolongado de tempo (JACKSON, 1986). Em função da vasta gama de usos do termo melancolia, Jackson propõe a descrição clínica como a principal orientação na investigação desses estados ao longo da história, ou seja, deve-se centrar a atenção não só na denominação, mas principalmente nos sintomas e sinais descritos. Encontramos variações na descrição dos conteúdos desses quadros clínicos; no entanto, há uma consistência e coerência notáveis no núcleo básico de sintomas. E a melancolia como uma das três formas principais de loucura em épocas anteriores, ao lado da paranoia e da mania, é claramente correlata das depressões atuais (JACKSON, 1986).

Nessa direção, os autores da magistral obra histórica *Saturno e Melancholia* identificam vários sentidos para o termo melancolia:

Na linguagem moderna, a palavra ‘melancolia’ é utilizada para designar uma ou outra de várias coisas sensivelmente diferentes. Ela pode descrever uma doença mental caracterizada principalmente por crises de angústias, um abatimento profundo e um cansaço intenso – é verdade, entretanto, que este conceito médico, mais recentemente, em grande parte, se desagregou. Ela pode designar um tipo de caráter – geralmente associado a certo tipo físico – que, ao lado do sanguíneo, o colérico e o fleumático, constituíam antigamente o sistema dos ‘quatro humores’, ou ‘quatro temperamentos’, para retomar a expressão antiga. Ela pode descrever um estado de espírito temporário, às vezes doloroso e debilitante, às vezes moderadamente sonhador e nostálgico, e nada mais. Nestes casos, a melancolia é uma disposição puramente subjetiva, que pode então, por transferência, ser atribuída ao mundo objetivo, de maneira que podemos legitimamente falar da ‘melancolia da noite’, da ‘melancolia do outono’, ou mesmo, como o príncipe Hal em Shakespeare, da ‘melancolia de Moor-dich’²⁰. (KLIBANSKY, PANOFISKY, SAXL, 1989, p.29).

Diante disso, é possível identificar diversos sentidos correntes para o emprego da palavra melancolia na atualidade: (1) para designar uma forma grave de psicopatologia, em desuso na psiquiatria, mas ainda utilizada pela psicanálise; (2) para aludir a um tipo de caráter, uma pessoa que costuma ser mais triste, desanimada, pessimista, sem, no entanto, ser considerada portadora de um estado depressivo – diz-se que a pessoa é melancólica; (3) para definir um estado de espírito momentâneo, caracterizado por tristeza, idealização ou nostalgia – diz-se que a pessoa está melancólica; (4) qualificar uma característica do mundo objetivo – lugares, situações, acontecimentos, períodos do tempo – que evoque em alguma medida tristeza e recolhimento, como, por exemplo, costuma-se dizer dos dias de chuvas contínuas – cinzas, sem cores, favorecem o recolhimento, são dias melancólicos. No geral, constata-se que a palavra melancolia tem, nos dias atuais, um uso mais corrente no senso-comum e nas expressões artísticas, tendo perdido o sentido de doença que lhe era conferido no passado, em função de sua substituição pelo termo depressão.

Wakefield & Horwitz (2007, p.54) procuram situar a sintomatologia e os sinais que caracterizam os estados depressivos de forma geral:

Desde os primeiros textos médicos na Grécia antiga até o presente DSM, a tristeza profunda e suas variantes – desesperança, mágoa, abatimento, desânimo, vazio, desespero, desencorajamento – foram mencionadas frequentemente como traços nucleares do distúrbio depressivo, juntamente de sintomas relacionados, tais como aversão à comida, insônia, irritabilidade, agitação, sentimentos de inutilidade ou desesperança, tentativas e ideias suicidas, medo da morte, a ruminação de um pequeno número de ideias negativas, a falta de prazer ou de interesse nas atividades cotidianas, fadiga, e reclusão social.

²⁰ Parte de um fosso que se estendeu, na Londres medieval, da parede norte entre Moorgate e Bishopsgate. Shakespeare pode ter pensado naquele como um lugar de ‘melancolia’ por causa da qualidade de sua água ou porque era perto de Bedlam hospital, onde os doentes mentais eram alojados.

Diante do exposto, percebe-se que desde há muito tempo são descritos e observados certos estados entre os seres humanos que incluem tristeza profunda, apatia, desânimo, prostração, inibição generalizada, em meio a outros sintomas. Esses estados foram vagamente designados pelo termo “melancolia”, que aparece expressivamente em diferentes épocas da história ocidental. Assim, a história permite reconhecer os atuais estados depressivos nos antigos estados melancólicos. Apreende-se que a melancolia ou, como preferimos definir em nosso trabalho, os estados depressivos – aqueles que incluem genericamente estados de tristeza profunda, humor depressivo, melancolia, luto e transtornos depressivos – estão presentes ao longo da história, descritos de diferentes formas, com diferentes nomes e associados a diferentes causas. O que sua história nos leva a constatar é uma notável persistência desses estados e de suas variáveis, ao lado de tentativas de sua compreensão. O fato de sua presença incontestável na civilização humana assinala sua importância (TEIXEIRA, 2007).

Em busca das origens históricas dos estados depressivos, talvez o mais distante em que possamos recuar seja o século V a.C., época em que o termo melancolia foi forjado pelo médico grego Hipócrates de Cós. No entanto, a patologia ou o sofrimento dos humores tristes podem ser encontrados de forma não nomeada na descrição de sinais e sintomas em escritos ainda mais antigos, como na tragédia grega, na *Ilíada* de Homero ou mesmo no antigo testamento, texto ainda vigente e interpretado em nossos dias, que exerceu influência considerável na formação de nosso pensamento ocidental judaico-cristão. Não podemos desconsiderar que a história da melancolia se confunde facilmente com a história das ideias dessa civilização, já que foi descrita e pensada praticamente em todos os períodos pelos seus mais notáveis representantes. Dessa maneira, para compreender a história dos estados depressivos, em uma pesquisa anterior, percorremos os escritos dos mais diferentes campos, como a religião, a arte, a literatura, a filosofia, a medicina entre outros (TEIXEIRA, 2007). Frente ao exposto, vemos que a melancolia²¹ nem sempre esteve sob o domínio do campo psiquiátrico, mesmo porque se trata de um termo muito mais antigo, anterior ao advento das ciências e da filosofia modernas. Suas diferentes formas de uso relacionam-se com a história, com os costumes, valores e regras de um grupo social de determinada época. Suas origens remontam a alguns séculos antes de Cristo, época em que arte, tragédia e filosofia se encontravam nas obras de arte, nos escritos literários trágicos, nos textos da antiga filosofia de Aristóteles e nos textos da pré-história médica, daquele que é considerado o pai da medicina –

²¹ Ver nosso trabalho anterior: A concepção Freudiana de Melancolia, Dissertação, UNESP, 2007.

Hipócrates. Em toda a história da civilização ocidental, encontramos a presença da melancolia, a velha imortal que resistiu aos tempos, arrolou-se pelos séculos, habitou os velhos mosteiros, vagou errante pelas terras medievais, presenciou o nascimento das grandes cidades, sucedeu à terrível peste negra, ressurgiu branca e admirada no renascimento, foi musa do romantismo, objeto de estudo da arcaica medicina mental e resistiu forte até meados do século XIX, período em que foi substituída pela atual e mais adequada depressão (SCLAR, 2003).

Diversos modos de significação foram criados para explicar e lançar luz sobre as mais enigmáticas expressões de loucura. A melancolia é o estado mais facilmente identificável, encontrando-se descrições de seus sintomas na *Ilíada* de Homero, há cerca de dois mil e novecentos anos. Temos didaticamente quatro formas de explicação surgidas na Grécia antiga, cujos textos literários mostram que os estados de sofrimento psíquico ou psicopatologias eram entendidos das mais diferentes maneiras, genericamente denominados como melancolia ou mania. Em um primeiro momento, a loucura encontrada entre as personagens dos textos de Homero (IX a.C.) e de alguns autores trágicos como Ésquilo e Sófocles, por exemplo, era interpretada como fruto de influências supremas, de deuses ou entidades mitológicas. Pessotti (1994) denomina essa visão de mítico-religiosa.

Outra visão da loucura pode ser encontrada nos textos trágicos de Eurípedes (2007), que a descreve como fruto de um conflito interno do homem, entre suas paixões e as normas sociais, entre o desejo e a repressão, entre a razão e a emoção. Segundo Pessotti (1994, p.32), “Nessa tragédia a loucura, entendida como desequilíbrio de origem passional, ingressa no pensamento ocidental, ao lado do desejo sexual e da morte”. Os infortúnios do homem não se devem mais aos deuses, às maldições ou simplesmente ao destino. Eurípedes reconhece uma dimensão humana incontrolável, a qual permite instituir o sofrimento como inerente à vida humana. A grande originalidade de Eurípedes foi mostrar que os sentimentos e as paixões são incontroláveis e não se submetem nem à razão, nem à norma, e muito menos às proibições das regras sociais. Por isso, como no caso de *Fedra*, o ser humano está sujeito a padecer dos mais contraditórios e dramáticos conflitos, pois as paixões podem arrebatá-lo e criar em seu íntimo uma contradição entre proibição e desejo. Eurípedes marca, de certo modo, uma ruptura com a tradição mítico-religiosa, que nos remete a Homero, em que a vida do homem, seus infortúnios e destemperanças, eram sempre ligados à influência dos deuses e de seus humores instáveis. No caso da tragédia de Eurípedes, tem-se alguma influência de deuses; no entanto, o ser humano vive o conflito de maneira interna, entre sua paixão e sua consciência. No campo da loucura e das paixões, ocorre um deslocamento dos conflitos vividos no exterior

para o interior do ser humano. Assim, a loucura triste de *Fedra* é fruto de um conflito decorrente de uma paixão adúltera. *Fedra* cai melancólica por um conflito entre paixão e proibição social – a personagem teme tanto a censura social quanto o que mais tarde será chamado por Freud de “força da libido”. Na obra de Eurípides, a loucura se psicologiza, fato que representa o nascimento da concepção do homem como dotado de uma individualidade intelectual e afetiva. Temos aí uma concepção passional da loucura (PESSOTI, 1994).

Hipócrates, em cerca de V a.C., explicava a loucura como resultado de um desequilíbrio de humores corporais. A melancolia deve-se ao acúmulo de bílis-negra no baço. A passagem mais conhecida e importante de Hipócrates, a quem é atribuído a origem do termo, a esse respeito, se encontra nos Aforismos e diz o seguinte: “Se medo ou tristeza persistem duravelmente, o caso é melancólico” [Literalmente: atra-bilioso] (HIPÓCRATES, 2005, *Aphorismes*, VI, 23, p.34). Hipócrates associa os estados de medo e tristeza persistente à melancolia. Mas, mais fundamental ainda, é a tentativa de reconhecer a desproporção dos sintomas diante das circunstâncias. Outra passagem muito conhecida associa a melancolia à epilepsia. Diz Hipócrates: “Frequentemente os melancólicos tornam-se também epiléticos e os epiléticos, melancólicos. Uma ou outra aparece segundo o lugar atingido pela doença; se ela atinge o corpo: estamos na presença de epiléticos; se é o espírito: são melancólicos” (2005, *Epidemias*, VIII, 17,2). Segundo Demont (2005, p.34), a passagem reflete a associação corriqueira entre melancolia, mania e epilepsia e revela que, para Hipócrates, o componente psíquico é reconhecido e decisivo para o diagnóstico. Assim, em Hipócrates se encontram os empregos corriqueiros do termo melancolia - no sentido de estar louco - e os empregos médicos, no sentido de estar doente de bílis negra. A bílis negra representava o outono e, como a terra, era fria e seca, hostil à vida e podendo causar melancolia, uma doença resultante do acúmulo de bílis negra no baço:

Há essencialmente saúde, quando os princípios são em correta relação de composição, de força e de quantidade, e que a mistura seja perfeita; há doença quando um destes princípios esteja em falta ou excesso, ou, se isolando no corpo, não se combina com todo o resto (HIPÓCRATES, *De la Nature de L'home*, 2005, p.26).

A teoria da bílis negra como causadora da melancolia atravessará os séculos por meio dos escritos de diversos pensadores, ainda que com variações. Convém destacar que, segundo muitos autores, Hipócrates concebe a melancolia como uma doença orgânica, um estado anormal do cérebro, cujos estados emocionais são meros sintomas (GINZBURG, 2001; KLIBANSKY, PANOFSKY & SAXL, 1989; DANDREY, 2005; HERSANT, 2005;

JACKSON, 1986; SCLiar, 2003; PERES, 1996; PESSOTTI, 1994). De acordo com Pessoti (1994), o Corpus Hipocraticus inaugura a distinção, clínica e etiológica, entre os dois estados de loucura que se tornaram clássicos: a mania e a melancolia. Os mencionados delírios, perturbações de condutas, desequilíbrios emocionais, são meros sintomas e não o elemento decisivo para identificar um ou outro quadro. Outra observação sobre a visão Hipocrática diz respeito à interdependência mente-corpo. De acordo com Widlöcher (1983), muitos veem a representação Hipocrática da doença como puramente orgânica em função de sua ligação com a bile negra. No entanto, em Hipócrates a alma encontra-se estritamente dependente do corpo, no sentido de que as paixões da alma podem influenciar os estados dos humores e vice-versa. Nessa direção, os sintomas psíquicos são descritos como perturbações do funcionamento da alma devido à poluição dos humores.

O sistema hipocrático oferece um quadro em que o conjunto da patologia encontra assim seu lugar, mas a descrição das doenças permanece vaga, pois estas constituem somente sinais que se deve identificar para compreender o equilíbrio geral dos humores. Entretanto, é desta descrição príncipes que nasceu a clínica das depressões. A oposição entre excitação maníaca e depressão melancólica já é bem percebida na medida em que ela encontra sua explicação no sistema (WIDLÖCHER, 1983, p.19).

De qualquer forma, todos os seguidores de Hipócrates formalizaram a teoria de que a origem da melancolia está no excesso de bile negra. Isso pode ter influenciado os estudiosos na compreensão da posição de Hipócrates sobre o problema da melancolia, levando-os a entendê-la como determinista e organicista. Cabe ressaltar que, até formulação do termo melancolia na época de Hipócrates, esses estados eram chamados de delírio triste, lipemania ou equivalentes. De forma geral, a melancolia, no contexto do Corpus Hipocraticus, podia significar um humor patológico, um humor normal, uma forma de ser ou temperamento e, ainda, uma modalidade alterada de conduta. A partir dessa época, o termo melancolia poderia então designar estados patológicos ou aptidões constitucionais, pois os hipocráticos consideravam os homens como dotados de constituições submetidas ao predomínio permanente, seja da fleugma, seja da bile negra. Esses homens não eram considerados doentes, mas somente suscetíveis ou predispostos a contrair doenças em certas circunstâncias (KLIBANSKY, PANOFISKY & SAXL, 1989, p.41). A esta terceira forma de explicar a loucura, denomina-se hipocrática (PESSOTTI, 1994).

Ainda nessa época, temos a visão filosófica, representada principalmente por Sócrates, Platão e Aristóteles, e seria difícil submetê-la à apenas uma forma de explicação. No entanto, há de forma geral uma associação entre loucura e ignorância: o homem louco é também aquele que não procura conhecer, é amante da ignorância e da indisciplina (PESSOTTI, 1994).

Platão considerava que a melancolia podia enfraquecer o espírito e a moralidade e a relacionava com o conceito de furor (loucura), descrito como uma forma de obscurecimento da consciência, medo e delírio. Não obstante, por vezes pode ser identificada uma forma de idealização do furor e da loucura como dons divinos (AMATI-MEHLER, 2004). Em Aristóteles, particularmente, encontra-se uma importante descrição da melancolia como uma forma determinada de genialidade. No conhecido *Problema XXX, 1*, um tipo particular de melancolia é definido como condição de genialidade, responsável por capacidades distintivas: a *melancolia de gênio* ou *melancolia natural*. Nesse tratado, muitos heróis míticos e filósofos são considerados melancólicos: Hércules, Lisandro, Ájax, Belerofonte, Empédocles, Platão e Sócrates. Criação e melancolia estão associadas: o homem triste é também um homem profundo. Os portadores da melancolia de gênio são homens excepcionais por natureza, e não por doença, concepção que difere da de Hipócrates. Nas palavras de Aristóteles (1998, p.105), “todos os melancólicos são portanto seres de exceção, e isso não por doença, mas por natureza”. Logo de início Aristóteles formula a seguinte questão:

Por que razão todos os que foram homens de exceção, no que concerne à filosofia, à ciência do Estado, à poesia ou às artes, são manifestamente melancólicos, e alguns a ponto de serem tomados por males dos quais a bile negra é a origem, como contam, entre os relatos relativos aos heróis, os que são consagrados a Hércules? (ARISTÓTELES, 1998, p.81).

Formulando essa questão magistral, Aristóteles (384-322 a.C.) torna a melancolia a protagonista de um tratado, o *Problema XXX, 1*, ainda na Grécia Antiga, no período que se segue ao Corpus Hipocraticus. O texto se inicia com a interrogação acima e todo o seu desenvolvimento será uma tentativa de respondê-la, efetuando uma interessante relação entre a genialidade e a loucura. Por meio dessa proposição universal – todo homem de exceção é também melancólico – Aristóteles procura demonstrar porque melancolia e genialidade estão associadas e a que se deve tal associação. Existem dois tipos de melancolia, a *melancolia natural* ou *melancolia da natureza*, que torna o seu portador genial, e a doença *melancólica*, que atinge indistintamente qualquer indivíduo. O que está na base da melancolia, como para os hipocráticos, também é a bile negra, como um humor presente em cada homem, sem que se manifeste necessariamente por uma doença ou por caracteres de exceção. Em um caso, a melancolia pode depender de alterações temporárias e qualitativas do humor melancólico, que produzem as *doenças melancólicas*, entre as quais temos a epilepsia, a paralisia, a depressão, as fobias e, se o calor excessivo estiver em sua causa, as úlceras, a temeridade e o furor. No outro caso, encontramos uma preponderância constitucional e quantitativa do humor

melancólico sobre os outros, o que torna o indivíduo um melancólico de natureza. Esta última forma de melancolia possuía uma configuração inteiramente particular quando o sujeito tinha perfeita saúde, tornando-o assim, fundamentalmente e constitutivamente, diferente e superior ao homem comum. Já o homem ordinário é suscetível de contrair a melancolia, mas sob a forma de problemas temporários, sem significação psíquica, nem efeitos duráveis sobre sua constituição. “Quanto aos homens normais de natureza – a maior parte dos homens – não podiam jamais adquirir as características de que era dotado o melancólico natural em virtude de sua disposição habitual” (KLIBANSKY, PANOFISKY & SAXL, 1989, p.76). A melancolia natural não exclui a doença melancólica, pois os portadores da melancolia da natureza eram particularmente sujeitos às doenças melancólicas de forma mais virulenta e acentuada. O melancólico de natureza é dotado de uma singularidade espiritual, como resultado do fato de que a bile negra possuía uma propriedade ausente nos outros humores, isto é, a propriedade de influenciar a disposição da alma. Para Aristóteles, existiam substâncias em que sua absorção pelo corpo não tinha nenhuma influência sobre a alma, enquanto outras desencadeavam efeitos imediatos e potentes sobre o espírito, levando o homem a experimentar toda variedade de estados espirituais que lhe são cotidianamente estrangeiros (KLIBANSKY, PANOFISKY & SAXL, 1989).

Assim, desde épocas longínquas é possível encontrar teorias segundo as quais os escárnios divinos e o não cumprimento das vontades supremas tornam o homem sofredor e melancólico. Ou teorias de que os conflitos entre as paixões e as limitações das satisfações destas na vida social levam ao padecimento dos humores. Ou ainda de que, se os fluídos da bile negra se acumularem no baço podem causar um estado duradouro de tristeza e apatia. Vemos diferentes maneiras de compreender a loucura, que continuaram presentes em nossa cultura ocidental sob diferentes roupagens, ao longo da história até o século XIX e o advento da psiquiatria.

Segundo Amati-Mehler (2004), ligações e inferências derivadas dos quatro humores²² foram colocadas em relação com teorias cosmológicas e dos temperamentos, e não variaram

²² É através de sua conhecida ‘teoria dos humores’ que Hipócrates explica a melancolia. Os temperamentos dos homens dependiam do equilíbrio de quatro humores básicos presentes no corpo. Esses humores controlavam toda a existência e o comportamento humano e, segundo a maneira em que eles estavam combinados, determinavam o caráter do indivíduo (KLIBANSKY, PANOFISKY, SAXL, 1989, p.31). O acúmulo de algum dos elementos dos humores resultava no predomínio de determinado temperamento. Para cada humor correspondia um elemento do universo, uma estação do ano e suas respectivas qualidades. O sangue correspondia à primavera e ao ar, sua qualidade era ser quente e úmido: dava origem ao temperamento sanguíneo. A linfa, análoga ao inverno e à água, era úmida e fria e originava o temperamento fleumático. A bÍlis amarela, como o verão e o fogo, era quente e seca, e resultava no colérico. Klibansky, Panofsky & Saxl (1989, p. 39), propõe o seguinte quadro visual:

essencialmente até o renascimento, embora tenham permanecido no centro de vivas controvérsias filosóficas ao longo da antiguidade. A evolução das formulações acerca da melancolia foi, após o período greco-romano, determinada pela oposição entre as ideias e práticas médicas específicas e aquelas das filosofias religiosas. Portanto, a noção de melancolia, não somente como uma doença, mas principalmente como uma constituição particular, continuou seu caminho no início do segundo milênio, interessando também aos teólogos da moral, que a associavam às influências demoníacas ou a uma forma de punição divina. A *acedia*²³ monástica e a punição autoinfligida pela opressão da culpabilidade constituem um capítulo fascinante da história da melancolia e da contaminação mítica e teológica na investigação dos sintomas psicológicos e físicos dos estados depressivos (AMATI-MEHLER, 2004).

A Idade média tem início com a queda do império romano, por volta do século V d.C. Na primeira metade dessa época, temos um predomínio do saber religioso e do decorrente abandono dos textos clássicos, principalmente do pensamento científico greco-romano, tão difundido outrora. Os estudos passaram a ser realizados por padres e monges e necessariamente deveriam estar relacionados às escrituras sagradas. Os conhecimentos médicos tornaram-se permeados pela ideia da cura divina. Assim, o paradigma da loucura dessa época era baseado na culpa, no pecado, nas bruxarias e nas diversas formas que o demônio pudesse assumir. A ordem predominante era derrotar as doenças pela fé, como Jesus fazia nas histórias bíblicas. A teoria dos humores, ou da bile negra, é tida agora como causa secundária, sendo a primeira relacionada a um castigo de Deus ou a uma tentação do diabo. O termo *acedia* – que significa preguiça, apatia, tristeza ou desespero – é considerado correspondente ao termo melancolia da era medieval. De acordo com Cordás (2002, p.34), a *acedia* medieval pode ser relacionada a três aspectos: a um estado doentio análogo à melancolia; à preguiça e a indolência em relação às obrigações religiosas; e à falta de adoração e devoção a Deus.

<i>Humor</i>	<i>Estação</i>	<i>Qualidades</i>
Sangue	Primavera	Quente e Húmido
Bile amarela	Verão	Quente e Seco
Bile Negra	Outono	Frio e Seco
Fleugma	Inverno	Frio e Húmido

Este sistema, aparentemente complexo, irá dominar toda a orientação da fisiologia e da psicologia até os tempos modernos. Suas origens remontam aos ‘pitagóricos’, os quais cultuavam os números e tinham mais precisamente o número quatro como significativo.

²³ Nome dado ao estado melancólico que acometia os monges em seu isolamento monástico.

Pessotti (1994, 1999) denomina de “concepção demonista” o período que vai da Idade média ao século XVI, representado por Agostinho e Tomás de Aquino. As formas aberrantes de conduta, as insanidades mentais e a melancolia são explicadas pela possessão diabólica, ou pela condenação divina em decorrência do pecado. Segundo Solomon (2002, p.271-72), Agostinho considerava a melancolia como especialmente prejudicial, pois suas manifestações doentias sugerem que o melancólico não estaria coberto pela graça divina ou, simplesmente, não teria reconhecido tal graça; a melancolia consiste em um afastamento do sagrado, uma prova da possessão demoníaca.

O monge João Cassiano (teólogo cristão do séc. V) usa os salmos da Bíblia para revelar o demônio do meio-dia, que foi associado à melancolia, que teria vindo arrancar a alma do homem de Deus. Para Cassiano, o melancólico deve ser abandonado por todos e colocado para fazer trabalhos manuais. Com Tomás de Aquino, chegamos à época da inquisição e, nesse período, iniciado por volta do séc. XIII, os melancólicos podiam ser comumente presos por seu pecado e identificados como hereges. A fogueira passa a ser o principal destino para os melancólicos. A acedia, termo correspondente à atual depressão, era tida como um pecado condenável. Os monges eram especialmente propensos a desenvolvê-la, com manifestações de exaustão, apatia, tristeza, aversão à cela, à vida ascética e, também, com um insistente anseio pela família e pela vida anterior. Em escritos da época encontramos: “No momento em que Adão desobedeceu à lei divina, naquele exato instante, a melancolia coagulou-se em seu sangue”. De maneira geral, Solomon (ibid.) aponta que a idade média moralizou a melancolia e foi responsável por um estigma ainda hoje sobrevivente na depressão.

No século XII, o estudo da melancolia tem como principal representante a escola de Salerno e a sua doutrina dos temperamentos. A teoria da melancolia, neste momento, aparece vinculada à ciência árabe e à astrologia, para a qual Saturno é tido como o astro que guia e governa o melancólico. Constantinus Africanus (1010-1087), mulçumano convertido e associado à escola de Salerno, traduziu do árabe²⁴ para o latim Hipócrates e Galeno, retomando suas concepções. Em Constantinus, a melancolia aparece como um mal do amor, resultado de uma paixão não correspondida ou da busca de um ideal amoroso impossível de atingir, além de também estar relacionada ao aumento da bílis negra no organismo. Constantinus introduziu no ocidente a obra *De melancolia* (Sobre a melancolia) – do médico

²⁴ Os escritos greco-romanos haviam sido traduzidos para o árabe e, agora, com o retorno do interesse por tais conhecimentos, eram traduzidos para o latim. Os escritos, então, saíram do mundo ocidental, foram para o mundo árabe e agora retornavam à Europa.

de Bagdá Ishaq ibn Imran –, texto que distingue várias formas de melancolia, envolvendo conduta agressiva, temor, ansiedade, desânimo, choro, risco de suicídio e licantropia – delírio em que a pessoa se imagina transformada em lobo. Nesse texto encontra-se, ainda, a afirmação de que os melancólicos temem situações que de fato não são ameaçadoras (SCLIAR, 2003, p.73; CORDÁS, 2002, p.47).

Do século V ao XIII, os médicos árabes se referem às doenças da alma que podem afetar as três principais virtudes do cérebro: a imaginação, a cognição e a memória. Enquanto a religiosidade domina a Europa ocidental, tornando-a um lugar inóspito para os pensadores, o mundo árabe recebe os refugiados e os perseguidos com entusiasmo. Os pensadores gregos migram para o império árabe para continuar produzindo e difundindo o pensamento greco-romano. Em certa época, as escolas islâmicas tinham a medicina como primeira ciência grega a ser estudada. Assim, os considerados doentes não eram perseguidos ou queimados na fogueira, mas estudados e tratados, mesmo que de maneira rudimentar. Já no final do século X, quase todas as obras científicas gregas haviam sido traduzidas para o árabe. A melancolia era amplamente estudada, com abundantes descrições e discussões sobre a forma mais comum de loucura. As ideias de Hipócrates e Galeno eram aceitas e associadas à melancolia, como a outros temperamentos. A melancolia, no mundo árabe, não era entendida como possessão demoníaca ou manifestação da cólera divina, mas como um desequilíbrio humoral do cérebro pelo predomínio da bile negra (CORDÁS, 2002, p.42-43). A medicina árabe dos séculos IX e X influenciaram a medicina ocidental até a renascença. Os autores árabes estabeleceram uma relação entre a teoria dos humores de Hipócrates e a astrologia. O humor melancólico é ligado à influência de Saturno, que no corpo humano governava o baço, sede da bílis negra. Vem daí a qualificação humoral de soturno, que designa a pessoa triste, sombria e silenciosa, expressão esta que se tornou sinônimo de melancólico. A influência de Saturno não se exercia, porém, em pessoas vulgares, mas em pessoas extraordinárias: fica assim mantida a ligação aristotélica entre melancolia e genialidade (SCLIAR, 2003; PERES, 2003). Ao fim da idade média, a melancolia é cada vez mais empregada como sinônimo de uma simples tristeza, mesmo quando nenhuma razão reconhecível podia explicá-la.

Segundo Amati-Mehler (2004), o dicionário de língua italiana contém o verbete *malinconia*, não encontrado em nenhuma outra língua, que designa um sentimento de tristeza leve, quase melancólico e nostálgico. Desse modo, uma pessoa *malincolic*, segundo a autora, é definida, nesse dicionário, como invadida por um estado de espírito reconfortante, calmo e melancólico, temporário ou durável. A significação do adjetivo melancolia se alargou consideravelmente nessa língua, passando da qualificação de um estado individual para uma

descrição mais geral das coisas ou das situações, como, por exemplo, uma paisagem, uma noite, ou um outono, todos qualificados como melancólicos. Essas expressões passaram a fazer parte dos textos literários e poéticos (AMATI-MEHLER, 2004). Já na França, o termo melancolia foi particularmente adotado pelos escritores das *belles-lettres* em suas histórias, poesias e prosas, no final da idade média. É possível encontrar na literatura francesa o verbo *merencolier* como sinônimo de entristecer: na literatura amorosa, a expressão *petites merencolies* fora utilizada para falar das querelas entre os amantes. Por volta do século XV, a fusão dos termos melancolia e tristeza adquire significações mais complexas, indo de sentimentos subjetivos a doença psíquica objetiva misturada a um sentimento de dor e infelicidade. Também o sentimento de tristeza é evocado como fazendo parte da consciência humana da finitude e da morte. No início do século XIX, a melancolia romântica, tão cara aos escritores, poetas e músicos, exprime a expressão alemã de *Welr Schmerz*, que alude à dor e à tristeza causadas pelos desgostos e injustiças inerentes à vida humana. Finalmente, a autora destaca que a melancolia tem uma relação particular com o planeta Saturno, considerado responsável pelo caráter triste e infeliz do melancólico (AMATI-MEHLER, 2004).

Na renascença, período de profundas transformações culturais, sociais e intelectuais entre os séculos XIV e XVI, a melancolia tornava o homem capaz da produção intelectual e artística. O conhecimento greco-romano voltava a circular com força nos círculos científicos e os textos de Hipócrates e Aristóteles são abundantemente estudados. Começam as traduções dos originais gregos para o latim. Há, paulatinamente, uma revalorização do homem e uma insubordinação às regras impostas pela Igreja (CORDÁS, 2002, p.50). Enfim, o renascimento é uma época de retomada científica e libertação dos grilhões impostos pela Igreja. Mais do que a presença dos médicos clássicos, havia aqui a presença da concepção filosófico-aristotélica, que concebia a genialidade aliada à condição do estado melancólico. Os pensadores da época acreditavam que a melancolia era sinal de profundidade.

A melancolia é o tema central do manual de higiene mental *Da vita tríplice*, escrito pelo renascentista Marsilius Ficinus (1433-1499), médico, filósofo, mago, astrólogo e... melancólico. O manual reunia quatro teorias sobre a melancolia: a hipocrática (teoria dos humores), a platônica (poesia e furor), a astrológica (Saturno e melancolia) e a aristotélica (melancolia e genialidade). Esse estudioso considerava a melancolia um grande tormento, mas também uma grande oportunidade para os homens de estudo. Saturno seria o planeta inspirador dos sábios e estudiosos. A melancolia, presente em todo homem, representava o

anseio pelo grande e eterno; sendo o representante de Deus na Terra, o homem sempre seria perturbado pela nostalgia da terra natal celestial²⁵. Ficinus postula, ainda, que a melancolia é revelada no atropelo da vida diária, sendo uma característica comum da alma. No entanto, só os homens de exceção, como os filósofos e artistas, precisam estar em contato com sua melancolia, na qual a profundidade de sua experiência refletirá seu sucesso ao erguer a mente acima da vida comum (SOLOMON, 2002, p.274). A melancolia seria, então, um pré-requisito para a inspiração. É impossível não lembrarmos aqui das ideias do *Problema XXX* de Aristóteles.

Ainda havia aqueles que associavam a melancolia à capacidade de prever o futuro, como era o caso do médico, filósofo, mago e ocultista Cornelius Agripa (1486-1535). Outra teorização da época relacionava a melancolia às paixões. Os médicos e filósofos da renascença distinguiam duas formas de paixão: a *pudique* e a *impudique*. A primeira relaciona-se ao amor devotado entre marido e esposa, pai e filho, do súdito pelo senhor etc. A segunda é representada pela luxúria, o amor carnal que “queima os humores do corpo” e gera a melancolia (SCLIAR, 2003; PERES, 1996, 2003).

No renascimento, gradualmente, o racionalismo científico foi triunfando sobre a superstição medieval. Com o Renascimento inglês, é possível observar um movimento que vai desde compreender a melancolia como uma pré-disposição à possessão até pensadores que sugeriam que as bruxas eram apenas velhas desafortunadas, doentes e melancólicas. Assim, o que antes era possessão passa a ser agora um delírio mental, vinculado à melancolia (SOLOMON, 2002, p.276).

Em 1599, o francês Andréas Du Laurens redime os melancólicos perante a igreja, dizendo que a melancolia seria uma doença da imaginação, deixando a alma e a razão intactas. Para Laurens, a melancolia podia assumir diversos graus, o que possibilita distinguir se elas se mantinham dentro dos limites da saúde ou não. O cérebro do melancólico seria tomado pela bile negra, fazendo com que ele enxergasse escuridão em toda parte (SOLOMON, 2002, p.277).

No século XVI, época da reaparição da palavra *psicologia* e do crescente interesse pelo estudo da alma, a melancolia – como uma doença – começa a ser estudada abundantemente por médicos e pensadores. As fronteiras entre medicina e filosofia eram tênues e, portanto, a compreensão alcançada sobre a melancolia era mais filosófica. Todavia,

²⁵ Seria interessante lembrarmos aqui da psicanálise e de suas postulações sobre os ideais narcísicos excessivamente elevados dos melancólicos, ou do anseio pela ausência de tensão, representada pelo paraíso.

predominava a teoria dos humores que, segundo Scliar (2003, p.78), constituiu-se em uma “metáfora poderosa”: “a teoria humoral permaneceu praticamente intocada durante quatorze séculos”. Na verdade, as teorias da época seguiam ainda duas correntes: os adeptos da corrente aristotélica, que colocavam a melancolia como condição de erudição, genialidade e dotes para a arte; e os da corrente hipocrática ou galênica, caracterizando a melancolia tão somente como um distúrbio de humores relacionado à bile negra. Portanto, não havia um consenso a respeito da melancolia como doença, questão que sofrerá profundas mudanças com o advento da ciência mental, como veremos posteriormente.

Solomon (2002, p.277-79) mostra que a melancolia entra em voga no final do século XVI e ao longo do século XVII, sendo considerada comum e quase normal, tornando-se uma aflição tão prazerosa quanto desprazerosa, passando a significar profundidade da alma, complexidade e genialidade. Autores de toda a Europa retomam a romântica concepção aristotélica e escrevem sobre como a melancolia torna um homem melhor e mais inspirado. Todos os que se consideravam homens geniais, ou que desejavam sê-lo, ansiavam por senti-la. Assim, essa manifestação vai se tornando uma doença da aristocracia. De acordo com Solomon, todo o mundo parecia estar ficando deprimido e o homem se reconhecia na ideia de melancolia. As pessoas assumiam comportamentos melancólicos sem serem vítimas da doença, ficavam horas a contemplar o sofrimento e a sustentar dúvidas existenciais para as quais nunca encontrariam respostas, confessavam medo de qualquer coisa que fosse difícil ou assustadora. Desse forma, esse estado mental, do qual tantos sofreram penosamente ao longo dos séculos, agora emergia como uma *melancolia branca*, algo mais brilhante do que sombrio.

Ainda a propósito do século XVII, não podemos deixar de mencionar uma das publicações de maior importância no que se refere ao tema em questão. Com um feito admirável para a época – cinco edições publicadas em vida –, Robert Burton publicou, em 1621, *A anatomia da melancolia*. Trata-se de uma interminável compilação que tenta apresentar e reconciliar todo o conhecimento sobre a melancolia produzido até aquela época. Assim, Solomon (2002, p.279) revela que, no livro, podemos encontrar as “filosofias de Aristóteles e Ficino, os personagens de Shakespeare, os insights médicos de Hipócrates e Galeno, os impulsos religiosos da Igreja medieval e renascentista e as experiências pessoais de doença e introspecção”. Muitas das ideias de Burton (2001[1621]) antecedem, de alguma forma, as modernas compreensões em torno da melancolia e da depressão. Para Burton (2001[1621]), a melancolia se diferenciava de afetos do cotidiano, tais como a apatia, a tristeza, a indisposição, a letargia, a solidão e o descontentamento. Essas características

estariam dentro de qualquer homem vivo e não poderiam ser tomadas como doença. Burton destaca, também, a interessante ideia de que cada homem tem um nível diferente de tolerância ao trauma, e que a interação entre os níveis de trauma e tolerância é determinante na melancolia²⁶. Situações como injúria, dor, desgraça, perda, aborrecimento, boato, podem, segundo Burton, deixar um homem tomado pela melancolia. Ora, o que seriam tais condições, senão frustrações que acompanham a vida de todo homem, e para as quais o melancólico não tem tolerância?²⁷ Finalmente, Burton (2001[1621]) diz que a melancolia é uma doença tanto do corpo quanto da alma, e que para se tratar o doente deve abrir-se com seus amigos, buscar alegria e música. O principal tratamento, assim, consistiria em combater diretamente as paixões e as perturbações da mente (SOLOMON, 2002, p.281). É nesse mesmo período, segundo Solomon (2002, p.264), que o termo depressão aparece pela primeira vez, por volta de 1660, nos Estados Unidos, significando tristeza e desânimo. No entanto, ele entrou em uso comum apenas no século XIX, na Europa, com o advento da psiquiatria.

O espírito romântico retoma a melancolia pelas seguintes qualidades: inibição, solidão, amargura e tristeza. Vemos o nascimento de uma corrente contrária à da idade da razão, e a visão puramente científica do homem. No romantismo, movimento que se inicia no final do século XVIII, a melancolia foi uma marca constante, já que designava o amor pelos aspectos selvagens e melancólicos da natureza. A melancolia retorna mais amada do que na época da renascença. Segundo essa visão, ela é atributo de valor: seu estado é valorizado, algo que nos remete diretamente à tese aristotélica (GINZBURG, 2001; PERES, 1996, 2003). Na corrente romântica, a melancolia era mais vista como fonte de conhecimento e maneira de ficar próximo da verdade, do que como loucura (SOLOMON, 2002, p.289).

Solomon (2002, p.282) distingue o romantismo em duas linhas: a poética e a filosófica. A primeira é representada por escritores da época. Na Alemanha, Goethe, com sua tristeza-do-mundo, esforçava-se por mostrar a natureza tempestuosa e trágica da existência. Com seu livro *Spleen de Paris*, Baudelaire²⁸, representante do romantismo francês, apresenta o mundo frio e triste, sendo impossível para o homem transcender a melancolia. A Itália é representada por Giacomo Leopardi e por sua ideia de que o dom do homem é morrer. O inglês Wordsworth considera a passagem do tempo e a impotência humana frente a ela como

²⁶ Concepção próxima daquela que temos em psicanálise, de que a maneira como cada sujeito irá lidar com as adversidades da vida depende de seus recursos psíquicos e do significado subjetivo dado aos acontecimentos. Assim, o mesmo acontecimento que, para alguns, pode ser terrível ou carregado de emoções negativas, para outros, pode simplesmente não ter relevância em sua vida afetiva.

²⁷ Como Freud apontou séculos mais tarde, no âmago da melancolia podemos encontrar uma situação de perda ou desconsideração que pode ser interpretada pelo sujeito como uma intensa frustração, uma ferida narcísica.

²⁸ O termo francês spleen significa um tipo de tristeza pensativa associada à melancolia.

fatores inerentes à melancolia. Do mesmo modo, John Keats, em sua *Ode à melancolia*, refere-se a esse mal pela insuportável tristeza de uma temporalidade que faz da coisa mais querida a mais triste, não havendo, portanto, nenhuma separação entre a alegria e o sofrimento.

Conforme nos mostra Solomon (2002), a linha filosófica do romantismo aparece em Hegel, Kierkegaard, Shopenhauer e Nietzsche. Para o primeiro, o homem nasce na aflição e nela permanece, sendo aqueles que vivem intimamente com ela os que conhecem mais profundamente o passado e o futuro. Hegel insere, assim, uma ideia de desnaturalização da felicidade. Solomon considera Kierkegaard como o “garoto propaganda da depressão”. Esse filósofo via a humanidade como melancólica e escrevia sobre seu sofrimento ser um castelo, sobre como amava sua grande melancolia e da raridade que é alguém não estar em desespero. Shopenhauer, o conhecido filósofo pessimista, respondendo à tese aristotélica, escreveu que o homem de gênio é aquele que reconhece a infelicidade da condição humana. Segundo sua visão, o homem vive simplesmente porque tem o instinto básico de fazê-lo. Se a procriação fosse um ato de razão, o homem, por solidariedade, não teria coragem de trazer um novo ser a um mundo no qual a existência é um fardo. Assim, tanto o sexo, quanto o trabalho, são atos para remover o desespero das pessoas e distraem o homem de sua condição essencial. Para finalizar, Nietzsche entendia que a doença era uma ótima condição para se pensar e ter insights sobre a saúde e o mundo. Sua concepção era de que saúde e doença não são estados realmente diferentes, mas, na verdade, há apenas diferenças de grau entre eles; o exagero, a desproporção, a não harmonia dos fenômenos normais constituem o estado patológico.

Desse modo, é fato notável que, até por volta do século XVII, de maneira geral, a melancolia e a mania eram os principais termos utilizados para se referir à loucura dos mais diferentes tipos. Na Idade Média, os estados depressivos se faziam muito presentes, sendo alvo de reflexão em longos textos que pretendiam relacioná-los a atividades demoníacas. Por outro lado, no romantismo alemão, a melancolia poderia ser uma oportunidade de enxergar as coisas mais claramente e de forma mais verdadeira, e seu portador era tido como genial. Se observarmos cuidadosamente, porém, em alguns períodos a melancolia era entendida como desvio da norma, como um estado impróprio. Em outros períodos, o mesmo estado melancólico era revelador de um aspecto da natureza humana. Estar melancólico é estar mais perto da verdadeira condição humana, diziam os filósofos do romantismo. Isso denota que a melancolia, embora sempre se apresentando de maneira nebulosa e, portanto, com diferentes roupagens, mostra algo consistente sobre a expressão dos afetos humanos e sua condição de existência (TEIXEIRA, 2007).

Os mais de dois milênios de interesse do homem pela compreensão da melancolia e as pilhas de registros sobre o tema demonstram de forma consistente a importância desses estados na existência humana. Ora a melancolia fascina e desperta curiosidade, ora é indesejada e exorcizada. Em todos os casos, são os acontecimentos, internos (como o desequilíbrio de humores, por exemplo) ou externos (como perdas), que desestabilizam o ser humano e geram os estados de sofrimento denominados de melancolia. Na história, a sua causa é associada a perdas, frustrações, injúrias amorosas, enfim, situações traumáticas. Na tragédia de Eurípedes, a não realização de um ideal causa conflitos e resulta em melancolia. Areteu, por sua vez, associa a melancolia a uma carência afetiva e à não satisfação de desejos, isto é, à frustrações. Na era romana, um ideal amoroso impossível de ser realizado e uma paixão não correspondida tornavam o homem melancólico, segundo Constantinos. Para Ficinus, a melancolia seria uma característica da alma, representada em todo homem como uma condição imposta pelo anseio do grande, belo e eterno, um anseio que nunca será satisfeito. O contato com a melancolia permite ao homem ter consciência das limitações da vida humana. A melancolia é aqui, mais uma, vez atribuída à perda, à impossibilidade de realizar um ideal paradisíaco, celestial e divino. Burton (2001), o maior compilador de estudos sobre a melancolia até o renascimento, entendia que as situações que giravam em torno de perdas e decepções, como injúria, desgraça e frustrações diversas, estavam entre suas causas. Vemos, assim, que a melancolia esteve presente no cotidiano da história da humanidade, associada a vivências de situações dolorosas. Constata-se também que a humanidade refletiu e escreveu sobre a melancolia e seus inúmeros significados, dotando-a de sentidos diversos, de acordo com o tempo em que se manifestou (TEIXEIRA, 2007).

Frente ao exposto, infere-se que não só na atualidade os estados depressivos recebem interpretações divergentes, mas durante toda sua história procurou-se compreender seu sentido. Mas é possível identificar uma constante associação entre os estados depressivos e as vivências dolorosas relacionadas às perdas, frustrações, decepções, renúncias etc. Vimos, ademais, que depressão e melancolia são termos correlatos, que podem ser usados para descrever estados correspondentes ou distintos.

Tendo realizado um amplo resgate histórico dos estados depressivos, e verificando, de um lado, sua presença constante ao longo da história e, de outro, diversas explicações e sentidos a eles atribuídos, constatamos que as dificuldades de sua definição no campo científico remetem a problemas mais antigos e à sua longa trajetória. Assim, passaremos agora ao estatuto dos estados depressivos no registro psiquiátrico, paradigma vigente na

atualidade no tocante à sua abordagem científica. Procuraremos colocar em relevo de que maneira a velha melancolia se tornou a depressão e psicopatologia epidêmica da atualidade.

1.4 Do tratamento moral à psiquiatria moderna, ou como a melancolia se tornou depressão

A medicina mental surge no fim do século XVIII e início do século XIX, como uma corrente científica que se mantém no campo dos estudos sobre a loucura e que merece ser destacada por ser precursora da psiquiatria – uma das principais detentoras do conhecimento científico sobre as psicopatologias na contemporaneidade.

A grande internação dos séculos XVII e XVIII cria a possibilidade de se conhecer e tratar as formas de loucura, permitindo, assim, o nascimento da psiquiatria. Nessa época, a medicina científica fundamenta-se no discurso da anatomoclínica e a anatomopatologia. Seu saber parte da observação dos órgãos lesionados e da associação destes aos sintomas e queixas dos doentes, constituindo um saber científico sobre as causas das doenças. A “cura”, ao lado do conhecimento sistemático das origens das patologias, passa a ser sua meta principal e a ocupar o lugar antes ocupado pelo ideário da “salvação” na Idade Média. Assim, consolidava-se a medicina, através de uma dupla articulação entre o olhar de superfície da anatomoclínica – o estudo dos sinais e dos sintomas através do corpo – e o olhar de profundidade da anatomopatologia – o conhecimento da composição dos órgãos corporais por meio da descrição dos tecidos lesionados. A anatomia conferiu à clínica uma positividade efetiva, indo ao encontro das exigências do conhecimento científico do final do século XVIII e no XIX. O corpo passa, dessa forma, a ser o lugar e a sede de inscrição por excelência das enfermidades, reafirmado tanto científica, como socialmente (BIRMAN, 2006).

Todavia, o estudo da loucura não foi nada simples. Diante da impossibilidade de se encontrar as necessárias lesões para fundamentar o saber e a clínica da ciência médica positiva, as doenças mentais foram renegadas e consideradas não passíveis de estudo científico. O estudo das perturbações mentais não conseguia fundamentar-se nos saberes advindos da racionalidade médica e “o discurso da anatomoclínica, base epistemológica da medicina científica, não encontrava legitimidade no campo da psiquiatria” (BIRMAN, 2001, p.180-181).

Phillipe Pinel (1745-1826), médico, matemático e enciclopedista, inaugurou o campo de estudo da loucura, ao inserir as desordens mentais entre os objetos de estudo da medicina. Em 1793, assume a direção do Hospital Geral Bicêtre, ordena o desacorrentamento dos alienados e inicia a era dos alienistas, os estudiosos da alienação mental, a loucura. O ato dá início ao primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados, pois, ao libertar os loucos,

Pinel afirma que estes devem se submeter a um tratamento asilar, de completo isolamento: “Pinel dá início ao primeiro asilo destinado exclusivamente aos alienados, o que se estende posteriormente a Salpêtrière, e isso possibilita a observação sistemática da loucura pelo saber médico; nasce a clínica psiquiátrica” (AMARANTE, 1996, p.50). Para se estabelecer como estudiosa das perturbações mentais, a medicina buscava as causas físicas da loucura, mas não as encontrava; entretanto, Pinel parte de outras bases epistemológicas, as “causas morais”, e eleva as perturbações mentais ao estatuto de objeto passível de ser estudado e tratado pela medicina, dando origem à medicina mental. Ao propor e possibilitar um tratamento para a loucura, ele atende pelo menos a um dos pré-requisitos da medicina: a sua pretensão da “cura”.

Pinel foi um dos principais defensores de tratamento adequado para as doenças mentais. Diferentemente dos médicos do século XVIII – que, além de imporem bizarras formas de “domesticação” aos doentes mentais, não acreditavam em sua cura –, os estudiosos influenciados por Pinel no século XIX acreditavam que os loucos deveriam receber um tratamento moral: “Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade” (AMARANTE, 1996, p.42). No entanto, o louco, e também o melancólico, eram privados do convívio com sua família, recebendo um lugar para se tratar e não interromper – atrapalhar e incomodar, melhor dizendo – o bom andamento da interação social (SOLOMON, 2002, p.296). Isso não era entendido como perda de liberdade, mas antes o contrário, uma vez que o tratamento poderia restituir ao homem a tal liberdade subtraída pela alienação. Seguindo a tradição da história natural e da filosofia do conhecimento de Locke, Pinel insiste que a loucura deveria ser rigorosamente observada, descrita e classificada: eis o nascimento da nosografia. Ele foi, pois, o responsável pelo nascimento e pela consolidação da *medicina mental*, estabelecendo para a loucura um estatuto patológico: “Com ele, a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que impedirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante” (AMARANTE, 1996, p.42).

Assim, Pinel inicia, no século XIX, a era das classificações e dos cuidados asilares. Havia um interesse em definir o que realmente era a melancolia, e os estados que antigamente eram vagamente classificados com esse termo receberam uma infinita série de classificações em categorias e subcategorias (SOLOMON, 2002, p.296). A melancolia torna-se alvo de estudo dos alienistas e é apropriada pela ciência médica. Para Pinel, a melancolia fazia parte dos quadros patológicos, sendo descrita como uma doença cujas vítimas tinham fixação em

um orgulho desmedido, podendo ser acometidas de abatimento, consternação e desespero (AMARANTE, 1996; FARINHA, 2005; PERES, 2003). Pinel usa o termo “mania” para se referir a qualquer tipo de loucura, assim como faziam a maior parte dos textos gregos; no entanto, incentiva a observação e a descrição para que se realize uma correta classificação das diferentes formas de loucura (CORDÁS, 2002, p.73). Inaugura-se um período no qual o discurso médico se apropria da loucura, tornando-a, única e exclusivamente, uma doença mental (AMARANTE, 1996, p.37).

Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, desenvolveu seus trabalhos e preocupou-se em construir uma nosografia psiquiátrica. Ele considerava a loucura como produto da sociedade e das influências morais e intelectuais.

Desde Hipócrates, os autores dão o nome de melancolia ao delírio caracterizado pela morosidade, o temor e a tristeza prolongados. O nome da melancolia foi imposto a essa espécie de loucura porque, segundo Galeno, as afecções morais tristes dependem de uma depravação da bile que, tornando-se negra, obscurece os espíritos animais e faz delirar. Alguns estudiosos modernos deram uma extensão maior ao nome melancolia, e chamaram todo delírio *parcial*, crônico e sem febre de melancólico. É certo que a palavra melancolia, mesmo na acepção dos antigos, oferece frequentemente uma ideia falsa ao espírito, pois a melancolia não depende sempre da bile. Essa denominação não seria conveniente à melancolia, tal como definem os modernos. Essa dupla consideração me fez propor a palavra *monomania*, forma do grego *monos*, só, e de *mania*, mania, termo que exprime o caráter essencial dessa espécie de loucura na qual o delírio é parcial, permanente, alegre ou triste. (ESQUIROL, 1820, p.158).

Para o médico francês, o termo “melancolia” era uma palavra desgastada, de noção muito literária e um tanto vaga: “A palavra melancolia, consagrada na linguagem vulgar para exprimir o estado habitual de tristeza de alguns indivíduos, deve ser deixada aos moralistas e aos poetas que, nas suas expressões, não são obrigados a tanta severidade quanto os médicos” (ESQUIROL apud PIGEAUD, 1998, p.62). Ele cunhou, na França, os termos “lipomania” (*lypémanie* - transtornos de humor) e “monomania triste” (*mono-manie* - transtornos de juízo), para renomear, dividir e se opor à tão velha e já desgastada melancolia.

A monomania, caracterizada por uma paixão alegre ou triste, excitante ou opressiva, produz o delírio fixo e permanente de desejos e de determinações relativos ao caráter da paixão dominante, divide-se naturalmente em monomania propriamente dita, cujo sinal específico é um delírio parcial com uma paixão excitante ou alegre, e em monomania caracterizada por um delírio parcial e uma paixão triste e opressiva. A primeira dessas afecções corresponde à melancolia maníaca, ao furor maníaco, à melancolia complicada pela mania, enfim, à amenomania (Rush). Eu lhe consagro o nome de monomania. A segunda corresponde à melancolia dos idosos, à *tristemanía* de Rush, à melancolia com delírio de Pinel. Apesar do temor de ser acusado de neologismo, dou-lhe o nome de *lipemanía*, palavra formada do grego *lupeo*, tristitiam ífero, *anxium reddo* (eu entristeço, eu atormento alguém), e de *mania*, mania. Vamos tratar da lipemanía neste artigo, empregando indiferentemente as

palavras melancolia ou lipemania, e esperando que o uso tenha consagrado essa última denominação (ESQUIROL, 1820, p.159).

Diante disso, assistimos ao início de uma substituição progressiva, que irá se concretizar no século XX, do termo “melancolia” pelo novo e científico termo “depressão”: uma doença cerebral caracterizada por tristeza, abatimento e desgosto de viver, acompanhados de um delírio em uma ideia fixa. Segundo o autor, a dor melancólica “não é mais uma dor que se agita, que se queixa, que grita, que chora, é uma dor que se cala, que não tem lágrimas, que é impassível” (ESQUIROL, 1820, p.162). Em meio a essa concepção médica, no berço da promissora ciência psiquiátrica, encontramos uma espantosa afirmação de Esquirol que o aproxima da tese aristotélica do homem de gênio: os melancólicos “são muito aptos à cultura das artes e das ciências; eles têm pouca memória, mas suas idéias são fortes, suas concepções vastas; eles são capazes de profundas meditações” (ESQUIROL *apud* PIGEAUD, 1998, p.63).

Enquanto isso, surgia, na Alemanha, nas primeiras décadas do século XIX, a psiquiatria romântica. Segundo Parmentier (2001), na psiquiatria alemã, uma primeira abordagem psíquico-filosófica da doença mental considerava a relação com a perda ou não do livre arbítrio. A “escola psiquista” considerava a paixão e os excessos emocionais como o fundamento das perturbações anímicas. Pereira (2007, p.686) afirma que

Os principais representantes desse grupo – Johann-Christian Reil (1759-1813), Johann-Christian Heinroth (1773-1843) e Karl Ideler (1795-1860) – destacariam o papel decisivo dos fatores psicológicos na origem dos transtornos psicopatológicos e, cada um à sua maneira, propuseram diferentes abordagens psicoterapêuticas para o tratamento dessas condições mórbidas. Heinroth acreditava que a loucura derivava de desvios do sujeito em relação aos princípios divinos, enquanto Ideler propunha uma causalidade apoiada nas transgressões éticas e morais.

Contra essa corrente se manifestou, a partir de 1824, Johann Friedrich Herbart²⁹ (1776-1841), filósofo fisicalista que atacou a doutrina idealista de seu primeiro mestre, o filósofo alemão Johann Gottlieb Fichte (1762-1814), um dos fundadores da Universidade de Berlin. Surgia, assim, a chamada “escola somática”, que considerava as doenças mentais expressões diretas de alterações orgânicas. Karl Jacobi (1775-1858) foi o representante inicial dessa tendência, que sustentava a incorruptibilidade da alma: somente os processos mentais poderiam ser perturbados pelas doenças somáticas.

A revolução metodológica introduzida por Pinel na França, desde o final do século XVIII, segundo a qual a base da psiquiatria deveria repousar sobre descrições

²⁹ A quem Freud deve um grande número de suas ideias, Cf. Parmentier, 2001.

precisas das diferentes formas clínicas rigorosamente observadas pelo médico, acompanhadas pelo criterioso esforço de delimitação das espécies típicas e de sua classificação, só foi acolhida muito lentamente no contexto germânico. Até meados do século XIX, a nascente psiquiatria alemã encontrava-se dividida em duas correntes principais, diferentes em suas orientações doutrinárias, mas igualmente metafísicas em seus métodos e postulados fundamentais. Em ambas, o que estava em jogo no campo psiquiátrico não era tanto a oposição entre corpo e mente, mas a oposição entre corpo e alma (PEREIRA, 2007, p.686).

É sob esse pano de fundo que, no meio do século XIX, surge uma abordagem organicista, cujo principal representante é o médico alemão Wilhelm Griesinger (1817-1868). Seu famoso livro *Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mentais*, publicado em 1845, tornou-se amplamente difundido, obtendo reconhecimento internacional e constituiu-se como uma referência fundamental no meio psiquiátrico. A obra, dividida em termos nitidamente médicos, vai inaugurar o modo de abordar e classificar as doenças mentais que será adotado por um grande número de tratadistas posteriores. Essa divisão consistia em considerações gerais, semiologia, etio-patogenia, formas clínicas, anatomia patológica, prognóstico e tratamento. Segundo Pereira (2007, p.687) “mesmo Freud foi um leitor atento do Tratado de Griesinger” e “seu exemplar dessa obra estava inteiramente anotado a lápis, sobretudo nas passagens relativas à teoria do Eu e de suas transformações no delírio”. Griesinger postulava que as doenças mentais eram a consequência de doenças do cérebro, um órgão que seria acometido de loucura, explicáveis por ações reflexas, e que uma falha nessa estrutura deveria ser encontrada para ser tratada e curada. Diante disso, as manifestações sintomáticas são entendidas como reações e tentativas de restabelecimento do órgão cerebral, cujo funcionamento estaria morbidamente perturbado nas doenças mentais: “o cérebro funcionaria segundo um sistema mais complexo de arco reflexo, tal como observado em níveis neurológicos inferiores” (PEREIRA, 2007, p.688).

É preciso, também, ter-se em mente que o pensamento desse autor foi profundamente influenciado pela filosofia fisicalista de Herbart, de quem Griesinger foi um importante continuador no campo médico-psiquiátrico. Os princípios fisicalistas herbartianos chegaram igualmente a Freud por influência direta do grupo de pesquisas fisiológicas ao qual estava ligado na Universidade de Viena, sob a direção de Brücke. Breuer certamente trouxe aportes importantes dessa perspectiva teórica a seu jovem estudante, Sigmund Freud. Por outras vias, seu professor de psiquiatria, Theodor Meynert, grande admirador da obra e dos pontos de vista filosóficos subjacentes ao Tratado de Griesinger, acabou também por apresentar-lhe uma concepção do campo psiquiátrico profundamente impregnada das visões de Herbart via Griesinger (ibid.).

Griesinger apresentou, também, pela primeira vez, a ideia de que algumas doenças mentais são apenas tratáveis, enquanto outras são curáveis. Assim, nas mãos de Griesinger, a melancolia veio a ser completamente medicalizada e biologizada (SOLOMON, 2002, p.297).

Griesinger teve, ainda, um grande papel na psiquiatria por propor a teoria de uma psicose única, na qual a melancolia seria apenas o estágio inicial de uma única doença que progrediria até outros estágios mais severos, podendo chegar até a insanidade total (CORDÁS, 2002, p.78). Para Griesinger e seus alunos, o grupo dos delírios é estudado no capítulo das paranoias, com alucinação ou não. Eles distinguem, também, uma paranoia secundária da mania, da melancolia ou das emoções; e ainda, de uma paranoia originária decorrente de uma degenerescência (PARMENTIER, 2001).

George H. Savage (1842-1921), em seu *Insanity and allied Neuroses*, de 1889, afirmou que a melancolia é um estado de depressão mental cuja dor mental depende de mudanças físicas e corporais, e não diretamente do meio ambiente (SOLOMON, 2002, p.300).

Nesse período, a melancolia foi aproximada da mania sob o nome de “loucura circular” por Jean-Pierre Falret (1794-1870). Na Alemanha, Emil Kraepelin (1856-1926), considerado o pai da psicobiologia, integrou a melancolia à insanidade maníaco-depressiva, dentro da seção das psicoses, fundindo-a mais tarde à psicose maníaco-depressiva. O famoso psiquiatra acreditava que toda doença tinha uma base bioquímica. Sua nosologia pretendia separar as doenças mentais adquiridas das hereditárias. Kraepelin continuou a usar o termo “melancolia” e seus subtipos, utilizando o termo “depressão” para descrever afetos (KRAEPELIN, 2001 [1905]).

No entanto, contrariando uma corrente que ia se estabelecendo na psiquiatria, Henry Maudsley (1835-1918), respeitado médico, foi o primeiro a descrever a melancolia como uma doença que se reconhece, mas que não se consegue explicar. Segundo ele, não existe um verdadeiro desarranjo na mente presente na melancolia, há apenas uma profunda dor da mente, paralisando suas funções (SOLOMON, 2002, p.299).

Com o desenvolvimento científico, no século XIX, começou-se uma preferência pelo termo “depressão” em detrimento do termo “melancolia”. O primeiro entrou em uso na psiquiatria europeia por volta do séc. XVIII, vindo do francês a partir do latim, *de-premere*, que significa pressionar para baixo. No início, seu uso foi introduzido em associação ao termo “melancolia” e a sua substituição pelo termo “depressão” se deve a uma tendência surgida na psiquiatria no final do século XIX, consolidada no século XX (DELOUYA, 2002). Moreira (2002) revela que os desenvolvimentos psiquiátricos e seus movimentos de substituição do termo “melancolia” criaram o que ela chama de *invisibilidade da melancolia*. Foi Adolf Meyer (1866-1950) que favoreceu a substituição de “melancolia” por “depressão”, já que o primeiro remetia a um estado do romantismo muito presente na literatura e inadequado à

ciência psiquiátrica, que estava em pleno desenvolvimento, o que, como vimos, já havia sido observado por Esquirol algumas décadas antes (DELOUYA, 2001; FARINHA, 2005; MOREIRA, 2002; PERES, 1996, 1999, 2003).

A esse respeito, é importante frisar que, no século XIX, “depressão” e “melancolia” eram termos indistintos na psiquiatria alemã, embora houvesse a tendência de abandonar o segundo deles. No entanto, só em meados do século XX, com a elaboração da CID 6, é que firmou-se “oficialmente” uma definição. Nessa edição da CID, apenas três tipos de depressão eram reconhecidos: a reação maníaco-depressiva, a melancolia involutiva e a depressão neurótica. Ao chegar à sua décima edição, a CID 10 contava com mais de vinte e cinco tipos e subtipos depressivos catalogados. A psiquiatria passa a se consolidar definitivamente no século XX, representada por Pierre Janet, que enfatiza a dimensão orgânica e alimenta a visão biológica da doença mental. Devido ao apelo poético e banal do termo melancolia, no século XIX, os psiquiatras optaram progressivamente pela primazia do termo depressão e, na segunda metade do século XX, a melancolia desaparece definitivamente da nosografia psiquiátrica. A psiquiatria, baseada na descrição objetiva e acurada dos sintomas e na definição de síndromes, passou a catalogar as diversas formas de manifestações depressivas diferenciando-as rigorosamente. O que no passado era chamado “melancolia” foi subdividido em diversos subtipos – distúrbio bipolar, depressão maior, ciclotima, distimia, entre outros – dentro de uma classe denominada Transtornos de Humor (DSM-IV) ou Transtornos Afetivos (CID-10). Conjuntamente com a nosografia, os avanços das neurociências permitiram, enfim, reduzir a depressão a sintomas causados por disfunções químicas nas fendas sinápticas das células neuronais. Com isso, o campo do psíquico cede o terreno para o campo do biológico, no qual o comportamento humano passa a ser explicado por interações químicas no cérebro. As incansáveis sistematizações e enumerações descritivas das formas de sofrimento psíquico realizadas pela psiquiatria tornaram-se cada vez mais necessárias para orientar a terapêutica farmacológica, sua principal forma de tratamento.

1.5 A psiquiatria e o DSM: o paradigma dominante na atualidade e suas definições

Tendo se deparado com dados epidemiológicos alarmantes a respeito da depressão, surge a questão de saber os reais motivos de sua disseminação. Essa questão pode ser abordada investigando-se a origem destes dados e a definição vigente sobre o que é considerado depressão. Esses dois aspectos estão intimamente ligados, pois é preciso haver um consenso entre o que se considera depressão para que, em seguida, sejam realizados

diagnósticos que correspondam entre si, passíveis de serem agrupados e comparados para fins estatísticos, epidemiológicos, científicos, etc.

Há muito tempo o diagnóstico e a definição dos estados depressivos são cercados de dificuldades, debates e desacordos, e isso permanece até a atualidade, tanto para os clínicos – psiquiatras, psicoterapeutas, psicanalistas – como para os pesquisadores que procuram a forma mais adequada de sua classificação nosográfica. Atualmente, os estudos epidemiológicos costumam se basear em uma referência diagnóstica única e hegemônica, o DSM (Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria), para avaliar o prejuízo da depressão no funcionamento do indivíduo, assim como fundamentar as decisões políticas em saúde mental, ou seja, o acesso ao atendimento médico e à frequência de utilização dos serviços de saúde (BRANCO & cols., 2009).

A psiquiatria atual é a referência hegemônica no tocante ao campo dos estados depressivos – e das desordens mentais em geral –, e também se baseia nos critérios definidos e acordados pelo DSM para realizar pesquisas, diagnósticos e tratamentos. O DSM, que se encontra em sua quarta edição revisada, já estando a sua quinta em preparo, serve ainda como suporte para as pesquisas em áreas da saúde e afins, para as pesquisas sobre os resultados de tratamentos, para a comercialização de antidepressivos, para os programas de prevenção e conscientização, para as decisões judiciais, entre outros. Diante do fato de que a psiquiatria ocupa o lugar de referência científica, política e social na atualidade, é quase impossível realizar uma pesquisa no campo dos estados depressivos sem recorrer ou se referir às suas definições em algum momento. Quase todos os profissionais da saúde mental recorrem ao DSM e às suas definições para estabelecer um diagnóstico formal. Em suma, as definições do DSM³⁰ se tornaram, em nossa sociedade, o critério para decidir o que deve ou não ser considerado como um transtorno mental (WAKEFIELD & HORWITZ, 2007).

Até meados dos anos 1970, a psiquiatria baseava-se em um modelo binário de classificação dos transtornos depressivos, que enfatizava uma dicotomia entre endógeno-

³⁰ Destacamos ainda outro manual de referência muito adotado, que é o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID; em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Nele, os estados depressivos estão definidos dentro de uma grande classe denominada Transtornos do humor ou afetivos, e incluem as seguintes subclasses: episódio maníaco, hipomania, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente, transtornos de humor [afetivos] persistentes, ciclotimia, distímia, outros transtornos do humor [afetivos] e transtorno do humor [afetivo] não especificado. Em nosso trabalho, optamos por abordar, a título de ilustração, somente o DSM-IV. A escolha se justifica pelo número superior de pesquisas que o adotam como referência.

psicótico e reativo-neurótico e acentuava, respectivamente, a importância de determinantes biológicos ou psicossociais. As diferentes classificações tinham como base

descrições prototípicas de doenças psiquiátricas com etiologias presumidas, mas desconhecidas, com limites definidos pelas condições clínicas e pela baixa confiabilidade, constituindo-se em um grande obstáculo para o desenvolvimento de pesquisas em psiquiatria clínica” (BRANCO & cols., 2009, p.14).

Entre as razões de seu abandono, encontra-se a ausência de um embasamento empírico sólido e de um modelo categórico amplamente aceito pela comunidade científica.

Em 1980, com o surgimento do DSM-III, ocorre uma significativa mudança paradigmática no meio psiquiátrico, através da consolidação de um novo sistema sindrômico e classificatório, que exclui a preocupação com a etiologia presumida e abandona o modelo binário com ênfase nos transtornos de tipo reativo ou endógeno. O DSM-III abre a oportunidade para se criar um novo sistema diagnóstico e tornar a psiquiatria mais científica e parte legítima da medicina (BIRMAN, 2001; WAKEFIELD & HORWITZ, 2007). Segundo Branco & cols. (2009), o surgimento das classificações diagnósticas introduzidas pelo DSM-III marca a adoção de critérios operacionais para diagnósticos categóricos – o diagnóstico depende da presença de um número mínimo dentre os sintomas listados e avalia a gravidade do quadro clínico – e resultam em avanços significativos no domínio psiquiátrico em quatro pontos: (1) a concordância e uniformidade diagnóstica entre profissionais, (2) critérios mais precisos, que se tornaram a norma para o desenvolvimento de pesquisas, (3) treinamento baseado em uma referência internacional comum e (4) acesso público a definições diagnósticas, facilitando a comunicação entre os pacientes, os familiares e a sociedade em geral. Contudo, mesmo diante de tais avanços, o sistema atual imposto pelo DSM não está livre de críticas e problemas, como veremos mais adiante.

De maneira geral, a psiquiatria atual compreende a depressão como resultado de uma insuficiência orgânica e biológica, sendo esta em muitos casos considerada como de origem inata. As diretrizes que orientam sua estratégia terapêutica são a observação, a descrição de síndromes e a enumeração de sintomas. O principal tratamento oferecido é a terapêutica farmacológica, que também pode ser chamada de terapêutica psicobiológica, por meio da administração de antidepressivos, com foco nos neurotransmissores (PERES, 2003). Os antidepressivos atuais agem na sinapse celular, e espera-se que sua futura geração deva atuar no interior da célula (DEL PORTO, 2002, p.47). De acordo com essa abordagem, a causa de um transtorno depressivo é atribuída essencialmente a uma disfunção neuroquímica, que deve

ser corrigida pela ação dos psicofármacos. No entanto, não se conhece de fato a causa dessa disfunção que estaria na base da depressão.

Na perspectiva do DSM-IV e do CID-10, os estados depressivos, com seus inúmeros subtipos, situam-se sob as modernas classes de transtornos de humor. A depressão pode manifestar-se como um transtorno mais grave – a “depressão maior” – ou mais brando – a “distímia”. Os transtornos bipolares – a antiga psicose maníaco-depressiva – são incluídos nos capítulos sobre os transtornos de humor e afetivos, e se referem à “depressão-mania”, e não mais à “melancolia-mania”, como se fazia no passado. A desordem bipolar pode apresentar-se de maneira mais suave, recebendo o nome de “ciclotímia”. O termo “melancolia”, por sua vez, aparece como uma subclasse da depressão, sendo utilizado para designar características que abarcam os sintomas vegetativos – alterações do sono e do apetite – e as alterações psicomotoras e de ritmos cardíacos. O que atualmente é designado por melancolia, dentro desse quadro de referência, é o que outrora se designou por características endógenas (DEL PORTO, 2000).

Consideremos por um instante, a título de ilustração, a definição proposta pelo DSM para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, o mais comumente utilizado. Segundo esse Manual, que orienta os diagnósticos nos consultórios, na saúde pública ou privada, quem apresentar cinco entre os nove sintomas descritos abaixo por mais de duas semanas está sofrendo de uma Desordem ou Transtorno Depressivo Maior (lembrando que entre os cinco sintomas devem obrigatoriamente constar o humor depressivo ou a diminuição acentuada de interesse e prazer):

1. Humor depressivo durante a maior parte do dia, praticamente todos os dias, segundo informação subjetiva do paciente ou observação de outros;
2. A diminuição do interesse ou do prazer nas atividades durante a maior parte do dia, praticamente todos os dias;
3. A perda ou ganho de peso ou modificações de apetite, sem dieta (mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês);
4. Insônia ou sono excessivo praticamente todos os dias;
5. Agitação ou lentidão psicomotora praticamente todos os dias, observáveis pelos outros;
6. Cansaço ou perda de energia praticamente todos os dias;
7. Sentimentos excessivos ou inapropriados de desvalorização ou culpabilidade praticamente todos os dias;

8. A diminuição da aptidão para pensar ou se concentrar e indecisão, praticamente todos os dias;
9. Pensamentos de morte recorrentes (e não apenas medo de morrer), ideias ou tentativa de suicídio recorrente sem um plano específico, ou plano específico para cometer suicídio.

É importante, ainda, segundo os critérios diagnósticos, que esses sintomas não sejam atribuídos a um luto após a perda de um ente querido, a não ser que este luto exceda mais de dois meses, ou que ele seja acompanhado de sintomas graves como delírios, pensamentos suicidas, retardação psicomotora ou preocupação doentia com inutilidade. Embora a depressão não tenha uma apresentação clínica unívoca, o humor deprimido e a perda de interesse são os únicos critérios presentes em todos os casos dentro desse quadro diagnóstico. Assim, tais sintomas são referências para que se identifique a depressão e direcione seu tratamento e para as pesquisas realizadas sobre o tema.

1.6 A patologização da tristeza e a banalização do termo depressão

Alguns dos sintomas presentes na descrição do transtorno depressivo maior, como o humor depressivo, a perda de interesse por atividades habituais, a insônia, a diminuição do apetite e a dificuldade de se concentrar, podem aparecer naturalmente durante duas semanas ou mais em um indivíduo e estarem ligados a um grande número de eventos negativos, sem que haja necessariamente uma desordem depressiva, segundo Wakefield & Horwitz (2007). Tais eventos negativos podem ser, por exemplo, a perda de uma pessoa amada, o fracasso diante de uma promoção esperada ou diante de um passo importante na carreira, a revelação de uma doença muito grave em uma pessoa próxima ou em si mesmo, a humilhação diante da descoberta de um comportamento condenável etc. Segundo os autores, esses sintomas fazem parte das reações humanas esperadas diante de eventos duros e difíceis, provocadores de muito sofrimento. Essas reações seriam parte constitutiva da natureza humana e, embora se apresentem como quadros de tristeza intensa e profunda, não significam, necessariamente, uma desordem depressiva. Nesses casos, os sintomas aparecem após um evento envolvendo uma perda importante e significativa na vida da pessoa, com reações geralmente proporcionais à sua importância. O problema consiste, ainda segundo os autores, no fato de que a psiquiatria contemporânea, baseada em seus critérios diagnósticos, estaria caracterizando o sofrimento intenso e normal como uma doença. Em função disso, estaríamos atualmente considerando a tristeza profunda como uma doença psiquiátrica, o que requer um tratamento especializado através de profissionais e medicamentos. Diante dessa suposição,

poder-se-ia questionar se o problema atual com a depressão não seria o aumento de sua incidência, mas a intolerância ou a patologização da tristeza, de um modo mais geral. Ou seja, o que nossa cultura antes considerava como reações esperadas diante de um fracasso, perda ou frustração, está sendo visto como doença psiquiátrica.

Os panfletos sobre depressão distribuídos pelos laboratórios fabricantes de medicamentos antidepressivos enfatizam os novos critérios diagnósticos das depressões, entre os quais se incluem as manifestações de tristeza, luto, irritabilidade e outras expressões de conflito subjetivo entre os transtornos indicativos de depressão, que podem ser tratados por meio de medicamentos. Nota-se que a indústria farmacêutica tem, atualmente, um importante papel no aumento dos diagnósticos de transtornos depressivos, por basear suas estratégias de sucesso na promoção de uma versão patológica e medicalizável de todas as formas de inquietação, oscilação de ânimo e inadaptação à norma que caracterizam a vida e a vitalidade psíquica (KHEL, 2009). Assim, entre as causas da epidemia atual, pode ser atribuída a modificação da definição psiquiátrica vigente dos transtornos depressivos, que considera a tristeza profunda uma desordem, mesmo quando ela não o é realmente (WAKEFIELD & HORWITZ, 2007).

Segundo uma matéria publicada pelo jornal francês *Le Point*, a próxima edição do DSM, a sair em 2013, considerará que o estado de pesar após um luto pode ser uma forma de depressão. Em outras palavras, o DSM-V definirá que o sentimento de tristeza, perda, falta de sono, choro, incapacidade de se concentrar, fadiga e falta de apetite, frequentemente observadas em circunstâncias de luto, merecem um tratamento medicamentoso³¹. Os psiquiatras teriam constatado que, nos dias atuais, devido ao crescente individualismo e solidão que fazem parte da vida de um grande número de pessoas, a vivência de um luto poderia se beneficiar da ajuda de um medicamento antidepressor. Diante da justificativa de que pode ser proposta uma ajuda medicamentosa, breve e pontual, para se suportar as dificuldades da solitária travessia de um luto, a jornalista que assina a matéria se pergunta se chegamos ao ponto em que seria preciso prescrever medicamentos para compensar os efeitos do individualismo característico de nossa sociedade. Segundo a matéria, várias pesquisas alertam para o fato de que medicalizar o pesar de maneira a legitimar a administração regular de um tratamento antidepressivo, é perigosamente simplista e falso. Nesse sentido, não existiria nenhuma evidência de efeitos benéficos dos tratamentos antidepressivos em

³¹FONTE: ANNE JEANBLANC. "Le deuil n'est pas une maladie!" in *Le Point* 22-02-2012: http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/anne-jeanblanc/le-deuil-n-est-pas-une-maladie-22-02-2012-1434096_57.php - acessado em 13/03/2012.

indivíduos que sofreram recentemente a morte de um ente querido, e ainda é preciso considerar que o pesar é uma resposta necessária ao luto e, portanto, não deve ser suprimido ou eliminado. Mas na prática, torna-se cada vez mais comum medicalizar o luto. A matéria destaca que não existem garantias de que, diante da publicação da quinta edição do DSM, o pesar ligado ao luto não será apresentado como uma forma de depressão. Se isso ocorrer, somente se comprovaria um fato há muito tempo já constatado por especialistas da área da saúde: o primado dos interesses econômicos sobre aqueles dos pacientes, representado pela força das indústrias farmacêuticas, capazes de criar doenças para reciclar seus medicamentos. O exemplo da medicalização do luto ilustra uma tendência cada vez maior, de utilização dos medicamentos antidepressivos como um “apoio” que pode beneficiar quem tenha sido tomado por sentimentos dolorosos, provocados por dificuldades da vida cotidiana. Os medicamentos poderiam ajudar as pessoas a enfrentarem maus momentos e períodos difíceis, aliviando o seu sofrimento.

Com isso, identificamos o problema da crescente medicação não apenas de estados depressivos, mas também dos estados normais a eles associados, como o luto e a tristeza profunda. O problema remete à apropriação dessa temática pelo campo psicanalítico, que procura alertar para o fato de que tanto a tristeza e o luto, quanto os estados depressivos em geral, não são somente o resultado de desequilíbrios químicos. Os psicanalistas insistem que esses estados são dotados de funções e significados no âmbito psicológico, estando identificados com a realização de atividades psíquicas de elaboração das situações dolorosas, às quais estão sujeitos os seres humanos. Segundo essa vertente, os estados de luto, tristeza profunda e depressão desempenham um papel na formação e na organização do psiquismo, de modo que compreendê-los apenas como doenças ou disfunções a serem eliminadas por meio da medicação, pode levar ao empobrecimento da vida psíquica (TEIXEIRA, 2007).

A dificuldade em diferenciar um estado normal de um patológico, a confusão entre uma tristeza profunda e uma depressão, pode levar a considerar como um desvio o que seria uma manifestação natural da vida humana e, assim, a patologizar um número considerável de sentimentos e comportamentos humanos que foram historicamente compreendidos como reações esperadas diante de acontecimentos dolorosos presentes no curso da existência. O interesse pela compreensão dos estados depressivos não é propriamente uma novidade. Ele remonta a tempos antigos, ao longo dos quais esses estados receberam as mais diferentes significações, e nem sempre patológicas.

Cordás (2002) revela que houve, no século XX, uma intensa discussão na psiquiatria sobre o termo “depressão”, envolvendo suas diversas formas clínicas de apresentação e suas

diferentes classificações. Diferentes psiquiatras entendiam que os transtornos envolvidos na depressão e na mania deveriam ser classificados das mais diferentes formas. Um dos desacordos mais comuns se dava em torno da tentativa de discriminar uma depressão endógena – um subtipo com causas orgânicas – e uma depressão reativa – causada por situações existenciais –, o que, como vimos, é uma dificuldade que remonta à Grécia antiga. A questão que se impunha é se haveria diferença no tratamento dessas duas formas de depressão; alguns, a partir de suas pesquisas, concordavam que sim, enquanto outros defendiam que não haveria nenhuma diferença e importância nessa forma de distinção.

Segundo Solomon (2002), a ideia de uma interação entre gene e ambiente não era cogitada até o último quarto do século XX pela psiquiatria. O autor mostra que a dificuldade de aceitar essa interação se relaciona com questões psicossociais, embora seja também reflexo do pensamento científico moderno sobre a natureza dividida da mente-corpo. Pois os pacientes deprimidos não gostam de pensar que desmoronaram diante de dificuldades que outros aguentaram. Ter depressão, na segunda metade do século XX, assim como na Idade Média, seria motivo de vergonha, a ponto de ser ocultado. Mas, se a depressão fosse creditada a algo que independente da implicação do sujeito e entendida como um resultado de problemas no plano genético e químico, o sujeito seria eximido da culpa e responsabilidade, pois nada poderia fazer para impedir o surgimento de sua doença. Assim haveria, de acordo com Solomon (2002, p.307),

[...] um interesse social em dizer que a depressão é causada por processos químicos internos que estão de algum modo além do controle do afligido. [...] É nesse contexto que os remédios antidepressivos se tornaram tão populares. Se sua função é interna e relativamente incompreensível, devem afetar algum mecanismo impossível de controlar através da mente consciente. É como ter um motorista; você simplesmente se senta relaxado no banco de trás e deixa alguém enfrentar os desafios dos sinais do trânsito, policiais, mau tempo, regras e desvios por você.

As ideias ou atitudes pessoais não teriam o menor efeito no aparecimento da depressão. Deixa-se, assim, a responsabilidade da causa e do trabalho de melhora para as instâncias químicas e biológicas. A descoberta dos antidepressivos nos anos 1950 deu origem a uma corrida entre os pesquisadores para se compreender a ação do funcionamento das drogas no organismo. Alguns propuseram que a serotonina cerebral estava ligada às funções emocionais, descoberta que fundamenta a noção de que o comportamento é resultado imediato da biologia. Começa-se, então, a explicar as emoções e as psicopatologias através dos neurotransmissores: norepinefrina, epinefrina, dopamina e serotonina, todas são monoaminas químicas. Ao inibir a monoaminooxidase (MAO), aumentam-se efetivamente os

níveis das monoaminas na corrente sanguínea. A explicação é simples: a oxidação reduz as monoaminas, e os inibidores de monoaminoxidase previnem a sua oxidação, aumentando a sua quantidade. Com o desenvolvimento de novas pesquisas, as teorias avançaram a todo vapor e, em 1970, o pesquisador Julius Axelrold ganhou o prêmio Nobel por sua teoria envolvendo os tricíclicos. Os remédios tricíclicos aumentam o nível da norepinefrina na fenda sináptica sem aumentá-la na corrente sanguínea. Impera, conseqüentemente, a nova ideia de que o ânimo era fortemente afetado pela ação da norepinefrina.

O artigo de 1965 de Joseph Schickdkraut, no *American Journal of Psychiatry*, uniu toda essa informação e propôs uma teoria coerente: que a emoção era regulada pela norepinefrina, epinefrina e dopamina (um grupo coletivamente chamado de catecolaminas); que os inibidores de MAO impediam o colapso dessas substâncias e assim aumentavam a quantidade delas no cérebro e, portanto, na fenda sináptica; e que os tricíclicos, ao inibirem a reapreensão, também aumentavam as catecolaminas na fenda sináptica (SOLOMON, 2002, p. 309).

Solomon acredita que a publicação dessa teoria marca definitivamente a divisão entre a psicanálise e a psiquiatria, assim como a teoria sobre as drogas antidepressivas baseada nos receptores que propõe que, se houver falha nos neuroreceptores, o cérebro age como se tivesse uma carência de neurotransmissores, independente da quantidade real deles.

Após os anos 1970, muitos pesquisadores se empenharam em redefinir a depressão como um problema no sistema da serotonina e, na segunda metade dos anos oitenta, lançou-se a primeira droga ligada à serotonina – a citalopram (Celexa). Em 1987, outra droga foi lançada, a fluoxetina, sob o nome de “Prozac”, o mais famoso antidepressivo. Seguiu-se o lançamento de uma série de drogas, todas bloqueadoras de receptação da serotonina. Contudo, Solomon insiste em mostrar que as diversas teorias sobre a ação das drogas antidepressivas são tão passíveis de falhas e dúvidas quanto as teorias psicológicas da psicanálise. As explicações neuroquímicas são baseadas em hipótese, diz o autor, aprovadas e desaprovadas ao longo do tempo. Há debates e discordâncias que põem em dúvida o estatuto de universalidade e exatidão que muitos psiquiatras tentam conferir à origem biológica da depressão (SOLOMON, 2002).

Birman (2001; 2006) também questiona o advento dos neurotransmissores e da psicofarmacologia e revela que, com o fundamento aparentemente incontestável fornecido pelas neurociências a partir dos anos 50, a psiquiatria encontra finalmente a cientificidade tão aspirada no final do século XVIII. Nessa época, o discurso psiquiátrico não encontrava legitimidade nas bases epistemológicas das ciências médicas e permanecia na posição incômoda de pretensa especialidade médica. A psiquiatria se estabeleceu originalmente

afastada das bases do saber médico, como uma “falsa medicina”, uma “pseudomedicina” que não conseguia fundamentar seu discurso dentro das molduras da ciência. Seus fundamentos estavam nas causas e tratamentos morais, que mais se aproximavam da filosofia, como pode ser visto, por exemplo, no tratamento moral proposto por Pinel. Com o avanço das neurociências e da psicofarmacologia, a psiquiatria pôde finalmente se transformar em uma ciência médica, aproximando-se da medicina somática. Pretendendo construir uma leitura do psiquismo de base inteiramente biológica, as neurociências forneceram ao campo psiquiátrico instrumentos teóricos e técnicos que passaram a orientar sua prática. Segundo Birman, as neurociências pretendem construir uma teoria do psiquismo de base inteiramente biológica e, com isso, reduzir o funcionamento psíquico ao funcionamento cerebral, expresso em uma linguagem bioquímica. Com isso, “a economia bioquímica dos neurotransmissores poderia explicar as particularidades do psiquismo e da subjetividade”, uma transformação epistemológica que produziu mudanças imediatas na terapêutica psiquiátrica (BIRMAN, 2001, p.182). A medicação psicofarmacológica passou a ser a principal modalidade de intervenção da psiquiatria, transformando-se em seu referencial fundamental. Diante disso, o autor mostra que a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, transformando-se em uma modalidade de intervenção secundária, somente considerada frente à poderosa intervenção medicamentosa.

Birman (2001) aponta alguns desdobramentos diretos desse fato. Um deles, e talvez o mais direto, é que a psiquiatria, seduzida pela pretensão de se alçar ao status de ciência médica respeitável, não deseja ter mais nenhuma proximidade com a psicanálise. O próprio paradigma psicanalítico passa a ser questionado em sua cientificidade. O não afastar-se da psicanálise implica o risco de afetar a identidade médico-científica da psiquiatria, o que soa irônico. De maneira geral, a psicopatologia contemporânea é caracterizada pelo paradigma biológico, sustentada pelo referencial teórico das neurociências. Nesse contexto, a psicoterapia torna-se secundária, já que a intervenção terapêutica centra-se na ação dos psicofármacos. A psicanálise, nesse panorama, passa a ocupar um lugar periférico no discurso psicopatológico atual, já que as intervenções assumiriam uma incidência pontual nos disfuncionamentos neuroquímicos, diante do que o registro das histórias dos sujeitos é desconsiderado em prol dos possíveis antecedentes genéticos das doenças psiquiátricas.

Outro desdobramento, segundo Birman (2001), é que os psicofármacos, ao se tornarem os mais poderosos reguladores do sofrimento psíquico na atualidade, levam o mundo ocidental a se relacionar com a dor de uma maneira muito específica. A utilização indiscriminada de drogas eficazes contra a angústia e a depressão indicam uma mudança

significativa na maneira de os indivíduos se relacionarem com esses afetos. O limiar suportável para o sofrimento psíquico do indivíduo baixou consideravelmente, levando-o a medicar-se diante de qualquer manifestação dolorosa do humor. A fuga de qualquer sofrimento psíquico pelo sujeito tornou-se comum, ou mesmo uma regra. Para o autor, a psicofarmacologia e a sua legitimação pelo saber médico contribuíram para o estabelecimento de uma cultura centrada na evasão da dor e do sofrimento psíquico (BIRMAN, 2001).

A psicanálise situa os estados psicopatológicos em outros termos, reconhecendo que o sofrimento psíquico é fruto de configurações específicas, formadas para dar conta de conflitos internos. Com isso, ela reconhece, na psicopatologia, um sentido e uma função para a formação dos sintomas. Passaremos agora a apresentar a visão psicanalítica sobre o problema dos estados depressivos na atualidade.

1.7 A abordagem psicanalítica e o problema da medicalização das paixões tristes na atualidade

“Sem uma disposição para a melancolia, não há psiquismo, mas atuação ou jogo”
(KRISTEVA, 1989, p.12).

Após abordar a história dos estados depressivos e ressaltar o modo como seus inúmeros significados foram reduzidos a uma disfunção neuroquímica, neste tópico apresentaremos o problema da depressão na atualidade a partir do viés psicanalítico. A leitura de *Luto e melancolia* (FREUD, 1917[1915]) permite conceber os estados depressivos como reações psíquicas diante de situações de perdas que exigem do psiquismo um “trabalho”. Desse ponto de vista, as experiências de perdas são consideradas um acontecimento traumático, pois metapsicologicamente entende-se que elas geram um excesso instintual no interior do aparelho psíquico, que o ego não pode “ligar” prontamente. A atividade a ser desempenhada pelo aparelho psíquico é elaborar as quantidades desse excesso geradas em seu interior. Esses processos serão abordados mais detalhadamente no capítulo 4; neste momento, introduziremos noções gerais que servem de base para compreender, segundo a psicanálise, o problema dos estados depressivos na atualidade. Desse modo, podemos compreender esses processos se desenrolando em três momentos.

O primeiro seria o violento impacto psíquico causado pela perda de um objeto de grande importância para o sujeito – um objeto idealizado narcisicamente. Essa perda, necessariamente, provoca dor e sofrimento psíquico – mesmo quando é esperada – devido à quantidade de afeto que é tornada livre, sem possibilidade de satisfação. A perda de objeto, no

entanto, precisa ser compreendida em um sentido mais amplo que, por exemplo, a morte de uma pessoa: em termos metapsicológicos, trata-se da perda de qualquer objeto de satisfação, seja uma pessoa, um ideal ou um trabalho, o que impossibilita a descarga de certas quantidades instintuais. A natureza narcísica da ligação com esse objeto justifica sua importância para a economia psíquica. O segundo momento seria aquele em que, no campo do imaginário, o sujeito se confronta com o acontecimento de perda. Nesse momento, o sujeito pode tanto aceitar quanto recusar a perda, porém nunca deixar de sofrê-la. A culpa seria sua marca principal, já que uma reação habitual é a avaliação de sua responsabilidade diante de tal perda. Torna-se determinante o grau de desenvolvimento do aparelho psíquico e o vínculo narcísico na relação com o objeto, para que possa ser efetuada a tarefa de ligação do afeto que permanece sem satisfação. Seja em um luto, seja em uma melancolia, o processo pode ser igualmente doloroso, uma vez que a tarefa de ligar as excitações sempre resulta em dor psíquica. A inibição e o recolhimento, típico dos estados depressivos, indicam a retirada do interesse do mundo, necessária para a realização de uma atividade psíquica que consome o sujeito. O terceiro momento seria a resolução do impasse psíquico causado pela perda, cuja tarefa de ligação resulta na simbolização dessa vivência. Nesse entremeio temos duas saídas. A esperada é a elaboração da perda através de sua simbolização. A penosa tarefa de elaborar o excesso de quantidades gerado pela impossibilidade de satisfação causada pela perda do objeto resultaria em ganhos por meio do desenvolvimento de recursos psíquicos. Ao simbolizar a perda – ligar as representações do objeto perdido e suprimir o seu estatuto psíquico de objeto de satisfação –, o indivíduo passa por uma transformação interna ao final da qual está novamente disponível para as atividades habituais da vida. Outra saída possível para o terceiro momento é a melancolia ou o luto patológico, significando uma dificuldade de elaborar a perda – uma estagnação no segundo momento. Aqui, a tarefa de ligação não pode ser efetuada, de forma que a quantidade segue casando dor e imobilização psíquica: “com a melancolia e o luto patológico, o sujeito se empobrece simbolicamente, pois não pode transformar a perda real em invenção simbólica” (BIRMAN, 2006, p.402).

A intervenção medicamentosa, nesse caso, pode significar um atalho a fim de se evitar esse processo doloroso, mas, ao erradicar o sofrimento depressivo, pode impossibilitar ao sujeito o encontro do caminho da simbolização. Com isso, ele permanece em uma posição empobrecida, dependente do que Birman chamou de *pilularia proteica* (2006). Entrando em cena como um paradigma quase que oposto a essa tendência vigente, a psicanálise se interroga sobre os seus sentidos da depressão para a organização psíquica do sujeito, auxiliando na tarefa de elaborar o luto patológico ou a estagnação da melancolia por meio da

simbolização. Por conceber a depressão como uma expressão afetiva inerente à existência humana, isto é, uma expressão da atividade psíquica de elaboração da perda, o objetivo da psicanálise não consiste em evitá-la, muito menos em tomar atalhos para sua travessia. A psicanálise, ao contrário da psiquiatria, entende que a experiência depressiva, embora dolorosa, é fundamental para o enriquecimento simbólico do sujeito. Os estados depressivos representam o espaço de realização da tarefa psíquica de elaboração diante do desequilíbrio gerado pelas experiências de perdas. Com isso, a psicanálise nos mostra, ao contrário do que se pensa normalmente, que o desenvolvimento psíquico, desde o início de sua formação, se dá através da elaboração das perdas. A perda impõe ao psiquismo um trabalho, um processo de ressignificação da experiência vivida.

Finalmente, é possível esclarecer algo sobre a história da melancolia: se a melancolia esteve presente em todos os momentos da humanidade, representando insistentemente, através das vivências de “perda”, os limites do ser humano frente ao desejo de controlar o curso das eventualidades inerentes à existência, ela também pode ser encontrada na vida de cada indivíduo frente às mesmas condições de se perceber limitado e desamparado. Scliar (2003) relaciona o renascimento melancólico do homem após a Idade Média à devastação provocada pela peste negra, trazendo à Europa do século XIV uma incessante preocupação com a morte. A melancolia foi abordada incansavelmente pela arte renascentista – vide *Anatomia da melancolia*, de Robert Burton, publicação da época –, e podemos especular que isso se deve à situação de perda traumática imposta à civilização europeia, tanto pelas perdas materiais ocasionadas pela peste negra, quanto pela perda dos ideais absolutos da religião. O progresso do conhecimento científico, intelectual e das artes, as dissecações dos anatomopatologistas e seu conhecimento sobre o corpo, as grandes explorações rumo ao novo mundo, ao lado das guerras e das pestes, demonstram que essa era uma época de grandes mudanças, um período de perdas. Época de desamparo diante do novo e de impotência diante das tragédias. A melancolia foi o clima emocional que dominou parte do Renascimento, de forma análoga às muitas fases do desenvolvimento do indivíduo, que são permeadas por transformações e perdas, por lutos e, muitas vezes, por estados depressivos.

Frente a isso, os estados depressivos não são simplesmente um desvio ou uma doença a ser erradicada da humanidade através de poderosas pílulas, como se faria com um vírus nocivo. Seriam, ao contrário, uma condição de recolhimento do psiquismo em que se elabora a dor psíquica causada pela perda, com maior ou menor dificuldade e inibição – o que permite concluir que os estados depressivos existem potencialmente em todo ser humano. O luto é o paradigma da depressão e a condição arraigada a toda vida humana diante dos limites

impostos pela mortalidade. Pois é no luto que todo ser humano vivencia perdas, separações e frustrações. Assim, encontramos fundamentos para relacionar a visão psicanalítica da depressão no indivíduo com registros sobre a melancolia ao longo da história da humanidade.

Para muitos autores da psicanálise, as questões em torno dos estados depressivos não devem ser consideradas de forma isolada, mas em conjunto com a configuração da sociedade atual. Como mostramos, a depressão se encontra definida, ao lado do pânico e das toxicomanias, como uma das formas de mal-estar predominantes na contemporaneidade. Vejamos, a título de ilustração, alguns psicanalistas que apontam para essa relação.

Se aceitarmos que a clínica das depressões aumentou consideravelmente na sociedade contemporânea, não podemos desconsiderar o valor traumático das perdas súbitas que não cessam de acontecer – perda de emprego, extinção de certos ofícios, ruptura de relações longas e significativas, solidão, perda de prestígio social e poder [...] (MENDLOWICZ, 2006, p.56).

Nesse sentido, o valor traumático se mediria pela ameaça ao narcisismo do sujeito, em situações sempre ligadas a perdas, seja do objeto amoroso, de partes de si próprio, dos ideais, do amor do superego. Segundo Mendlowicz, os estados depressivos remetem ao trauma do nascimento e à condição de desamparo, estando presente no psiquismo como potencial, podendo ser evocados diante de qualquer tipo de injúria narcísica. O trauma seria uma espécie de injúria narcísica grave, “provocando uma ruptura no eu, que perde o sentido de si próprio e do mundo em que vive”. Com isso, uma perda traumática é considerada o rompimento de um laço significativo que oferecia sentido à vida do sujeito, causando uma invasão do vazio na cena psíquica e mergulhando-o no desamparo e na perda da autovalorização. Os estados depressivos graves são resultados de um trauma que expõe a fragilidade narcísica do indivíduo e, como consequência, “abre as portas para a entrada triunfal da pulsão de morte”. Temos, assim, duas formas básicas de expressão do instinto de morte nos estados depressivos: em uma delas o superego ataca o ego e o maltrata sadicamente, culpando o sujeito; na outra forma, o instinto de morte “propala a desvitalização, tornando-o apático, desinteressado, entediado ou, ainda, mostra sua eficácia das duas formas” (MENDLOWICZ, 2006, p.56). Segundo a autora, a injúria narcísica é uma forma de abalo causado na organização narcísica – responsável pela integração e sustentação do psiquismo e que se relaciona aos recursos egoicos, elementos que compreendem o sentimento de autoestima. Tal injúria afeta, também, os aspectos ambivalentes, isto é, os nossos sentimentos de amor e ódio pelo mesmo objeto e a maneira pela qual o aparelho psíquico organiza e tolera esse paradoxo emocional. Nesse

sentido, Mendlowicz (2006, p.56) salienta a relação entre o desamparo e o tempo histórico atual:

Nesta acepção, as “pequenas” tragédias podem ter um valor traumático, pois o que interessa é a invasão do sentimento de desamparo, a ruptura da continuidade significativa do eu sem que, necessariamente, a causa traumática em si seja algo de dimensão maciça e avassaladora, como no caso das guerras.

A autora recorre ao modelo das neuroses traumáticas, conforme formulado em *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920), para situar o papel do trauma nos quadros depressivos. Nesse livro, Freud toma as neuroses traumáticas como situações reais, observáveis e facilmente discerníveis, cujo excesso de estímulo traumático é inquestionável como, por exemplo, situações de guerra, atentados, acidentes graves etc. É diante de eventos de natureza muito intensa que o sujeito pode desenvolver o quadro da neurose traumática, cujos sintomas seriam de ordem motora, próximos à histeria, mas também da ordem de um mal estar afetivo tão intenso, comparável à melancolia. Na causa da neurose traumática, estaria incluída, além do fator de intensidade do acontecimento, a imprevisibilidade de seu acontecimento. Para originar uma neurose traumática, o acontecimento intenso precisa sobrevir de repente, expondo o sujeito a uma imensa quantidade de excitação, em um estado de completo despreparo. A angústia, nesse sentido, não se encontra presente, pois ela é um sinal diante do perigo, preparando ou antecipando o trauma (FREUD, 1920).

Uma ocorrência traumática corresponde a um excesso de excitações que inunda o aparelho psíquico e para o qual este não está preparado. Isso provoca uma enorme perturbação na economia do aparelho psíquico e todos os meios de defesas disponíveis são colocados em ação para dominar tal excesso de excitações. A tarefa do aparelho psíquico, diante do excesso traumático, é “a de controlar o estímulo, de ligar psicologicamente as quantidades de estímulo que irromperam, para conduzi-las à eliminação” (FREUD, 1920, p.192). O nascimento é considerado como a situação traumática originária, cujo protótipo é o desamparo, que se manifestará diante de novas situações de perigo. Freud (1926[1925]) vincula o desamparo ao medo da perda de amor, pois se entende que as situações de perigo e a necessidade de ser protegido criam o imperativo de ser amado, que nunca mais abandonará o homem. Nesse sentido, as situações traumáticas estão sempre ligadas a perdas, seja da proteção oferecida pelo objeto amoroso, seja de partes idealizadas de si mesmo, de ideais de perfeição, do amor próprio etc.

É baseada nessas premissas que Mendlowicz sustenta que os estados depressivos podem ser provocados por acontecimentos recentes de caráter traumáticos, sem que tenham

necessariamente, do ponto de vista do observador externo, a intensidade de um trauma avassalador. No entanto, da perspectiva da dinâmica psíquica, por se tratarem de perdas narcísicas, eventos do cotidiano como “perda de emprego, extinção de certos ofícios, ruptura de relações longas e significativas, solidão, perda de prestígio social e poder” (MENDLOWICZ, 2006, p.56), podem ter um impacto tão intenso, que exigem do sujeito um trabalho de luto, que nem sempre pode ser realizado de forma bem sucedida. Nesse sentido, os destinos de um luto diante de perdas vão muito além do tradicional binômio de sua resolução ou da queda na melancolia. Embora esta explicação seja paradigmática, os estados depressivos são coloridos por incontáveis elementos presentes na organização psíquica de cada sujeito. São vários os destinos possíveis da atividade psíquica de elaboração de perdas, indo desde o resgate pleno da libido, a soluções de compromissos sintomáticas, até quadros mais graves como a melancolia ou a psicose alucinatória; os múltiplos destinos de uma perda – uma perda narcísica – podem provocar dificuldades psíquicas muito variadas como, por exemplo, uma neurose de angústia ou um quadro de depressão mais brando (MENDLOWICZ, 2006).

No contexto contemporâneo, as subjetividades são geralmente caracterizadas pelas súbitas variações de humor e distímias, o que leva, talvez, à constatação epidemiológica dos estados depressivos. Em função dos ideais do mundo contemporâneo e das condições de imprevisibilidade e insegurança encontrados em nossa “cultura do narcisismo” ou “sociedade do espetáculo”³², o indivíduo nunca pode perder nada, restando a ele se agarrar a tudo que o permita defender-se do vazio. Os objetos que assumem essa função, seja uma pessoa querida ou uma atividade profissional, constituem-se como objetos narcísicos. Frente a isso, o sujeito contemporâneo agarra-se de forma viscosa aos objetos, como forma de se assegurar diante do “abismo do vazio”, pela carência dos polos de sustentação de si próprio. O luto quase impossível do objeto que não pode ser perdido, por tratar-se de um objeto de sustentação narcísico, evidencia uma colagem a este e, assim, uma disseminação de quadros depressivos em que predominam os processos psíquicos característicos da melancolia descritos por Freud (1917[1915]). A impossibilidade de vivenciar a perda, pela colagem ao objeto em busca de segurança, torna impraticável a sua elaboração, condição necessária para que se realize a simbolização. Em função dos impasses em realizar efetivamente o trabalho de luto e a elaboração da perda, os estados depressivos, hoje, assumem uma feição marcadamente melancólica (BIRMAN, 2006). Assim, no mundo contemporâneo, temos de considerar

³² Para um aprofundamento destas questões, ver Arquivos do mal-estar e da resistência, Birman, 2006.

principalmente dois fatores relacionados aos estados depressivos: a baixa do limiar de tolerância ao sofrimento psíquico e a exposição contínua do sujeito a condições de instabilidade, rupturas, violências de todo tipo, solidão e ideais exigentes no campo da ação, do sentir e do corpo. Tais fatores estariam agindo em conjunto e predispondo os indivíduos a injúrias narcísicas, isto é, perdas significativas que afetam o narcisismo do sujeito (BIRMAN, 2006).

Como é possível perceber, essa maneira de se compreender os estados depressivos, considerados como o resultado de uma conjuntura de fatores ligados à vida atual e à capacidade psíquica de elaboração de perdas, vai de encontro com o paradigma psiquiátrico vigente, segundo o qual estes são estados psicopatológicos gerados pela simples disfunção orgânica do indivíduo, a serem corrigidos pela ação de psicofármacos. Vemos com isso que os modos de vida atual podem, em alguma medida, contribuir para a disseminação dos estados depressivos – tanto em função da falta de polos de sustentação do narcisismo, quanto pela insegurança e instabilidade características dos tempos atuais –, ao que se soma a vulnerabilidade diante dos afetos depressivos e a baixa do limiar de sua suportabilidade. Temos, ainda, que considerar, em nossa sociedade, a intolerância ao sofrimento psíquico que se apresenta como luto ou tristeza profunda, os quais constituem espaços de elaboração das perdas e resultam no fortalecimento dos recursos psíquicos. Sem a existência desses espaços e com o abuso dos psicotrópicos, as subjetividades contemporâneas estariam destituídas da possibilidade de constituírem recursos psíquicos para suportar as vivências de perdas, inerentes à vida humana em qualquer época e em qualquer sociedade.

Assim, segundo alguns psicanalistas, observa-se atualmente uma cultura de baixa tolerância à frustração e a alta adesão a categorizações dos sentimentos dentro de psicopatologias, o que contribui para a administração indiscriminada de psicotrópicos. Nesse sentido, encontra-se, em nosso mundo contemporâneo, o esforço para se erigir uma cultura centrada no evitamento da dor e do sofrimento psíquicos, que almeja, por exemplo, a sedação da angústia, a eliminação dos excessos de excitações por meio de ansiolíticos e a eliminação das paixões tristes (depressivas) com os antidepressivos. A finalidade das práticas médicas e psiquiátricas reflete a busca deste ideal de estesia psíquica e de normalização dos humores intempestivos, ao mesmo tempo em que se incita a busca pelos paraísos artificiais e o gozo pelas drogas pesadas (BIRMAN, 2001; KHEL, 2002).

Com o desenvolvimento das neurociências e dos psicofármacos, a partir dos anos 1950, a psiquiatria passou a fundamentar suas práticas no rigoroso discurso da ciência biológica. Com isso, as psicoterapias foram aos poucos sendo deixadas de lado em primazia

dos modos medicamentosos de intervenção, supostamente infalíveis. Ademais, a terapêutica calcada nos psicotrópicos abre a possibilidade do Ocidente relacionar-se com o sofrimento psíquico de uma maneira nova, uma mudança significativa que afetou as relações dos indivíduos com suas paixões, se comparados a outros períodos históricos. Quaisquer transformações negativas do humor ou qualquer forma de desconforto psíquico passam a demandar prontamente sua regulação e eliminação através da química dos psicofármacos. Frente a qualquer angústia, tristeza ou desconforto psíquico de outra natureza, os clínicos prescrevem sem hesitar, “os psicofármacos mágicos, isto é, os ansiolíticos e antidepressivos”, o que acaba descartando progressivamente, e até mesmo silenciando, a escuta da existência e da história do sujeito portador das indomáveis paixões humanas. “Por essa via tecnológica, a população passou a ser ativamente medicalizada, numa escalas sem precedentes” (BIRMAN, 2001, p.242).

Para Birman (2001; 2006), a medicalização indiscriminada é um fato que vai ao encontro do aumento do desamparo na cultura atual, face ao fim das utopias e das expectativas messiânicas alimentadas na modernidade. Ideais de força e controle emocional diante das dificuldades, de segurança e flexibilidade, de eficiência e desenvolvimento sem limites, enfim, ideais que alimentam uma ilusão de onipotência nos indivíduos são veiculados pela mídia e pelos ambientes de trabalho, representando uma sociedade centrada no incremento do narcisismo. Esses fatos, somados ao ideal de exorcização da dor, expõe o sujeito a pressões advindas de todos os lados, colocando-o em uma corrida sem fim, em busca de alcançar e conformar-se de maneira absoluta a todas essas demandas. Por serem demandas ideais – o indivíduo nunca será eficiente o bastante, ou nunca pelo tempo necessário etc. – o sujeito sempre sentirá que está fracassando de alguma maneira, permanecendo em uma condição de permanente fragilidade narcísica e vivência de desamparo.

Assim, um simples luto, um período necessário de elaboração de perda, ou uma intensa tristeza diante de uma grande frustração, transformam-se, em nossa sociedade, em estados a serem evitados, ou em desvios ou doenças a serem curadas e, por que não, em depressão. Conforme afirma Fédida (2002, p.182) em tom irônico, a depressão segue na contracorrente dos ideais da atualidade, como o de performance, por exemplo, e, com isso, precisa ser eliminada, ali mesmo onde aparece e incapacita, isto é, nos sintomas que impedem o indivíduo de se tornar produtivo e performático. Na medida em que “a depressão teria se tornado uma espécie de paradigma negativo da nova pragmática do ‘si-mesmo’”, ela se opõe a tudo que se é valorizado na atualidade, já que seus sintomas são “a contrapartida psicopatológica de uma idealização da performance, necessária para se manter adaptado e

criativo nas mutações e mudanças aceleradas que vivemos” (FÉDIDA, 2002, p.182). Dessa maneira, por afetar o desempenho, a disposição à interação social, a flexibilidade e a produtividade, a depressão torna-se o negativo dos valores sociais da atualidade. Vale lembrar que a perda muitas vezes necessita ser elaborada por meio de recolhimento, em que o sujeito possa conectar-se com o corte que a provocara, isto é, com a ferida traumática causada pela dor da perda. É a elaboração que permite simbolizar e, assim, transformar sofrimento em criatividade, esperança e liberdade. No entanto, o que se impõe em primeiro plano não é o reconhecimento da função dos estados depressivos, mas um neopragmatismo do tratamento psíquico, que atribui aos psicofármacos competências para produzir representações de si renovadas e protegidas do sentimento de qualquer alteração. Assim, se estamos deprimidos, não é preciso buscar os sentidos dos acontecimentos traumáticos e, muito menos, as suas causas na história singular de cada um, ou seja, em suas experiências particulares de perda, abandono, separação etc. E mesmo quando essa busca é efetuada por meio de um processo psicoterapêutico, ela não resulta na erradicação das alterações das paixões. Ela não possibilita nada além do que favorecer o trabalho psíquico na retomada de seu curso, e mostra que a superação da perda por meio da elaboração só pode ser realizada acompanhada de dor psíquica e tristeza. Pois, na realidade, “a adaptação performante pressupõe que o estado deprimido seja tratado ali onde é incapacitante, ou seja, ao nível de seus sintomas comportamentais”; ou seja, a cura desejada na atualidade não é a assimilação dos estados depressivos, mas a eliminação de seus sintomas indesejados como vimos, por exemplo, na sugestão de medicalização do luto prevista no DSM-V: o ideal almejado é não ser obrigado a vivenciar períodos de tristeza, dor, inibição, restrição da energia vital, pesar etc., mesmo que estes sejam considerados necessários e normais. Ora, se o próprio trabalho psíquico é acompanhado de dor e tristeza, isso não pode ser evitado por uma psicoterapia, que tem como finalidade mesma, possibilitar a realização desse trabalho. Portanto, a cura psicoterápica, ao contrário da psicofarmacológica, não é feita sem dor e sofrimento.

Diante da cultura do evitamento da dor, do imperativo do gozo e do culto à performance, a psicoterapia, com suas premissas teóricas particulares a respeito do funcionamento psíquico e suas técnicas limitadas, a relação transferencial, permanece impossibilitada de contribuir para a realização destes ideais (FÉDIDA, 2002, p.182). No entanto, é preciso advertir que a questão em torno dos estados depressivos não é somente a de uma doença amplificada pelas transformações e ideais da cultura atual. Conforme afirma Fédida (2002, p.177), “a depressão é sem dúvida a afecção por excelência do humano”, assim como “a depressividade pertence à vida psíquica” o que significa que ela está incrustada em

nossa própria natureza, participando do aparecimento da qualidade que nos distingue dos outros animais: a vida psíquica. Assim, o fenômeno depressivo é um indicativo de uma angústia de perda, mas, ao mesmo tempo, sua queixa e seus sintomas protegem o sujeito contra qualquer atenção mais vigilante que poderia suscitar a emergência intensa do psíquico sob a forma de uma catástrofe alucinatória – esta última entendida como um acréscimo de excitações internas a tal ponto que o aparelho psíquico não seria capaz de suportar (FÉDIDA, 2002).

Uma constatação intrigante surge de um fenômeno clínico notável, presente entre alguns pacientes diagnosticados com depressão e que fazem uso de medicação antidepressiva. Embora a importância da utilização dos antidepressivos no tratamento da depressão seja inegável, em muitos casos não são suficientes, e a medicação sem o acompanhamento psicoterapêutico pode não ter os efeitos esperados ou, ainda, não trazer benefícios. O que se observa como fato clínico é que muitos pacientes tratados com antidepressivos apresentam melhoras nos sintomas da depressão, mas permanecem com sintomas melancólicos: a medicação elimina o sintoma de inibição motora e psíquica, mas não age nos conflitos que subjazem esses estados³³ (BERLINK e FÉDIDA, 2002, p.73-91). Ou seja, o paciente volta à atividade, recupera sua energia vital, mas permanece com profundos conflitos emocionais, vivencia um grande sofrimento, expresso por autoacusações e rebaixamento de autoestima. Embora o medicamento proporcione a volta à atividade do paciente depressivo, pode não agir nos conflitos ligados à causa depressiva, conflitos psíquicos ligados geralmente à culpa e à desvalorização de si mesmo. Essa constatação permite compreender por qual motivo muitos pacientes, ao serem medicados com antidepressivos, ao se sentirem mais dispostos, cometem suicídio. A explicação para esse fenômeno seria que o paciente, ao deparar-se com conflitos psíquicos insuportáveis, utiliza a sua energia vital recuperada pelo uso dos antidepressivos, para realizar o ato suicida. Ato que era incapaz de realizar anteriormente, pois não dispunha de energia para levá-lo a cabo. O fenômeno do suicídio, mediante a ação de medicamentos antidepressivos, indica que, sem dúvida alguma, existe uma relação mais profunda entre os estados depressivos e o funcionamento psíquico – um papel de autoconservação, para o qual Fédida (1999; 2002) procura insistentemente chamar a atenção em seus trabalhos sobre os estados depressivos. Dessa forma, eliminando-se apenas os sintomas depressivos, sem tratar suas causas psíquicas, muitas vezes, elimina-se também a sua função de defesa psíquica.

³³ Estes autores distinguem depressão e melancolia. Os sintomas depressivos estão ligados à inibição e lentificação motora e psíquica e ao sentimento de vazio, enquanto a melancolia está mais ligada aos conflitos que se expressam sob forma de autoacusações e desvalorização de si.

Assim, em função de seus efeitos não serem absolutos, o tratamento farmacológico quase sempre precisa ser associado a inúmeros outros tratamentos, entre os quais destacamos a psicoterapia.

Diante do exposto, constatamos mais uma vez a existência de uma oposição entre o discurso psiquiátrico e o psicanalítico, o que pode ser estendido para uma oposição entre este último e os ideais de nossa cultura atual. Segundo procuramos mostrar, o aumento exacerbado de diagnósticos de depressão leva os estudiosos a tomar como epidêmica sua condição no mundo atual. Diante do avanço vertiginoso da compreensão das bases químicas e do tratamento medicamentoso dos estados depressivos e de tristeza profunda e luto, a psiquiatria, como modo hegemônico de tratamento na atualidade, elege a medicação como o meio privilegiado. No geral, para a corrente psiquiátrica, uma psicopatologia não tem outro significado do que uma desregulação na ação dos neurotransmissores a ser corrigida pela ação de medicamentos. No entanto, vimos que, no âmbito social, constata-se que os ideais e os modos de vida atual contribuem para o aumento dos estados depressivos. Elementos como o culto à performance, a cultura do evitamento da dor, o imperativo do gozo, o empobrecimento e a superficialidade das relações afetivas, entre outros fatores, estariam associados a uma predisposição aos estados depressivos. Constata-se, assim, a vigência de ideais que consideram os estados depressivos, bem como os sentimentos dolorosos em geral, como indesejáveis e que, com a ajuda da medicação psicofarmacológica, tendem a ser evitados e não vivenciados. Os estados de tristeza passam a ser compreendidos como anormais ou, ao menos, como um mal a ser evitado. Dessa maneira, torna-se cada vez menos natural o contato de nossa sociedade com as paixões tristes. Associado a isso, teríamos uma crescente fragilização dos indivíduos, que os tornam cada vez mais intolerantes a esses estados.

Os estudos psicanalíticos insistem sobre o papel das paixões tristes na organização psíquica, afirmando que a tristeza e a depressão, embora sejam estados dolorosos e muitas vezes perigosos (uma depressão grave pode levar ao suicídio), precisam ser vivenciados e que a única saída é a elaboração psíquica. A vivência desses estados significa a possibilidade de realização de um trabalho psíquico necessário para a ampliação da vida psíquica, cujo resultado é a aquisição de recursos e o aumento da capacidade de simbolização. Trata-se, aqui, de compreender que, assim como os processos psíquicos considerados normais, como o luto e a tristeza profunda, a psicopatologia também tem um significado na vida psíquica, que precisa ser reconhecido e trabalhado pelo sujeito. A psicoterapia é vista, nessa vertente, como

um tratamento que permite ao indivíduo a retomada das funções do trabalho psíquico de elaboração das perdas e frustrações diminuindo, com isso, os seus prejuízos à vida como um todo.

Frente ao exposto, é possível circunscrever um cenário geral diante do qual situamos os estados depressivos na atualidade, cujos papéis em cena são representados pela oposição do discurso psicanalítico frente ao psiquiátrico. Nesse cenário, somos colocados diante de uma quase insolúvel contradição: por um lado, as neurociências e a psiquiatria em geral têm avançado no tratamento medicamentoso dos estados depressivos, ao mesmo tempo em que os estudos psicanalíticos indicam que a medicação tem como efeito colateral o empobrecimento do âmbito psíquico, assim como a fragilização dos indivíduos diante das psicopatologias atuais. É inegável a contribuição dos psicofármacos no tratamento de muitos estados psicopatológicos, mas a crítica crescente dos psicanalistas contra o excesso da medicalização da tristeza busca alertar para os perigos e prejuízos causados pelo abuso dessa prática. A questão não recai contra a utilização de psicofármacos, mas na maneira como eles têm sido usados para sustentar a cultura do evitamento da dor e do apelo à performance.

Como vimos, o discurso psicanalítico mostra que a tristeza profunda tem um sentido e uma função psicológica, e a medicalização inibiria o desenvolvimento de importantes recursos psíquicos que são adquiridos na vivência de situações dolorosas. Segundo a psicanálise, a tristeza profunda, provocada por eventos difíceis da vida, indica que um trabalho de elaboração de perda está sendo efetuado na esfera psíquica, do qual resultam aquisições psíquicas que dotam o sujeito de recursos para o enfrentamento de futuras dificuldades. No entanto, tal trabalho não pode ser realizado sem dor psíquica e pesar – constatação que torna impossível dissociar dor psíquica e crescimento emocional. Nesse mesmo sentido, os estados depressivos demonstram dificuldades na realização da função elaborativa. O processo analítico auxilia, então, o paciente a retomar ou a desenvolver tais funções e, com isso, adquirir recursos psíquicos próprios para o enfrentamento de novas situações. Entretanto, o trabalho analítico é necessariamente acompanhado de dor psíquica e pesar.

Seja uma tristeza profunda, um luto, ou uma depressão, estes argumentos indicam que os estados psicológicos assumem uma função na formação, desenvolvimento e regulação do psiquismo, e é fundamental considerar que mesmo os estados psicopatológicos têm um significado que, quando analisados psicanaliticamente, possibilitam a recuperação do sujeito, ao reestabelecimento psíquico e à retomada do desenvolvimento psíquico.

Neste capítulo procuramos situar o campo que abarca os estados depressivos, a partir da constatação de sua incidência epidemiológica atual e de sua formatação pelo discurso psiquiátrico vigente, assinalando as consequências dos excessos da terapêutica psicofarmacológica. Inserimos o discurso psicanalítico em oposição ao paradigma hegemônico que envolve os estados depressivos para, com isso, colocar em relevo a noção de que tais estados, embora considerados como afecções psicopatológicas, estão ligados à constituição humana, exercendo um papel na organização psíquica.

Iniciamos este capítulo mostrando que os estados depressivos estão associados, na atualidade, a um discurso alarmante que os tomam como epidêmicos e que desperta grande preocupação de saúde pública. No entanto, a história dos estados depressivos no ocidente nos mostra que nem todas as vezes os estados depressivos estiveram exclusivamente associados a estados patológicos, guardando também outros sentidos e significados. Constatamos, ainda, que a preocupação acerca dos estados depressivos remonta aos tempos antigos, e que sua dificuldade de consenso não é recente. As dificuldades de determinação de suas causas, a falta de precisão e de consenso na utilização dos termos e a definição de suas formas clínicas são dificuldades comuns em torno do estudo dos estados depressivos, e vemos que são questões para as quais se permanece sem respostas precisas, mesmo no campo científico – são questões com as quais a humanidade se debate desde os tempos antigos. Mostramos, além disso, que através da apropriação da psiquiatria os estados depressivos deixam de ter múltiplos sentidos para se tornar apenas uma doença. É nesse contexto em que os psicanalistas do início do século XX estão inseridos: em meio a uma psiquiatria que procurava definir o mais precisamente possível os estados depressivos, por meio da descrição e agrupamento dos sintomas sob as classes diagnósticas que se multiplicavam em sua época.

Apontamos, também, que o DSM se tornou a referência hegemônica na definição do que se reconhece atualmente como estados depressivos e quais são os seus critérios diagnósticos. A psicanálise, ao abordar o tema dos estados depressivos, revela quais são os problemas de se atribuir a tais estados um sentido único de doença neuroquímica e de um mal a ser eliminado. Destacou-se, ainda, como a abordagem hegemônica, representada pelo DSM, afeta também os estados não patológicos como o luto e a tristeza profunda, revelando uma tendência atual em considerá-los indesejáveis. Por fim, procuramos destacar que os sentidos atribuídos aos estados depressivos a partir da psicanálise consideram os estados depressivos não só como doença, mas como uma tentativa de executar um trabalho psíquico.

Como veremos ao abordar a melancolia sob a ótica freudiana, Freud insistia que os sintomas só interessavam à psicanálise enquanto indicadores de processos psíquicos, e que

sua atenção deveria se voltar para os mecanismos distintivos de cada afecção, assinalando sua função de defesa no psiquismo. Para Freud, a atenção dispensada às psicopatologias e, entre elas, aos estados depressivos, deveria ocorrer a partir da abordagem da escolha das neuroses, isto é, considerar os elementos distintivos que justificariam, diante de uma frustração, alguns a formar um quadro clínico de melancolia, enquanto outros formam um quadro de histeria ou neurose obsessiva, por exemplo (FREUD, 1913).

CAPÍTULO 2 – A MELANCOLIA ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO NA TEORIA FREUDIANA

É possível notar, desde os primórdios da psicanálise, a grande preocupação de Freud em delimitar seu campo de pesquisa e atuação não só ao tratamento e compreensão das afecções psicopatológicas, mas, também, a construção de um modelo explicativo para o funcionamento geral do psiquismo - o que Freud denominava “psicologia”. Seu campo de ação abarcava as condições patológicas, por meio das quais seria explicada a normalidade. Diante do fenômeno clínico da histeria, Freud distingue um campo específico de tratamento e pesquisa, significativamente diverso das doenças orgânicas e da medicina. Assim, a contribuição da psicanálise freudiana recai sobre o modo particular de compreender e abordar o sintoma neurótico. A construção de conceitos como repressão, sistema inconsciente, instinto (enquanto energia psíquica), entre outros, proporcionou a Freud as condições de abordar cientificamente o campo das psicose considerando a força da dimensão fantasística em sua etiologia e, com isso, evidenciou a necessidade de decifrar as mensagens contidas em seus sintomas por meio da interpretação. Ao forjar um modelo etiológico baseado na significação do sintoma neurótico, Freud acaba por construir um modelo de compreensão da vida psíquica geral a partir da observação de estados psicopatológicos. Dessa maneira, em sua obra, realiza um intercâmbio constante em suas formulações entre o normal e o patológico – fato que pretendemos explicitar e compreender em um dos tópicos deste capítulo.

Em relação a *Luto e melancolia*, é este o procedimento adotado ao longo do texto para que ambos os estados se esclareçam mutuamente através da comparação de seus traços distintivos e comuns. Ainda, no tocante à melancolia, após 1921, seu processo psíquico central – a identificação narcísica – foi generalizado como sendo constitutivo do aparelho psíquico, permitindo a Freud explicar a formação do ego e do superego³⁴. Assim, a melancolia acompanhou as formulações que resultaram na segunda tópica do aparelho psíquico³⁵, o que ilustra o procedimento freudiano de efetuar construções teóricas sobre o psiquismo em geral, a partir do intercâmbio entre o normal e o patológico. Além dessa característica de continuidade entre os estados normais e patológicos, as noções que explicam a formação das

³⁴ Segundo Laplanche e Pontalis (1998, p.132), “Da análise da melancolia e dos processos que ela põe em evidência, a noção de ego sai profundamente transformada”.

³⁵ Segundo Parmentier (2001, p.121) “Com *Luto e melancolia* se inicia uma virada na obra de Freud. A introdução do narcisismo lhe permite vislumbrar a teoria das pulsões sob um novo ângulo já diferente e de pensar em outros termos a constituição do ego e suas relações com os objetos, incluindo o próprio ego enquanto objeto”.

neuroses de transferência – a histeria e a neurose obsessiva são as suas principais representantes – na primeira tópica foram aplicadas, certamente com alterações, na formulação do mecanismo da neurose melancólica explicitado em *Luto e melancolia* (FREUD, 1917[1915]). Portanto, para a elucidação da formulação do mecanismo etiológico da melancolia, é de fundamental importância compreender primariamente o modelo etiológico das neuroses de transferência e as noções que lhe conformam. A importância fundamental de tal compreensão para a elucidação das neuroses narcísicas é salientada por Freud (1916-1917[1915-1917]) nas *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. É o que Freud nos indica em relação ao estudo do campo das neuroses narcísicas, no qual está inserida a melancolia: “Os distúrbios narcísicos e as psicoses relacionadas a eles só podem ser decifrados por observadores formados no estudo analíticos das neuroses de transferência” e, ainda, no que se refere à dificuldade trazida pelo trabalho direto com as neuroses narcísicas, Freud afirma que “compete-nos interpretar essas observações com o auxílio da compreensão que adquirimos com os sintomas das neuroses de transferência” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.424). Diante disso, de nosso ponto de vista, o mecanismo etiológico da melancolia foi formulado, como indicado por Freud, a partir do modelo extraído do trabalho com as neuroses de transferência. Por isso, torna-se imprescindível para a compreensão da teoria freudiana da melancolia uma compreensão aprofundada desse modelo etiológico e, com isso, a identificação dos traços distintivos entre a etiologia das neuroses de transferência e das neuroses melancólicas. É para essa tarefa que pretendemos nos lançar neste capítulo. Isso será realizado considerando que a formulação do mecanismo psíquico que explica a melancolia é o resultado de uma combinação entre o modelo etiológico das neuroses de transferência (a ser abordado neste capítulo) e o arcabouço teórico advindo da região conceitual do narcisismo (a ser abordado no capítulo seguinte) – cujos modelos visavam a explicar as neuroses narcísicas, que, no período em que se situa nosso estudo, entre 1910 e 1915, compreendem a esquizofrenia, a paranoia e a melancolia. Vale salientar ainda que, nesse período, Freud (1914; 1916-1917[1915-1917]) propôs reunir a paranoia e a demência precoce (esquizofrenia) sob a categoria de parafrenias.

Frente a isso, neste capítulo, tendo como tema geral o normal e patológico na teoria freudiana, pretendemos, de um lado, compreender quais são as bases que permitem a Freud efetuar generalizações para a vida psíquica em geral a partir dos processos observados nas psicopatologias e, de outro, explicitar as noções advindas do modelo etiológico das neuroses de transferência - uma categoria de afecções particular -, que serviram de base para a formulação do mecanismo explicativo da neurose melancólica. Com isso, estaremos

colocando em relevo o papel atribuído ao normal e à psicopatologia na teoria freudiana, procurando ressaltar seus aspectos distintivos, ao mesmo tempo em que realizamos um resgate epistemológico das bases teóricas mais gerais que compuseram o modelo etiológico das neuroses na teoria freudiana.

2.1 As duas dimensões do artigo *Luto e melancolia*: o normal e o patológico

Em *Luto e melancolia*, Freud aborda a melancolia em comparação com o estado do luto, realizando o esclarecimento de ambos os estados à medida que ressalta seus traços distintivos e semelhantes. Em ambos os estados, é possível observar, de forma aproximada, os mesmos sintomas e as mesmas causas precipitantes: apresentam, como sintoma característico, um estado de inibição geral e são desencadeados pela perda de um objeto de amor, ou de algo que ocupe o seu lugar. A melancolia é definida como uma afecção de natureza psicogênica, sem fatores orgânicos preponderantes. De maneira geral, Freud compreende que ambos os estados consistem em um trabalho de desligamento do objeto perdido, sendo que o segundo é complicado por um fator relevante: a presença de uma ligação narcísica com o objeto e a prevalência, nessa relação, de uma ambivalência afetiva reprimida. Essa ligação vai permitir ao sujeito, diante da perda de seu objeto de amor, recorrer à regressão narcísica por meio do processo de identificação, a qual estabelece uma divisão no interior do aparelho psíquico que pode ser observada sob a forma de um conflito interior entre um carrasco algoz e um acusado submetido às suas punições.

Com isso, Freud trouxe para o campo dos estados depressivos, como seu elemento central, o conceito de narcisismo, a partir do qual muitas teorias irão se desenvolver. Por outro lado, o processo de identificação narcísica, reconhecido no contexto do narcisismo, mas observado principalmente em ação na melancolia, será reconhecido como um mecanismo constitutivo do aparelho psíquico. Assim, Freud realiza uma generalização para o contexto do funcionamento normal, de um processo reconhecido inicialmente em uma psicopatologia (a melancolia) – a psicopatologia é reveladora de processos do funcionamento geral do psiquismo. Segundo Kapsambelis (2010), com *Luto e melancolia*, Freud experimenta explorar as novas ideias que lhe permitem a introdução do narcisismo na metapsicologia, e esboça o desenvolvimento do que vai se tornar sua segunda tópica do aparelho psíquico, com, notadamente, a introdução dos contornos do superego como instância separada do ego.

Frente ao exposto, as contribuições do artigo *Luto e melancolia* podem ser consideradas em duas dimensões básicas que merecem ser destacadas: uma que se insere no contexto psicopatológico, sobre a melancolia, e outra, mais sutil, que revela aspectos mais

gerais do psiquismo que estavam sendo compreendidos pelos psicanalistas nesse período - a saber, os elementos narcísicos e a formação do aparelho psíquico. Esta segunda dimensão se refere ao processo de identificação como constitutivo do aparelho psíquico e da formação de suas instâncias a partir da diferenciação de um núcleo comum. Assim, as contribuições desse estudo que tratam da melancolia, enquanto uma psicopatologia, contribuem, também, para a compreensão da constituição do aparelho psíquico. Com o estudo da melancolia, Freud acaba por compreender não apenas um estado psicopatológico, a melancolia, mas, ainda, diversos processos e elementos do presentes no psiquismo de maneira geral. Em vista disso, pode-se tomar as contribuições de *Luto e melancolia*, e analisá-las nestes dois campos: o dos estados patológicos, os estados depressivos, e o campo de revelador de processos psíquicos gerais. Dessa forma, da elucidação de um estado patológico foi possível compreender processos psíquicos gerais e universais.

A primeira dimensão, a mais explícita do artigo *Luto e melancolia*, é a que trata da psicodinâmica dos estados de luto e de melancolia. Esta dimensão se estende às contribuições do estudo da melancolia para a compreensão dos estados depressivos. Muitos autores, ao abordar os estados depressivos, partem das noções desenvolvidas nesse texto freudiano. Do ponto de vista dos estados psicopatológicos, a elucidação da melancolia é inestimável. Embora *Luto e melancolia* seja o único trabalho de Freud dedicado exclusivamente ao estudo dela, o tema é ali tratado de modo breve. No entanto, inaugura questões fundamentais e proporciona um riquíssimo ponto de partida para a compreensão da dinâmica psíquica que envolve os *estados depressivos*, a partir da noção de perda de objeto e do conceito de identificação narcísica, que a insere no campo conceitual do narcisismo. De acordo com Bleichmar (1997, p. 36),

[...] ao iniciar em *Luto e melancolia* o que constituiu nossa compreensão dos transtornos depressivos, Freud tratou de ir mais além da enumeração dos sintomas para buscar uma condição básica nos distintos tipos de depressão, caracterizando esta como a reação à perda real ou imaginária de um objeto.

Notamos, entretanto, que as implicações do texto não se limitam às contribuições que abrangem o campo dos estados depressivos, mas vão muito além. O que almejamos enfatizar é que, indo além da dimensão psicopatológica, a outra grande contribuição de *Luto e melancolia* está em uma segunda dimensão, isto é, no que esse estudo permite perceber da vida psíquica em geral – não-patológica. É nesse ponto que reconhecemos a abordagem de Freud em realizar o intercâmbio entre o normal e patológico: a compreensão de um quadro

psicopatológico elucidada e desvenda aspectos universais da vida psíquica normal; ou, em outras palavras, toma a psicopatologia como a via de entrada para o entendimento do funcionamento geral do psiquismo. Para sermos mais específicos, a compreensão da melancolia pode ser considerada uma das vias de acesso para o registro narcísico do universo psíquico. Por volta de 1910, Freud e os psicanalistas, em geral, começam a se interessar cada vez mais pelo desenvolvimento do ego e pelo narcisismo, cuja via de acesso era permitida pela compreensão das neuroses narcísicas que, nessa época, era formada por demência precoce, paranoia e melancolia. Essas afecções eram consideradas regressões ao narcisismo, ou regressão da libido ao ego: “Contudo, estamos muito menos familiarizados com o desenvolvimento do ego do que com a evolução da libido, de vez que apenas o estudo das neuroses narcísicas é que promete dar-nos uma compreensão interna (insight) da estrutura do ego” (FREUD, 1917[1916-1917], p.354-355). Assim, por serem considerados funcionamentos regressivos do ego, as neuroses narcísicas podiam revelar aspectos da formação e do desenvolvimento egóico:

Se o ego do homem tem seu próprio processo de desenvolvimento, assim como a libido tem o seu, os senhores não se surpreenderão ao ouvir que também há ‘regressões do ego’, e estarão desejosos de saber também qual o papel que pode ser desempenhado, nas doenças neuróticas, por esse retorno do ego a fases anteriores de seu desenvolvimento (FREUD, 1917[1916-1917], p.360).

Dessa maneira, o estudo do narcisismo pode ser mais bem compreendido se colocado em relação a estas três afecções: a demência precoce (esquizofrenia), a paranoia e a melancolia. As duas primeiras levaram as compreensões que desaguaram no artigo *Introdução ao narcisismo*, enquanto a melancolia permitiu aprofundar as formulações a respeito da formação do aparelho psíquico, levando à segunda tópica. Segundo Andrade (1999, p.638), o texto *Luto e melancolia* “contém o embrião de quase tudo que será novo na psicanálise, além de ser o complemento natural do artigo sobre o narcisismo, o qual dificilmente seria bem compreendido sem aquele complemento”. Assim, o valor de *Luto e melancolia* é também altíssimo no que se refere ao desenvolvimento da teoria freudiana, podendo ser considerado um divisor de águas dentro da psicanálise, por tratar de temas que abrirão caminhos para a elaboração da segunda tópica do aparelho psíquico. Em *Luto e melancolia*, Freud considera que a melancolia oferece uma visão privilegiada da constituição do ego, por ser uma condição em que este adocece por si próprio, e tem a insatisfação moral consigo próprio como sintoma em destaque:

[...] detenhamo-nos por um momento *na visão que a doença do melancólico nos oferece da constituição do Eu humano*. Vemos como uma parte do Eu se contrapõe à outra, faz dela uma avaliação crítica, toma-a por objeto, digamos. Nossa suspeita de que *a instância crítica aí dissociada do Eu poderia, em outras condições, demonstrar também sua autonomia*, será confirmada em toda observação posterior. Realmente encontraremos motivo para separar essa instância do resto do Eu. Aqui travamos conhecimento com a instância habitualmente chamada de *consciência moral*; nós a incluiremos entre as grandes instituições do Eu, ao lado da censura da consciência e do exame da realidade, e encontraremos provas de que é capaz de adoecer por si própria. No quadro clínico da melancolia, a insatisfação moral com o próprio Eu é destacada relativamente a outras coisas: defeitos físicos, feiúra, debilidade, inferioridade social, muito mais raramente são objeto de autoavaliação; só o empobrecimento ocupa lugar privilegiado entre os temores ou dizeres do paciente (FREUD, 1917[1915], p. 178-179; grifo nosso).

Essa segunda dimensão, relativa às contribuições da melancolia para a compreensão da constituição do aparelho psíquico, aparece secundariamente desenvolvida, principalmente em trabalhos posteriores, como *Psicologia das massas e análise do ego*, em 1921, e *O Ego e o Id*, de 1923, nos quais Freud recorre à melancolia para fundamentar o papel da identificação na formação do psiquismo e para sustentar a sua divisão, em ego e ideal do ego.

Mas essas melancolias mostram ainda algo mais, que pode ser importante para nossas considerações posteriores. Elas nos mostram o Eu dividido, decomposto em dois pedaços, um dos quais se enfurece com o outro. Esse outro pedaço é aquele transformado pela introjeção, e que contém o objeto perdido. Tampouco o pedaço que se conduz tão cruelmente nos é desconhecido. Ele contém a consciência moral, uma instância crítica do Eu que também em épocas normais se contrapõe criticamente a este, mas nunca de maneira tão inexorável e tão injusta. Já em ocasiões anteriores (“Narcisismo”, “Luto e Melancolia”) fomos levados à suposição de que em nosso Eu se desenvolve uma instância que pode se separar do resto do Eu e entrar em conflito com ele. Nós a chamamos de “ideal do Eu” e lhe atribuímos funções como auto-observação, consciência moral, censura do sonho e principal influência na repressão. Dissemos que é a herdeira do narcisismo original, em que o Eu infantil bastava a si mesmo. Gradualmente ela acolhe, das influências do meio, as exigências que este coloca ao Eu, as quais o Eu nem sempre é capaz de cumprir, de modo que o indivíduo, quando não pode estar satisfeito com o seu Eu em si, poderia encontrar satisfação no ideal do Eu que se diferencia do Eu. Constatamos, além disso, que no delírio de observação se torna patente a decomposição dessa instância, desvelando sua origem nas influências das autoridades, sobretudo dos pais. Mas não deixamos de acrescentar que a medida da distância entre esse ideal do Eu e o Eu real varia bastante de um indivíduo para outro, e que em muitos essa diferenciação no interior do Eu não é maior que do que na criança (FREUD, 1921, p.67-68).

O conceito de identificação, que é considerado a chave da psicodinâmica da melancolia, passará a ter, alguns anos mais tarde, na teoria freudiana, o estatuto da mais primitiva forma de comunicação no desenvolvimento humano e de mecanismo originário do psiquismo.

Aqui nós temos que abarcar um âmbito maior. Foi-nos dado esclarecer o doloroso infortúnio da melancolia, através da suposição de que um objeto perdido é novamente estabelecido no Eu, ou seja, um investimento objetal é substituído por uma identificação. Mas ainda não reconhecíamos, então, todo o significado deste

processo, e não sabíamos como ele é típico e frequente. Desde então compreendemos que tal substituição participa enormemente na configuração do Eu e contribui de modo essencial para formar o que se denomina seu *caráter*. [...] Se um tal objeto sexual deve ou tem de ser abandonado, não é raro sobrevir uma alteração do Eu, que é preciso descrever como estabelecimento do objeto no Eu, como sucede na melancolia; [...] de todo modo, o processo é muito frequente, sobretudo nas primeiras fases do desenvolvimento, e pode possibilitar a concepção de que o caráter do Eu é um precipitado dos investimentos objetivos abandonados, de que contém a história dessas escolhas de objeto (FREUD, 1923, p.35-36).

Com isso, Freud acaba por considerar o mecanismo princeps da melancolia como aquele que atua na formação do aparelho psíquico. O superego, uma instância que se desenvolve a partir do ego e internaliza as críticas morais através da identificação edípica, é formulado inicialmente a partir da observação da paranoia e, mais tarde, da melancolia. Se na melancolia encontramos um sujeito que se critica, se despreza, se ataca e se denigre, Freud entende que uma parte do ego se separou e entrou em conflito com a outra. Vemos, assim, que as idéias de superego, da identificação e sua importância na constituição do ego, a maneira de o aparelho psíquico lidar com a ambivalência, a relação do narcisismo com a autoestima, a reação do ser humano às perdas e seus caminhos para elaborá-las, enfim, as diversas noções psicanalíticas que nos permitiram compreender a formação do psiquismo, são contempladas, de algum modo, no estudo do luto e da melancolia, ou recebem sua contribuição que, de maneira geral, trata dos aspectos depressivos do psiquismo. É nesse sentido que Laplanche (1987, p.288) afirma:

Esse texto situa-se no contexto de importantes modificações da teoria freudiana. Nesse momento importante de 1915, Freud dá, ao mesmo tempo, a última demão em sua metapsicologia e começa a traçar as vias de uma segunda teoria que intitulará a “segunda tópica”.

Não só Laplanche (1987), mas também Rosenberg afirma que o ensaio sobre a melancolia assume um importante papel nos posteriores desenvolvimentos freudianos:

Desse ponto de vista podemos dizer que os problemas colocados pelo trabalho de melancolia em *Luto e melancolia* abrem a via e implicam as transformações radicais que são produzidas na teoria freudiana depois de 1920. (ROSENBERG, 2003, p.149).

Após os artigos metapsicológicos de 1915, segue-se uma virada na teoria psicanalítica, com destaque especialmente para dois pontos. Com *Além do Princípio do Prazer* (1920), a mudança começa abordando a teoria dos instintos, que passam a ser identificadas por instinto de vida e instinto de morte. Em *O Ego e o Id* (1923), consolida-se outra grande mudança com o surgimento da segunda tópica do aparelho psíquico, definida pelas instâncias que receberam o nome de “id”, “ego” e “superego”. Nesse contexto, como bem pontuaram Laplanche e

Rosenberg, o artigo *Luto e melancolia* estaria fortemente relacionado a essa “revolução” que se segue aos artigos metapsicológicos. O texto sobre a melancolia teria, assim, apresentado problemáticas que desaguariam no grande desenvolvimento da teoria psicanalítica dos anos 1920.

Estando de acordo com essas colocações, Ogden (2004), sobre o artigo *Luto e melancolia*, afirma: “Muito do som corrente no pensamento psicanalítico atual – e, desconfio, também no pensamento psicanalítico vindouro – pode ser ouvido em Luto e melancolia, de Freud, se soubermos ouvi-lo” (OGDEN, 2004, p.97). Tal afirmação consta em um importante trabalho do autor, publicado no *International Journal*; trata-se de um original artigo que versa sobre as contribuições de *Luto e melancolia* (1917[1915]) para o desenvolvimento da psicanálise e da teoria das relações objetais. Neste, o psicanalista mostra que não apenas a teoria freudiana, e as teorias sobre os estados depressivos, mas também a teoria geral de outros importantes psicanalistas, foram consideravelmente influenciadas pelas idéias presentes no artigo de Freud:

Estas sentenças [a respeito da psicodinâmica da melancolia] representam uma demonstração sucinta e poderosa de como Freud, nesse texto, começa a escrever/pensar teórica e clinicamente em termos de relação entre aspectos cindidos, pareados e inconscientes do Eu (isto é, sobre relações objetais internas e inconscientes). Freud reúne pela primeira vez, em uma narrativa corrente, o seu revisado, e agora novo, modelo de mente, apresentando-o em um nível mais alto em termos teóricos (OGDEN, 2004, p.90).

Além de demonstrar, de maneira muito pertinente, como este “novo modelo de mente” se desenha nas páginas do texto freudiano, Ogden lembra, ainda, que a conhecida teoria de Klein sobre o desenvolvimento do psiquismo – a teoria da relação de objetos internos, os mecanismos de cisão, as defesas maníacas etc. – podem ser encontrada nas entrelinhas do artigo *Luto e melancolia*, mesmo que ainda de forma embrionária ou apenas sugerida. Assim, Ogden enfatiza que *Luto e melancolia*, além de tratar da melancolia como um quadro psicopatológico, inaugura um modelo de psiquismo inédito, formado por objetos internos que se relacionam e que podem ser inconscientes.

Marucco (1987), ademais, considera fundamentais as contribuições a respeito da melancolia, tanto para o campo da psicopatologia, quanto para o da constituição do psiquismo:

Considero que dispensar atenção ao tema da melancolia é fundamental pela importância que esta tem dentro da teoria psicanalítica e sua prática clínica. Isto não só refere-se a desvendar seus enigmas no âmago desta psicopatologia e propor possíveis enfoques técnicos para enfrentar o paciente que padece dela. É por assim dizer, por um lado tratar de entender a melancolia como um quadro patológico; e

por outro, compreendê-la como uma estrutura *fundante* na formação do psiquismo (MARUCCO, 1987, p.9).

Em seu artigo, Marucco examina as contribuições da melancolia tanto a partir do texto freudiano, quanto de sua prática clínica. O autor não hesita em arriscar uma conjectura: “em toda estruturação do aparelho psíquico coexistirá uma estrutura de ‘caráter melancólico’ cindida da conhecida estrutura edípica” (MARUCCO, 1987, p.21). Essa estrutura melancólica, segundo o autor, corresponderia ao momento inicial de estruturação do aparelho psíquico. E a suposição parece ser uma das mais radicais que encontramos, a ponto de considerar a melancolia como uma estrutura, que se baseia especificamente em *Luto e melancolia*. A afirmação que se segue de Marucco é muito próxima dos argumentos que desenvolvemos neste tópico:

Ocupar-se e preocupar-se pelo e do tema da melancolia é imprescindível não só para compreender a teoria psicanalítica e seu rico caudal de conceitos, mas também para contribuir e desenvolver um tema capital para o futuro da psicanálise. Vejo cada vez com mais clareza, que *Luto e melancolia* se situa como um texto freudiano decisivo para o desenvolvimento da ciência psicanalítica. Suas implicações teóricas, a amplitude do registro clínico que propõe, seus desenvolvimentos técnicos que incita, são indicadores da abertura que o texto nos brinda (MARUCCO, 1987, p.11).

Portanto, ao tomar para pesquisa o artigo *Luto e melancolia*, considera-se indiretamente temas que são fundamentais na constituição, estruturação e manutenção do psiquismo, de maneira geral. Sobre a questão da melancolia em Freud e os processos psíquicos a ela relacionados, Andrade (1999, p.647) salienta: “É evidente que estes processos não se restringem à melancolia ou ao narcisismo primário, sendo antes ocorrência universal no psiquismo, tornando-se patológicos ou não de acordo com fatores quantitativos”.

Vale ainda citar, mesmo que apenas de passagem, alguns autores que, de alguma forma, realizaram contribuições de importância considerável a partir de *Luto e melancolia*. Na época de Freud tivemos Abraham (1924), Radó (1928), Géro (1936), Deutsch (1930, 1933), Klein (1935, 1940) dentre muitos outros. Mais recentemente, podemos lembrar: Bleichmar (1983), Caruso (1986), Kristeva (1989), Violante (1994), Peres (1996), Mezan (1998), Fédida (1999), Berlinck (2000), Moreira (2002) e Hashimoto (2005) que, dentre inúmeros outros autores, retomam desenvolvimentos do artigo *Luto e melancolia* para compreender não só os estados depressivos, mas aspectos mais gerais do psiquismo, fato que ressalta sua originalidade e atualidade nestas duas dimensões – tanto por ser o estudo inaugural de Freud no que se refere a uma teoria explicativa dos mecanismos particulares dos estados do luto e da

melancolia, quanto pelo impacto conceitual e pelo valor de suas contribuições teóricas para o desenvolvimento da teoria psicanalítica em geral.

Frente a isso, no tópico que se segue, pretendemos analisar quais são as premissas que permitem a Freud, a partir da abordagem das afecções psicológicas, realizar generalizações para o funcionamento e a constituição do psiquismo. Assim, esperamos ressaltar a importância do procedimento que permite o intercâmbio entre o normal e patológico na construção da teoria freudiana e ressaltar quais são as premissas que sustentam como válida tal abordagem.

2.2 Do psicopatológico ao normal nos primórdios da psicanálise freudiana

Sigmund Freud nasceu na pequena vila Moravia de Freiberg, em 6 de maio de 1856. Por volta de seus cinco anos, mudou-se com a família para Viena, palco no qual se desenrolaria as cenas de sua vida e de suas aventuras científicas. Foi em Viena que Freud formou-se médico, começou a exercer a clínica das doenças nervosas e desenvolveu suas teorias e técnicas, que mais tarde iria denominar psicanálise. Havia uma relação ambivalente entre Freud e Viena: “Estamos perfeitamente cientes de que Viena não é o lugar certo para nós” (FREUD, 9-12-1899 in MASSON, 1986, p.392) e, ainda, “Odeio Viena quase pessoalmente e, ao contrário do gigante Anteu, acumulo forças renovadas no instante em que tiro os pés do solo materno” (FREUD, 11-03-1900 in MASSON, 1986, p.404). Freud sempre se queixara da cidade, sugerindo mesmo uma aversão a ela; mas, diante da necessidade de deixá-la, às vésperas da Segunda Guerra, Freud demonstra uma grandiosa e contraditória resistência (GAY, 1989, p.26). Embora a cidade tenha sido “dura” com o inventor da psicanálise, tardando a reconhecer o valor de suas descobertas, muitas vezes até o isolando, ela o presenteou com um caldo cultural efervescente (LE RIDER, 2000). Este era fomentado por uma atmosfera de descobertas e inovações, alimentado por personalidades revolucionárias, como os compositores Gustav Mahler e Arnold Schönberg, o artista plástico Gustav Klimt e o escritor Arthur Schnitzler, só para citar alguns entre os mais conhecidos (SCHORSKE, 1988). Dessa forma, estudiosos insistem em demonstrar que Viena, de certo modo, também contribuiu para a invenção da psicanálise (GAY, 1989; LE RIDER, 2000; SCHORSKE, 1988). É certo que, para Freud, a cidade era um ambiente fértil: arte, ciência e política estavam no centro das discussões e dos acontecimentos, e Freud sonhava em tornar-se famoso por meio de uma importante descoberta científica. Freud se encontrava em um contexto científico e artístico muito fecundo e moderno. É no contexto científico, entretanto,

que Freud encontrará suas grandes influências diretas, inicialmente como pesquisador em neurofisiologia e depois, como médico neurologista.

Em suas pesquisas iniciais, Freud realizou estudos que tinham por objeto a periferia nervosa e o córtex cerebral e recebeu influências da fecunda neurofisiologia de sua época, que considerava o corpo e o cérebro como uma rede de circulação de fluxos. Após formar-se em medicina, Freud iniciou sua carreira como pesquisador, em 1876, na área de neurofisiologia, ao ingressar no instituto de fisiologia de Ernest Brücke³⁶. Em 1879, sob a supervisão de Brücke, Freud desvendou as conexões nervosas da lampreia marinha, uma espécie muito primitiva de peixe. Nessa época, empenhou-se em compreender os meios pelos quais as células e fibrilas nervosas funcionavam como uma unidade e suas descobertas comprovavam os processos evolutivos revelados pelas estruturas nervosas desse tipo de enguia marinha. Assim, quando estuda o sistema nervoso da lampreia, Freud compreende o desenvolvimento do organismo inteiro: o corpo e o cérebro, no contexto de sua época, advêm de uma concepção em rede que concebe suas origens a partir de um núcleo em comum, na medida em que o corpo é considerado como uma arborescência saída do sistema nervoso ramificado (FOREST, 2010). Nas *Conferencias introdutórias sobre psicanálise*, Freud recorda as suas descobertas realizadas nessa época:

Uma vez, quando eu era um jovem estudante, dediquei-me, sob direção de Von Brücke, a meu primeiro trabalho científico e interessei-me pela origem das raízes nervosas da medula espinal de um pequeno peixe de estrutura muito primitiva; constatei que as fibras nervosas dessas raízes tinham sua origem em células grandes do corno posterior da substância cinzenta, o que já não acontece mais com outros vertebrados. Mas também descobri, logo depois, que células nervosas desse tipo estão presentes fora da substância cinzenta, por toda a extensão do chamado gânglio espinal da raiz posterior; e desse fato concluí que as células dessas massas ganglionares migraram da medula espinal ao longo das raízes dos nervos. Isto também é demonstrado pela sua história evolutiva. Nesse pequeno peixe, porém, todo o percurso de sua migração foi demonstrado pelas células que ficaram para trás (FREUD, 1917[1916-1917], p.344).

Nessa época, Freud fez relevantes descobertas no domínio da neurofisiologia, realizando deduções a respeito da evolução do sistema nervoso por meio da observação desses organismos de estrutura muito primitiva. Freud procurava reconstituir os caminhos da evolução do sistema nervoso até a sua complexidade atual. Nesse primeiro trabalho científico,

³⁶ Considerado fundador da fisiologia na Áustria, Ernst Brücke foi professor e pesquisador da cátedra de fisiologia da Universidade de Viena a partir de 1849. Teve muitos trabalhos reconhecidos e tornou-se respeitado em sua área. Freud passou seis anos – de 1876 a 1882 – pesquisando e estudando fisiologia nos laboratórios de Brücke, afastando-se definitivamente da filosofia, e nunca escondeu a intensa admiração que tinha pelo fisiologista, considerando-o seu “mestre” mesmo depois de abandonar tais estudos. Freud deu o nome de Ernst ao seu quarto filho (ROUDINESCO & PLON, 1998, p.95).

já é possível constatar uma vertente de pesquisa, em que se compreendem as formações atuais como resultado de um processo evolutivo que atendeu às necessidades impostas pelo meio. Como veremos mais adiante, as implicações de tais constatações irão reverberar em suas noções de evolução da sexualidade e dos caminhos regressivos que ela percorre até seus pontos de fixação. Entre as tradições científicas que Freud se familiarizou durante o exercício de pesquisador neurofisiologista, encontra-se uma fisiologia de índole mecanicista, mas também uma biologia funcionalista, em particular, a teoria da evolução darwiniana. Os impactos dessas experiências iniciais serão sentidos não somente em sua concepção da psicopatologia, mas ainda em sua teoria geral do aparelho psíquico, nas quais é possível identificar uma abordagem da estrutura e do desenvolvimento do psiquismo sob um ponto de vista funcional: os fenômenos psíquicos e comportamentais, por mais absurdos, incoerentes e estranhos, correspondem ao pressuposto de que tudo tem uma função e um sentido no equilíbrio do organismo do sujeito, revelando as tendências fundamentais que estão na base de seu funcionamento (FIGUEIREDO, 1991).

Como sabemos, porém, não será como pesquisador de neurofisiologia nos laboratórios de Brücke que Freud realizará suas mais reconhecidas descobertas científicas. Após algum tempo, Freud deixou os laboratórios de Brücke para se dedicar à clínica médica no Hospital de Viena, na área de neurologia – a clínica dos nervosos, como se dizia naquela época. De 1877 a 1888, Freud se voltou à pesquisa histológica e anatômica e publicou numerosos trabalhos sobre a histologia da célula nervosa (FOREST, 2010). Em 24 de novembro de 1887, Freud escreveu à Fliess: “Tenho-me ocupado com a redação simultânea de três artigos, um dos quais se refere à anatomia do cérebro” (FREUD, 24-11-1887 in MASSON, 1986, p.16). Embora esses artigos tratem de trabalhos puramente neurológicos, já é possível encontrar neles o interesse de Freud em realizar um esboço do funcionamento cerebral nos estados ditos normais por meio de sua clínica cotidiana com pacientes neurastênicos, histéricos ou, de forma mais geral, os doentes dos nervos, uma vez que as psicopatologias não seriam nada mais do que alterações das funções psíquicas consideradas normais.

Alguns biógrafos de Freud apontam que a mudança profissional do laboratório para a clínica se deveu à insatisfação diante da perspectiva de retorno financeiro como pesquisador de laboratório: já apaixonado por Martha Bernays, com quem viria a se casar, Freud percebeu que no exercício de pesquisador não ganharia dinheiro suficiente para constituir uma família. Assim, passa a exercer a clínica médica não por uma questão de escolha, mas por necessidade (GAY, 1989). No entanto, essa mudança foi definitiva para que Freud se aproximasse daquilo que mais lhe intrigara durante os anos iniciais da psicanálise: o fenômeno clínico da histeria e

das psiconeuroses. Em sua prática clínica, Freud se deparou com um elevado número de casos dessa doença incompreensível para a época e, intrigado por seus enigmas, decidiu empenhar-se no seu desvendamento e compreensão. Consolidou-se, assim, o seu interesse pelo estudo das perturbações psicológicas e dos processos mentais a elas relacionados. Freud nunca mais se afastaria deste campo de pesquisa. Ainda motivado pelos enigmas que cercavam a histeria, realizou um estágio em Paris, assistindo as aulas de Charcot, médico dedicado ao estudo da histeria através da hipnose. Nessa viagem, Freud interessou-se pela hipnose e encontrou respaldos para começar a utilizá-la com seus pacientes em Viena (GAY, 1989). Ao voltar de Paris, começou a exercer sua clínica particular e a receber pacientes que se queixavam de diversos tipos de sofrimentos, em que Freud procurava discriminar suas causas. Começou a praticar uma forma rudimentar de psicoterapia ao escutar pacientemente o que seus pacientes lhe contavam sobre a história de seus sofrimentos e, assim, procurava as determinações para os sintomas. Sua intenção era estabelecer uma relação causal entre as afecções nervosas e a história dos conflitos emocionais do indivíduo. Nota-se, aqui, a presença de um pressuposto básico, o de que os sintomas psiconeuróticos atendem a uma funcionalidade na organização psíquica que precisaria ser compreendida.

Inicialmente, Freud utilizou a hipnose, mas com o tempo percebe suas limitações e a deixa de lado, passando a escutar seus pacientes por meio da técnica que denominou de associação livre. Para Freud, fatos ocorridos na infância teriam uma relação causal com a doença nervosa que acometia o paciente na atualidade. Convém salientar aqui a mudança no papel do médico que, ao invés de ser o portador único de todo o conhecimento sobre a doença e sua causa, passa a dividir a responsabilidade com o paciente, considerando o doente como conhecedor das causas de seu sofrimento; bastaria apenas que ele fosse escutado com atenção. É o início da “cura pela fala”. No entanto, o que nos interessa destacar é que, ao escutar seus pacientes, Freud partia de uma suposição de que as manifestações psicopatológicas tinham um sentido que precisaria ser desvendado e explicado. Para ele, os sintomas neuróticos nada teriam de casual e denotariam intenções determinadas que não encontram outra forma de expressão devido à sua situação psíquica momentânea. Essa breve história das raízes da psicanálise, embora muito conhecida, é útil para ilustrar o quanto o interesse clínico de Freud voltava-se para as psicopatologias, que até então eram pouco estudadas cientificamente. Lembremos que a psiquiatria da época se restringia à descrição e classificação dos sintomas, que eram organizados e agrupados dentro de entidades nosológicas. Foi a maneira particular em abordar cientificamente fenômenos como os da histeria, conjugando clínica e pesquisa neurológica e entendendo os sintomas como sinais de perturbações funcionais, que

possibilitou a Freud desenvolver um modelo de aparelho psíquico a partir da compreensão dos estados psicopatológicos. Ao escutar as históricas e procurar o sentido das manifestações psicopatológicas, Freud almejava também entender o funcionamento psíquico normal.

Em meados da última década do século XIX – o chamado “período pré-psicanalítico” – Freud começa a desenvolver, a partir de sua experiência com a clínica das históricas, um modelo de mente em termos de forças elétricas, que funciona como um conjunto de séries de capacitores elétricos, baseados na célula neuronal recentemente descoberta. Esse modelo é uma tentativa de descrever, em termos de forças elétricas e com correspondências anatômicas – fator imprescindível no paradigma médico da época –, os fenômenos que estão em jogo na vida mental, isto é, uma tentativa de explicar, em termos fisiológicos, o fenômeno da histeria. O modelo é desenvolvido especialmente em *Projeto para uma psicologia científica* ou, como Freud preferia, *Psicologia para neurologistas*. Esse texto, embora não publicado em vida por Freud, foi idealizado na mesma época da publicação de *Estudos sobre Histeria* (1895), e representa um pressuposto que acompanha Freud em toda a sua obra: ter a psicopatologia como fonte de explicação para o funcionamento normal ou, como costumava dizer, desvendar “a psicologia” a partir da anormalidade. Encontramos a referência ao *Projeto* em uma carta à Fliess, datada de 27 de abril de 1895:

Cientificamente estou num mau caminho, a saber, preso na ‘Psicologia para Neurologistas’, que me consome sistematicamente por completo, até que, verdadeiramente esgotado, sou forçado a interromper. Nunca experimentei um grau tão elevado de preocupação. E dará algum resultado? Espero que sim, mas é difícil, e a trajetória é lenta (FREUD, 27-04-1895 in MASSON, 1986, p.128).

Vemos, nessa carta, que Freud possuía sentimentos ambivalentes em relação a esse projeto. Sua intenção inicial era versar sobre o que ele chama de defesa; no entanto, acabou impelido a realizar o *Projeto* de sua psicologia científica, que buscava uma explicação cientificamente válida para o funcionamento psíquico, isto é, tomar a “psicologia” como uma ciência. Isso o levou a investir grande energia no referido texto e, embora o tenha abandonado depois, percebe-se a sua importância para Freud neste período. Em 25 de maio de 1895, ele escreve novamente a Fliess sobre o *Projeto*:

Tenho tido uma quantidade desumana de coisas por fazer e, após períodos de dez a onze horas de trabalho com as neuroses, fico regularmente impossibilitado de tomar a pena para escrever-lhe um pouco, embora, na verdade, muito tivesse a dizer. A principal razão, porém, é esta: um homem como eu não pode viver sem um cavalo de batalha, sem uma paixão devoradora, sem – nas palavras de Schiller – um tirano. Encontrei um. A serviço dele, não conheço limites. Trata-se da psicologia, que foi sempre minha meta distante a acenar-se, e que agora, desde que me deparei com os problemas das neuroses, aproximou-se muito mais. Estou atormentado por dois

objetivos: examinar que forma irá assumir a teoria do funcionamento mental, se introduzirmos considerações quantitativas, uma espécie de economia de forças nervosas, e, em segundo lugar, *extrair da psicopatologia um lucro para a psicologia normal. Na verdade, é impossível ter uma concepção geral satisfatória dos distúrbios neuropsicóticos se não puder vinculá-la com pressupostos claros sobre os processos mentais normais.* (FREUD, 25-05-1895 in MASSON, 1986, p.130, grifo nosso).

Nessa passagem, quando Freud refere-se à psicologia, ele está se referindo ao *Projeto* e ao quanto este trabalho consumia suas energias e ocupava suas preocupações. É evidente o motivo pelo qual esse trabalho se tornara o seu cavalo de batalha, se consideramos que nele residem as ambições que impulsionam todo o desenvolvimento de sua psicanálise: (1) explicar o funcionamento psíquico a partir de considerações quantitativas e por meios energéticos – foi o que constituiu sua teoria dos instintos e dos afetos, e resultou na dimensão econômica de sua metapsicologia; (2) extrair da psicopatologia a compreensão da psicologia normal, vinculando a concepção das psiconeuroses com os pressupostos gerais dos processos psíquicos – foi o caminho tomado por Freud para o desenvolvimento de toda sua teoria das neuroses e da constituição do aparelho psíquico. Talvez tenha sido um dos projetos mais ambiciosos de Freud: o de condensar, em apenas um livro, toda a explicação do funcionamento da mente e da etiologia das neuroses. Sua intenção era desvendar a economia das forças nervosas a partir de um ponto de vista quantitativo e tirar da psicopatologia um proveito para a psicologia normal. Hoje, pode-se ver claramente que Freud logra nesse objetivo: ele dedicou toda sua vida a desenvolver tal psicologia, que chamou mais tarde de “metapsicologia”, propondo um modelo de aparelho psíquico complexo, visto em três aspectos: dinâmico, tópico e estrutural. À energia postulada no interior desse aparelho, Freud chamou de instinto, e sempre considerando os destinos quantitativos desta, como pode ser conferido, por exemplo, em *A pulsão e seus destinos*: “um conceito básico assim convencional, provisoriamente ainda um tanto obscuro, mas que não podemos dispensar na psicologia, é o de instinto” [*Trieb*]³⁷ (FREUD, 1915, p. 53).

No tocante ao ponto que muito nos interessa aqui, o que se refere a tirar da psicopatologia proveito para a psicologia normal, Freud entendia o normal e o patológico como estados complementares. Na medida em que se avança na compreensão da patologia, surgem pistas do funcionamento normal.

³⁷ Na tradução utilizada (Paulo César Souza, Editora Companhia das Letras), o tradutor adota o termo instinto para o que normalmente se traduz por pulsão.

Em 1895, Freud se debatia com os problemas colocados pela histeria, com a formulação de sua teoria da sedução e com seu decorrente modelo de mente “pseudo-fisiológico”. Esse ano dá início a um período crítico em sua vida, denominado como anos de isolamento e, entre 1895 e 1902, ocorrem uma série de acontecimentos significativos em sua vida, como o rompimento com Breuer, a morte de seu pai, o fracasso da teoria da sedução e a morna acolhida da publicação de *A interpretação dos sonhos*. Nas cartas enviadas a Fliess, encontramos trechos em que Freud revela ser vítima de enxaquecas, taquicardias e alterações de humor: “raramente me senti tão abatido, quase melancólico; todos os meus interesses perderam o sentido” (FREUD, 13-03-1895, in MASSON, 1986, p.120); e, algumas semanas mais tarde, relata: “nestes últimos dias, senti-me, de fato, extremamente indiferente [...], escrever tem sido difícil – há momentos em que fico insuportável com as mais ínfimas insinuações de oscilações variáveis de humor” (FREUD, 28-03-1895, in MASSON, 1986, p. 123); e ainda [meu] “o estado de ânimo e as forças estão muito *à bas*” (FREUD, 11-04-1895, in MASSON, 1986, p.125, grifo do autor). As dificuldades encontradas no tratamento da histeria obrigavam-no a rever constantemente suas ideias e, principalmente, as concepções oriundas de sua formação como neurofisiologista nos laboratórios de Brücke e como neurologista no hospital de Viena. É assim que Freud percebe que seu trabalho não poderia se resumir a apenas um livro.

A psicologia é mesmo uma cruz. Jogar boliche ou catar cogumelos, pelo menos, são passatempos muito saudáveis. Tudo o que eu estava tentando fazer era explicar a defesa, mas experimente só tentar explicar algo que vem bem do âmago da natureza! Tive que abrir caminho palmo a palmo através do problema da qualidade, do sono e da memória – em suma, a psicologia inteira. Agora, não quero mais ouvir falar nisso (FREUD, 16-08-1895 in MASSON, 1986, p. 137).

Na realidade, este modelo de mente contido no *Projeto* conjuga os conhecimentos neurológicos adquiridos no início de sua carreira de pesquisador, pelos quais Freud tinha um profundo interesse, com aqueles conhecimentos adquiridos em sua recém-clínica psicoterápica. Freud tentava uni-los, utilizando a linguagem científica coerente de sua época, pois até então não havia outra maneira de abordar a mente e seus fenômenos de maneira científica. Até hoje, esse modelo do *Projeto* é alvo de interesse e polêmicas no meio científico em geral, como no psicanalítico, no filosófico e nos neurocientíficos. Alguns o tomam como obsoleto, como uma tentativa frustrada de desenvolver um modelo científico, enquanto outros o consideram como o embrião do modelo de mente psicanalítico desenvolvido por Freud no famoso “Capítulo 7” da *Interpretação dos Sonhos* (1900). Polêmicas à parte, consideramos que um trabalho como o *Projeto* contém muito do que ocupava as ideias de Freud no trabalho

sobre a histeria daquele período, em uma linguagem específica. Segundo Monzani (1989, p. 139), boa parte do edifício teórico postulado por Freud no *Projeto* é retomado no capítulo 7 da *Interpretação dos Sonhos*, tanto no que se refere ao modelo de aparelho psíquico, quanto no que se refere à sua teoria dos sonhos. Laplanche (1985, p.61) considera que o *Projeto*, além de apresentar um modelo abstrato e filosófico, trata-se também de um modelo clínico, pois “o que dá vida a esse modelo e que faz dele outra coisa que não uma montagem puramente especulativa, é a experiência clínica da recém-nascida psicanálise e os fatos bastante estranhos que ela traz à tona”. Assim, em termos gerais, Freud postulou no *Projeto*, ainda em meados de 1895, os fundamentos do edifício teórico que iria desenvolver ao longo de sua vida, ao conjugar experiência clínica e especulação teórica³⁸. Nesse sentido, noções fundamentais como a compulsão à repetição, apresentada em *Além do princípio do prazer* (1920), e as de trauma e desamparo, tratadas em *Inibições, sintomas e Angústia* (1926[1925]), já se encontram esboçadas no *Projeto* (CAROPRESO e SIMANKE, 2006; MONZANI, 1989). Frente a isso, consideramos o *Projeto de uma psicologia* (FREUD, 1895 [1950]) um trabalho de fundamental importância para compreender a lógica e a dinâmica interna do desenvolvimento do pensamento freudiano, conforme afirmam Simanke (2002), Monzani (1989), Gabbi Jr (2003) e Forest (2010). Nessa direção, também Strachey (1954/1996, p.342), em nota introdutória ao texto (que pode ser encontrada no primeiro volume da *Standart Edition*), ressalta que, além do auxílio que presta à compreensão do sétimo capítulo de *Interpretação*, o texto do *Projeto* “contém em si o núcleo de grande parte das teorias psicológicas que Freud desenvolveria mais tarde”, e “sua descoberta não tem apenas interesse histórico; na verdade, esclarece, pela primeira vez, algumas hipóteses fundamentais mais obscuras de Freud”. Nesse sentido, Forest (2010) afirma que em *A interpretação dos sonhos*, Freud não mais se refere a neurônios, mas a representações psíquicas, enquanto o fluxo e a função de regulação no interior do aparelho figuram nesta obra como investimento psíquico e afeto. Embora as teses contidas no *Projeto* sejam expressas em uma linguagem neurológica, entendemos que elas contêm muitas das teses freudianas fundamentais, que serão mais tarde aplicadas às explicações dos processos psíquicos em sua metapsicologia como, por exemplo, a noção de neurônios, que pode ser mais bem compreendida pela noção de representação; a de

³⁸Há aqueles que discordam desse ponto de vista. O modelo de mente pré-psicanalítico, segundo Capier (1990 p.39), deve ser visto como “um novo ramo da fisiologia, cujo expositor está um pouco constrangido com o fato de não dar ao leitor o tipo de precisão que se poderia encontrar num tratado de física sobre o movimento dos fluídos”. Capier afirma, ainda, que essa tentativa revela o esforço de Freud para construir uma psicologia sem psique. Assim, os estudos daquela época podem ser lidos como textos de um psiquiatra que se baseava na neurofisiologia, ou de um neurofisiologista interessado na psiquiatria (CAPER, 1990).

quantidade, que corresponde à função do afeto; a de ocupação, que pode ser compreendida como investimento de representações; e a tendência de ocupação de neurônios pela quantidade, que corresponde à definição de desejo contida no capítulo 7 de *A interpretação*. Pode-se, assim, considerar o *Projeto* um trabalho de inspiração clínica como tantos outros escritos freudianos, pois suas construções teóricas são realizadas a partir dos dados e dos problemas que a prática clínica lhe fornecia. É o trabalho de leitura, interpretação e deciframento dos sintomas patológicos que orienta suas construções teóricas (MONZANI, 1989). Esta conjugação da experiência clínica e da especulação teórica é marcada com clareza logo no início do *Projeto*:

A concepção quantitativa [...] decorreu diretamente de observação clínico-patológica, em que se tratou em especial da representação superintensa, como no caso da histeria e da compulsão, nos quais, como se mostrará, o caráter quantitativo se sobressai de forma mais pura do que em processos normais (FREUD, 1950[1985], p.175).

Um fato a se considerar é que 1895 é também o ano da publicação do famoso livro *Estudos sobre a Histeria*, escrito com seu amigo e parceiro de pesquisa, o Dr. Joseph Breuer. Assim, as observações clínico-patológicas a que se refere o fragmento anterior são também aquelas contidas em *Estudos*, em especial no último capítulo escrito por Freud (1895), no qual se sugere que seria possível encontrar as mesmas exigências de ligações lógicas e de motivação em um indivíduo normal e em um histérico. Nesse livro, uma afirmação de Freud ilustra sua posição diante das novas descobertas que o ocupava naquele período que, segundo vimos, era também o do *Projeto*. Diante da constatação de que suas teses apresentadas em *Estudos* estavam formuladas em termos mais psicológicos do que neurofisiológicos, Freud afirma:

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognósticos, e ainda me causa estranheza que os relatos de casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, faltes a marca de seriedade da ciência (FREUD; BREUER, 1895, p.184).

Considerando que Freud iniciou sua carreira com a publicação de artigos neurofisiológicos, o fragmento indica que o autor se mostra desconfortável em sua abordagem da histeria e que há certo constrangimento por apresentar um trabalho científico cuja linguagem não se adequava aos moldes das ciências positivas de sua época. Ao mesmo tempo, notamos seu esforço para encontrar uma linguagem científica que permitisse a Freud expressar as descobertas que resultavam de sua aventura pelo terreno arenoso da psicopatologia neurótica, e da passagem desta para a psicologia normal. O *Projeto* consistiu

em uma tentativa dessa natureza, em que Freud procurou traduzir, em linguagem neurofisiológica, o que descobria no campo da psicopatologia. No entanto, independente da linguagem utilizada nesse momento, encontramos ali muitas de suas teses psicanalíticas já bem formuladas. Segue-se ao fragmento anterior a seguinte afirmação: “Tenho de consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente a responsável por isso e não qualquer preferência minha” (FREUD; BREUER, 1895, p.184). Aqui, Freud parece convencido da necessidade de recorrer, na abordagem das psiconeuroses, a outros artifícios que não àqueles disponíveis na neurofisiologia de sua época. Assim, uma inovadora abordagem diante dos fenômenos psiconeuróticos se impõe em função da própria natureza dessas afecções.

O que pode se depreender disso? Freud encontra-se no período da publicação de *Estudos*, envolvido também com a redação do *Projeto*, tentando traduzir as descobertas realizadas a partir dos casos clínicos comunicados no primeiro livro em uma linguagem neuropatológica e neurofisiológica. Entretanto, como Freud mesmo constata, esse linguajar não se adequava de maneira satisfatória aos problemas com os quais se deparava, como a histeria. Em *Estudos*, Freud pôde contar com a descrição dos processos patológicos da histeria e com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, afastando-se dos modos de apresentação de explicações típicas da neurofisiologia e da psiquiatria de sua época, que se restringia à descrição dos sintomas e à sua classificação em quadros de doenças:

A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como as que estamos acostumados a encontrar nas obras dos escritores imaginativos, me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção (FREUD; BREUER, 1895, p.184, grifo nosso).

Em *Estudos*, Freud recorre à outra linguagem que, segundo ele, se assemelha mais a contos literários. Isso poderia despertar a desconfiança dos leitores da época, por estar se afastando da linguagem científica corrente. Haveria, assim, em torno da elaboração do *Projeto* e dos *Estudos*, um conflito entre a necessidade de ajustar-se ao paradigma científico da época e a percepção da insuficiência deste para elucidar os fenômenos das psiconeuroses com as quais se deparava. Sabe-se da insatisfação de Freud com o capítulo teórico de *Estudos* e, diante disso, Gabbi Jr (2003) reconhece que a aposta depositada no *Projeto* é a de dar conta de relações de intencionalidade no quadro de uma psicologia científico-naturalista, ou seja, uma psicologia que toma os seres humanos como objetos naturais submetidos a causas naturais. No entanto, sabemos que Freud abandona a publicação do *Projeto* posteriormente, a

despeito do quanto este despertara suas paixões. Mas, segundo Monzani (1989), praticamente todas as teses contidas no capítulo 7 de *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900) já estavam formuladas no *Projeto* (FREUD, 1950[1895]).

Ao procurar uma linguagem científica para expressar suas investigações, Freud experimentava, simultaneamente, uma linguagem mais próxima da neurofisiologia no *Projeto* e uma linguagem mais próxima da literatura e dos filósofos em *Estudos*. De qualquer forma, termina por criar uma linguagem apropriada para expressar suas descobertas, sem ter de se adequar às exigências neurofisiológicas da época. A metapsicologia e o modelo de aparelho psíquico apresentados em *A interpretação dos sonhos* (1900) permitem que algumas das principais teses formuladas anteriormente no *Projeto* (1950[1895]) e em outros trabalhos do período considerado pré-psicanalítico sejam apresentadas.

Ainda em *Estudos sobre a histeria* (1895), Freud concentra seus esforços na busca de uma etiologia da histeria na história da neurose de suas pacientes. Conflitos emocionais estariam em sua origem:

Os casos clínicos dessa natureza devem ser julgados como psiquiátricos; entretanto, possuem a vantagem sobre estes últimos, a saber: uma ligação íntima entre a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença - uma ligação pela qual ainda procuramos em vão nas biografias das outras psicoses (FREUD; BREUER, 1895, p.184).

Em *Estudos*, já é possível discernir com clareza a premissa freudiana de que produzir sintomas é produzir sinais, levando em conta que tais sintomas têm um sentido, mesmo que este seja oculto e imponha a necessidade de uma tarefa de decifração. Assim, o *Estudos* é um livro que pode ser considerado a ilustração desta tese, por meio da apresentação de um conjunto de casos clínicos que a ela corresponde.

Nos anos que se seguem aos *Estudos*, Freud acredita ter encontrado a etiologia da histeria na ocorrência de abusos sexuais na infância de seus pacientes. Por volta de 1897, ao se deparar com a impossibilidade de sustentar essa hipótese, conhecida como teoria da sedução, Freud viu-se obrigado a abandonar alguns pontos de suas teorias iniciais:

Sob pressão do procedimento técnico que eu usava na época, a maioria dos pacientes reproduzia cenas da infância cujo conteúdo era a sedução sexual por um adulto. Nas mulheres o papel sedutor cabia quase sempre ao pai. Dei crédito a essas comunicações e supus que havia encontrado a fonte da futura neurose nessas vivências de sedução sexual na infância. [...] Quando fui obrigado a reconhecer que tais cenas de sedução não haviam jamais ocorrido, eram apenas fantasias que meus pacientes tinham inventado, que eu próprio talvez lhes havia imposto, fiquei desorientado por algum tempo. A confiança em minha técnica e em seus resultados sofreu um duro golpe; afinal, eu havia chegado àquelas cenas por um procedimento técnico que me parecia correto, e seu conteúdo relacionava-se claramente com os

sintomas que haviam sido o ponto de partida de minha investigação. Tendo me recomposto, tirei da experiência as conclusões corretas: que os sintomas neuróticos não se ligavam diretamente a vivências reais, e sim, a fantasias envolvendo desejos, e que para a neurose a realidade psíquica significava mais que a realidade material (FREUD, 1925, p.113).

Como se sabe, um passo fundamental para a constituição da psicanálise foi a passagem do registro da realidade material, em que ainda se ancorava sua teoria da sedução, para o registro da realidade psíquica. Ao buscar o sentido dos sintomas de suas pacientes histéricas, os achados de Freud indicavam que a formação do sintoma neurótico se devia a uma exposição do paciente a intensos conteúdos sexuais em sua infância. A sedução na infância provocava o registro traumático de uma cena em que a criança era vítima de uma estimulação sexual por parte de um adulto, ao mesmo tempo em que não era capaz maturacionalmente de descarregar a quantidade de excitação gerada por ela. Mais tarde, na puberdade, a lembrança dessa cena adquiria uma conotação desprazerosa e geraria um grande afluxo de excitação sendo, então, reprimida. A quantidade de excitação, sem possibilidade de escoamento pelas vias tradicionais, encontraria na via somática sua possibilidade de descarga sob a forma dos sintomas. Com o tempo, Freud percebe que não havia necessariamente cenas de seduições reais; aquelas se ajustavam mais adequadamente a cenas fantasiadas, ou seja, desejos de seduições. Ao abandonar a teoria da sedução, Freud passa a considerar que não só a realidade material teria um importante impacto sobre a vida psíquica e a formação dos sintomas, mas, também, e principalmente nos casos das psiconeuroses, a realidade imaterial (fantasias) poderia ter impacto tamanho, sendo capaz de gerar uma psicopatologia. Essa constatação foi importante, não apenas por abrir um caminho para compreender mais profundamente a origem das neuroses, mas, sobretudo para, a partir delas, poder efetuar generalizações sobre a constituição e funcionamento da vida psíquica em geral: o sexual não era necessariamente despertado por um adulto, mas já existia na criança desde cedo sob a forma de um desejo de natureza sexual:

Simplesmente a psicanálise teve o destino de começar por interessar-se pelos instintos sexuais, de vez que as neuroses de transferência os tornaram os de mais fácil acesso ao exame, e porque à psicanálise coube a tarefa de estudar aquilo de que outras pessoas haviam descurado (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.354).

Freud partiu dos desejos sexuais infantis das histéricas para alcançar a noção de uma sexualidade infantil presente no desenvolvimento normal e na formação do psiquismo. Foi também nesse contexto que Freud vislumbrou o complexo de Édipo e o papel da repressão na vida psíquica. Isso ilustra como Freud encontra as leis gerais do funcionamento psíquico

partindo da observação e compreensão de uma psicopatologia. Em suma, as psiconeuroses permitiram que Freud formulasse sua primeira teoria do aparelho psíquico.

Nesse período, Freud vislumbrou saídas que lhe permitiram expressar-se de maneira nova, através de uma linguagem psicanalítica, no seu mais importante livro, *A interpretação dos sonhos* – período esse que sucedeu aquele do auge de suas preocupações, na medida em que ele investira incansavelmente na busca de fatos materiais para sustentar suas teorias iniciais e, ao não encontrá-los, acabou por realizar a descoberta da realidade psíquica e dos impactos que esta poderia ter no seu funcionamento. E o que se apresentava para ele como sendo fundamental no psiquismo, era a dimensão da realidade psíquica, das fantasias inconscientes e dos fatos imateriais. Freud já percebia isso há tempos, mas só agora de maneira mais clara, e encontrava uma linguagem científica com a qual podia expressar seus achados: a psicanálise e sua metapsicologia – o aparato teórico que surgia das generalizações dos processos psíquicos das neuroses. Segundo vimos anteriormente, “uma descrição pormenorizada dos processos mentais [...] permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção [a histeria]” (FREUD; BREUER, 1895, p.184). Freud forja a noção de conflito psíquico para explicar a origem dos fenômenos das neuroses, e estende suas descobertas ao funcionamento geral do psiquismo através de sua técnica de interpretação dos sonhos.

Esses achados abriram um caminho inteiramente novo, e consistiram em uma descoberta muito mais importante e original do que aquelas em que Freud apostava suas fichas até então. Voltando sua atenção para uma psicopatologia como a histeria, ele percebeu a presença de elementos que não existiam somente nesse distúrbio nervoso. Realidade psíquica e fantasias não eram atuantes apenas na mente das histéricas: eram aspectos universais que compunham e tinham um papel relevante na vida psíquica de todo ser humano. É nesse processo que Freud encontra meios para definir um campo de estudos fundamentalmente psicológico, voltado para o aparelho psíquico e para seus processos inconscientes. Em 2 abril de 1896, Freud escreve:

Quando jovem, eu não conhecia nenhum outro anseio senão o de conhecimentos filosóficos, e agora estou prestes a realizá-lo, à medida que vou passando da medicina para a psicologia. Tornei-me terapeuta contra minha vontade; estou convencido de que, dadas certas condições relativas à pessoa e ao caso, posso definitivamente curar a histeria e a neurose obsessiva (in MASSON, 1986, p.181).

Vemos, com isso, que em seu trabalho clínico, Freud aliou sua experiência adquirida como médico, fisiologista e neurologista à produção de conhecimento nos registros

psicopatológicos e psicológicos e, desse modo, estabeleceu um campo epistemológico digno da criação de uma disciplina científica. Em primeiro lugar, havia em Freud um profundo interesse não apenas em desenvolver técnicas de tratamentos para seus pacientes neuróticos. Com sua disposição de pesquisador, desenvolvida originalmente em suas pesquisas iniciais sob orientação de Brücke, Freud procurava formular explicações para a etiologia das afecções com as quais se deparava. Tal interesse fazia com que considerasse cada novo caso que recebia em seu consultório como uma fonte de pesquisa em potencial. Desse ponto de vista, cada paciente poderia levar a uma possível descoberta científica, ou seja, poderia trazer elucidações e respostas para suas investigações. Em segundo lugar, considerando sua formação como médico e neurologista, cujo interesse recaía na busca de cura para as neuroses, Freud se interessou pelo tratamento das doenças de fundo psicogênico:

Tenho quase certeza de haver solucionado os enigmas da histeria e da neurose obsessiva com as fórmulas do choque sexual e do prazer sexual infantil, e estou igualmente certo de que as duas neuroses são, *em geral*, curáveis – não apenas os sintomas isolados, mas a própria disposição neurótica. Isso me dá uma espécie de alegria pálida – por não ter vivido cerca de quarenta anos inteiramente em vão –, mas não uma satisfação genuína, porque o hiato psicológico nesse novo conhecimento reclama a totalidade de meu interesse (FREUD, 16-10-1895, in MASSON, 1986, p.146).

Quando Freud se interessou pelo tratamento das psicopatologias, deparou-se com a falta de técnicas: a medicina não dispunha de meios para tratá-las adequadamente de forma científica, pois aquelas desafiavam todos os suportes epistemológicos que lhe davam o status de uma ciência de fato. Conforme mostramos, Freud percebia a impossibilidade de abordar as neuroses pela medicina da época e se viu impelido a desenvolver um método de tratamento para as histéricas que pudesse ser considerado efetivo. É já muito conhecido o caminho da técnica de tratamento psicanalítica, que partiu da hipnose, passou pela sugestão e se efetivou com a associação livre e a análise da transferência. Assim, a cura das neuroses tornou-se um objetivo incansavelmente perseguido, ainda que, em muitos momentos, Freud se queixasse do enfadonho exercício da clínica cotidiana (MASSON, 1986). Nota-se, em suas correspondências, ou mesmo em seus livros, que o sucesso no tratamento sempre foi uma preocupação constante. Ao mesmo tempo, a busca de técnicas de tratamentos para a cura das neuroses está intimamente ligada ao desenvolvimento de pesquisas científicas para fundamentar sua prática. Portanto, com a psicanálise se constitui uma disciplina de dupla vertente, contribuindo para o enriquecimento de dois campos, que até o momento eram tratados de forma distinta: de um lado a psicopatologia, que se voltava para a compreensão das afecções mentais e, de outro, a psicologia científica da época, muito mais próxima da

fisiologia e, com isso, mais centrada no estudo dos processos psicológicos básicos presentes no funcionamento normal. Referindo-se aos primórdios do período psicanalítico, Freud afirma:

Até então, a psicanálise se ocupara apenas da decifração de fenômenos patológicos e muitas vezes tivera que formular, para sua explicação, hipóteses cujo alcance não era proporcional à importância do material tratado. Mas o sonho, que ela abordou naquele momento, não era um sintoma doentio, era um fenômeno da vida psíquica normal, podia ocorrer em qualquer pessoa sadia. Se o sonho é construído como um sintoma, se a sua explicação requer as mesmas hipóteses, as da repressão de impulsos instintuais, da formação substituta e de compromisso, dos diferentes sistemas psíquicos para situar o consciente e o inconsciente, então a psicanálise não é mais uma ciência auxiliar da psicopatologia, é antes o começo de uma nova e aprofundada ciência da mente, que também para a compreensão do normal se tornará indispensável. Seus pressupostos e resultados podem ser transferidos para outros âmbitos do funcionamento psíquico; acha-se aberto o caminho para o mundo, para o interesse universal. (FREUD, 1925, p.131-132).

Vimos que Freud parte do campo da psicopatologia, e acaba encontrando neste uma via de acesso aos processos psíquicos normais, por meio da compreensão da função dos sonhos. A relação entre o sonho e o sintoma toca em um ponto caríssimo à psicanálise: o sonho é constituído de maneira muito próxima do sintoma, de modo que o trabalho de formação dos sonhos permite elucidar o trabalho de formação dos sintomas. O sonho é uma formação que visa a proteger o sono, ao mesmo tempo em que permite a realização de um desejo inconsciente e reprimido, o qual encontra uma forma de satisfação pela via das formações oníricas. O sintoma também permite a “realização” de um desejo inconsciente e reprimido, com a diferença de que suas consequências não são inócuas como as do sonho. Para Freud, o sintoma consiste em um derivado distorcido da realização de desejo inconsciente que, por meio de uma formação de compromisso, representa um acordo entre as exigências defensivas da censura pré-consciente e as exigências do desejo inconsciente. Assim, o sonho e o sintoma representam processos psíquicos básicos que atendem às necessidades de organização do psiquismo.

A psicanálise está firmemente alicerçada na observação dos fatos da vida mental e por essa mesma razão sua superestrutura teórica ainda está incompleta e sujeita a constante alteração. Em segundo lugar, não existe motivo para surpresa que a psicanálise, que originalmente nada mais era que uma tentativa de explicar os fenômenos mentais patológicos, deva ter-se desenvolvido numa psicologia da vida mental normal. A justificativa disso surgiu com a descoberta de que os sonhos e os erros [‘parapraxias’, tais como lapsos de linguagem etc.] de homens normais têm o mesmo mecanismo que os sintomas neuróticos (FREUD, 1926, p.256).

Dessa forma, identifica-se que há, na teoria freudiana, uma grande preocupação em desenvolver teorias amplas o suficiente para compreender o funcionamento universal do

psiquismo, a chamada psicologia do aparelho psíquico. Como vimos no início deste capítulo, para Freud era “impossível ter uma concepção geral satisfatória dos distúrbios neuropsicóticos se não puder vinculá-la com pressupostos claros sobre os processos mentais normais” e, com isso, “extrair da psicopatologia um lucro para a psicologia normal” (FREUD, 25-05-1895 in MASSON, 1986, p.130). E talvez aqui também reencontremos raízes de sua formação médica como neurologista, cujas bases epistemológicas só se tornam realmente aceitas e válidas como um saber científico quando são estendidas até o funcionamento normal de um órgão. Não basta compreender as raízes de uma doença no fígado, por exemplo, se não se compreende como o fígado se comporta em seu estado normal e quais são as alterações ocasionadas pela patologia em questão. E foi talvez essa a maior fonte de angústia e inspiração que acompanhou Freud nos anos de 1890: a intenção de alcançar as explicações gerais do funcionamento e da formação da mente, isto é, desenvolver uma verdadeira “psicologia”. Tal anseio se realizou pouco a pouco ao longo do desenvolvimento da psicanálise, sendo possibilitado inicialmente pelo estudo das psiconeuroses, que levarão à primeira tópica e à teoria da sexualidade, e mais tarde sendo permitido também pelo estudo das psicoses e da melancolia, que conduzem às formulações da segunda tópica do aparelho psíquico e da psicologia do ego³⁹.

Além disso, é preciso considerar que Freud experimentava em si próprio o que descobria nas análises de seus pacientes, ou seja, ele próprio se tornava objeto de investigação e análise para avançar em suas incursões no campo das neuroses. Freud sofria de inúmeros sintomas nessa época, como dores fortes de cabeça, oscilações de humor, alterações da frequência cardíaca, entre outros. Em alguns momentos, Freud chegou mesmo a se considerar depressivo ou histérico. Assim, no período que se seguiu à morte de seu pai, Freud exercia a tão conhecida autoanálise e, com isso, experimentava em si próprio o que descobria nos atendimentos de seus pacientes. O famoso *Sonho da Injeção de Irma*, que ocorreu no verão de 1895, após exaustivas análises, ajudou Freud a compreender o enigma dos sonhos, isto é, que os sonhos são a realização de desejos. Também a reação à morte de seu pai desencadeou em Freud um profundo sofrimento, levando-o a comprometer-se seriamente com sua autoanálise para entender a origem de seus sintomas e de sua neurose. Portanto, de certa forma, A

³⁹ Freud (1933[1932], p.193) costumava opor a expressão psicologia do ego à psicologia da neurose, utilizando a primeira para se referir à teoria geral do aparelho psíquico, cujo funcionamento era compreendido a partir das neuroses narcísicas, enquanto a segunda era utilizada para referir-se ao campo da teoria da psicosexualidade, deduzida a partir das neuroses de transferência.

Interpretação dos sonhos pode ser compreendida como fruto da elaboração da morte de seu pai:

Pois este livro tem para mim, pessoalmente, outra importância subjetiva – uma importância que só aprendi após tê-lo concluído. Ele foi, como verifiquei, parte de minha própria auto-análise, minha reação à morte de meu pai – isto é, ao evento mais importante, à perda mais pungente da vida de um homem (FREUD, 1900, p.32).

Temos, assim, o Freud que buscava a cura das neuroses, o Freud que procurava incansavelmente a causa destas, o Freud que buscava desenvolver uma psicologia geral e o Freud empenhado em sua autoanálise; todos esses, juntos, levam à criação da psicanálise e de uma inovadora maneira de se abordar as chamadas psicologia e psicopatologias – a primeira entendida como versando sobre os processos psíquicos normais e a segunda consistindo em explicações a respeito das psiconeuroses e das psicoses. Finalmente, Freud (1923a, p.274) afirma que *psicanálise* é um termo que se refere a (1) “procedimento para a investigação de processos psíquicos que de outro modo são dificilmente acessíveis”; (2) “um método de tratamento de distúrbios neuróticos, baseado nessa investigação”; e (3) “uma série de conhecimentos psicológicos adquiridos dessa forma, que gradualmente passam a constituir uma nova disciplina científica”. Diante disso, é possível perceber um pressuposto básico da teoria freudiana: a neurose como caminho para a compreensão dos processos psíquicos universais. A própria psicanálise se define primeiramente por um procedimento de investigação particular a que Freud chegou, em sua busca pela compreensão do funcionamento psíquico universal. Vimos que Freud procurou desenvolver procedimentos que lhe possibilitassem, ao mesmo tempo, conjugar a compreensão dos processos psíquicos que subjaziam às psiconeuroses e ao funcionamento normal. Vimos, também, que Freud considerava imprescindível articular o que encontrava na observação das psiconeuroses com a psicologia, a fim de validar suas descobertas.

Já em 1890, em *Tratamento Psíquico (ou anímico)*, Freud (1905 [1890], p.274) afirmava: “Só depois de estudar o patológico é que se compreende a normalidade”. Assim, ao tratar as neuroses, Freud estava, ao mesmo tempo, constituindo uma nova abordagem de pesquisa da vida psíquica, um método de tratamento cujos meios para tanto precisavam ser desenvolvidos, e uma nova disciplina científica.

É que existe uma classe de seres humanos a quem, não um deus, mas uma deusa severa – a Necessidade – delegou a tarefa de revelar aquilo de que sofrem e aquilo que lhes dá felicidade. São as vítimas de doenças nervosas, obrigadas a revelar suas fantasias, entre outras coisas, ao médico por quem esperam ser curadas através de tratamento mental. É esta nossa melhor fonte de conhecimento, e desde então

sentimo-nos justificados em supor que os nossos pacientes nada nos revelam que não possamos também ouvir de pessoas saudáveis (FREUD, 1908[1907], p.137).

Desde cedo, baseando-se no método da cura pela fala, Freud considerava que, através dos relatos dos pacientes sobre suas fantasias, seus desejos e seus sonhos, ele alcançaria a compreensão dos distúrbios psíquicos. O estudo da psicopatologia também poderia fornecer, por sua vez, a compreensão sobre o funcionamento psíquico normal (a psicologia), ou seja, o não patológico. Assim, Freud leva em conta que o conteúdo das revelações de seus pacientes não seria particular a determinados estados patológicos, mas poderiam estar presentes em pessoas saudáveis. Frente a isso, Freud parece considerar que, entre os estados normais e os patológicos, teríamos elementos comuns. Assim, afirma que, além de ser possível compreender o funcionamento normal por meio do patológico, o limite entre estes dois estados é tênue:

Mas o limite entre o que se descreve como estado mental normal e como patológico é tão convencional e tão variável, que é provável que cada um de nós o transponha muitas vezes no decurso de um dia. Por outro lado, a psiquiatria estaria cometendo um erro se tentasse restringir-se permanentemente ao estudo das graves e sombrias doenças decorrentes de severos danos sofridos pelo delicado aparelho da mente. Desvios da saúde mais leves e suscetíveis de correção, que hoje podemos atribuir apenas a perturbações na interação de forças mentais, atraem igualmente seu interesse. Na verdade, só através deles é que se pode chegar à compreensão dos estados normais, assim como dos fenômenos das doenças graves (FREUD, 1907[1906]).

Freud considera as psiconeuroses como desvios de saúde mais leves, um estado intermediário entre a normal e as psicoses, estas últimas enquanto graves doenças mentais que na época já se supunha serem de bases orgânicas. Freud parecia ter uma preocupação em definir seu campo de ação nas neuroses, estados que são o resultado de perturbações na interação entre as forças psíquicas e que, além de serem suscetíveis de tratamento através da análise, servem como informantes sobre o funcionamento psíquico normal e o daqueles presentes nos estados mais graves. Tratava-se de compreender e explicitar a interação das forças psíquicas e suas perturbações para se chegar às explicações requeridas acerca do funcionamento psíquico. Mais especificamente, a tarefa de Freud consistia em um trabalho de decifração do sintoma e dos elementos que levavam à sua formação a partir de sua prática clínica. Segundo Monzani (1989), toda a articulação de teses que aparece primeiramente no *Projeto* e mais tarde em *A interpretação*, está diretamente vinculada à prática clínica original de Freud, a qual resulta em uma forma particular e inaugural de abordar os fenômenos clínicos. A tarefa de Freud estava “alicerçada numa nova prática clínica e, sobretudo, centralizada na observação e tentativa de decifração de certos fatos patológicos considerados

fundamentais para o esclarecimento de nossas estruturas psicológicas” (MONZANI, 1989, p.100). O autor assinala que há, em geral, uma tendência em esquecer que Freud era, antes de tudo, um clínico, e que a necessidade de levar em conta os fatos quantitativos e energéticos na estruturação do seu discurso teórico não residia apenas na exigência do esquema positivista de sua formação, mas, sobretudo, no resultado de inumeráveis constatações clínicas na quais esse fator se impunha com tal peso que era impossível deixá-lo de lado. Com isso, o fator econômico, tão caro à Freud, não consistiu em uma tentativa de aplicação de uma grade aos fenômenos patológicos que procurava decifrar, mas talvez “tenha sido a tentativa de decifração desses fenômenos que o levou a sustentar esse ponto de vista” (MONZANI, 1989, p.101).

Desde seu estudo sobre as afasias, em 1891, já é possível identificar em Freud a tese de que o patológico é a via privilegiada de observação e compreensão dos fenômenos psicológicos. Isso era possível porque os elementos constitutivos dos fenômenos patológicos se apresentam separados, permitindo uma total visibilidade de suas relações de exterioridade. Já a normalidade torna difícil, ou mesmo impossível, a observação de seus elementos, em função destes formarem unidades, sínteses ou amálgamas. Isso pode ser observado, por exemplo, no papel que as representações superintensas desempenham na vida psíquica, as quais só se tornam realmente nítidas nos casos de histeria e compulsão. Assim, os fenômenos psicopatológicos, tomados como deformações dos processos psíquicos, constituem um domínio privilegiado de análise. Essa tese não consiste em considerar que o patológico seja o fundamento de processos normais, mas antes disto, entende-se que uma concepção satisfatória dos fenômenos patológicos só é possível se forem ligadas a suposições sobre os processos psíquicos normais (GABBI JR., 2003). Esse princípio de patologia geral acompanhou Freud por todo o seu percurso, da criação à consolidação do edifício psicanalítico. Meltzer (1989, p.26) também destaca que a psicopatologia para Freud se tornou a via de entrada para os processos da mente. Ressaltando a importância desse método, Monzani (1989, p.100) considera-o como “uma das maiores originalidades de Freud, ou seja, usar o material patológico para esclarecer a psicologia normal”. No entanto, essa forma de abordar a patologia não é evidentemente uma originalidade freudiana. Trata-se de uma apropriação do *princípio de Broussais*, muito em voga no campo da medicina de sua época. Tal expressão foi cunhada por Augusto Comte para designar, em sua doutrina, que o interesse deve partir do patológico para o normal, com a finalidade de determinar especulativamente as leis que regem este último. Segundo Canguilhem (2002, p.28), Comte afirmava que as doenças nada mais eram do que “os efeitos de simples mudanças de intensidade na ação dos estimulantes

indispensáveis à conservação da saúde”⁴⁰. Segundo o princípio de Broussais, as patologias demonstram alterações quantitativas da excitação dos tecidos, que estariam sempre abaixo ou acima do grau encontrado nos fenômenos normais. Dentro dessa abordagem, a excitação torna-se um fator vital primordial, na medida em que o indivíduo só existe em função da excitação que incide sobre seus órgãos, a partir dos meios nos quais é obrigado a viver. Tal conceito foi exaustivamente aplicado à medicina do século XIX e difundido pelo fisiologista francês Claude Bernard. Frente a isso, o distúrbio de um mecanismo normal seria uma variação quantitativa, um exagero ou atenuação dos fenômenos normais (CANGUILHEM, 2002).

Com a formulação freudiana de um novo modelo de psiquismo – provindo não só de elaborações teóricas dedutivas, mas da observação das psicopatologias a partir da prática clínica –, constituiu-se uma maneira particular de se compreender a vida psíquica normal e patológica. O psicopatológico passa a estar contido na vida psíquica normal: o distúrbio seria como uma fissura no mecanismo do psiquismo normal, a que todos estão sujeitos, revelando um funcionamento antes encoberto pela normalidade. Freud emprega a noção de que a psicopatologia se constitui de processos psíquicos análogos aos normais, que por diversos motivos estariam aumentados, exagerados, perturbados ou desestabilizados.

Este princípio de pesquisa da vida mental a partir do patológico é ilustrado magistralmente pela imagem do cristal que se parte e revela suas articulações e estruturas que ali já existiam, mas que só puderam ser conhecidas e compreendidas porque se romperam – pois, ao se partir, o cristal não o faz ao acaso, mas em suas estruturas pré-determinadas.

Por outro lado, achamo-nos familiarizados com a noção de que a patologia, na medida em que aumenta e torna mais grosseiro, pode chamar atenção para condições normais que de outra maneira não perceberíamos. Ali onde ela mostra uma ruptura ou uma fenda pode haver normalmente uma articulação. Se lançamos um cristal ao chão, ele se quebra, mas não arbitrariamente; ele se parte conforme suas linhas de separação, em fragmentos cuja delimitação, embora invisível, é determinada pela estrutura do cristal. Os doentes mentais são estruturas assim, fendidas e despedaçadas. [...] Eles deram as costas à realidade externa, mas justamente por causa disso sabem mais da realidade interna, psíquica, e podem nos revelar coisas que de outro modo nos seriam inacessíveis. [...] Os fatos da patologia dão a nossos esforços um pano de fundo que vocês buscariam em vão na psicologia popular (FREUD, 1933[1932], p.195-197).

Nesse sentido, a formação psíquica se organiza de modo a conter a psicopatologia, que pode vir a se manifestar mediante sobrecarga do aparelho devido às frustrações que

⁴⁰ A aplicação do princípio de Broussais à clínica médica foi bastante criticada por Canguilhem em sua obra *O normal e o patológico*.

impossibilitam vias de satisfação de alcançarem sua descarga; a formação patológica não se fará ao acaso, mas de acordo com leis e tendências gerais do funcionamento psíquico, considerando a história do desenvolvimento de cada indivíduo em particular. Freud encontra, assim, uma maneira de considerar as leis universais que regem o funcionamento psíquico, atendendo às exigências para a constituição de uma disciplina científica, ao mesmo tempo em que considera os aspectos particulares que caracterizam cada indivíduo, por meio da história singular de seu desenvolvimento psíquico.

Segundo Hornstein, não se trata apenas do patológico explicar o normal, mas também o inverso. Há, na verdade, um intercâmbio constante entre o normal e o patológico no desenvolvimento da teoria freudiana:

Há uma falsa oposição sempre presente no pensamento freudiano, a da falsa oposição normal-patológico com a qual ele quer romper. Freud dirá em *Psicopatologia da vida cotidiana* que todos somos um pouco neuróticos, e que não há diferença essencial entre o sujeito que tem sintomas e aquele que só tem *lapses*, ou que só tem sonhos, já que, em última instância tudo dependerá do tipo de transações que cada sujeito realize entre seus desejos inconscientes, as exigências de seus sistemas ideais e as possibilidades que tem de articular na realidade essas exigências contraditórias. É assim que Freud utiliza permanentemente a passagem do normal ao patológico como uma forma de compreender seja um fenômeno, seja o outro (HORNSTEIN, 1989, p.105).

Partindo da comparação, agora invertida, do normal para o patológico, Freud pode, por exemplo, partir do luto para elucidar a melancolia, ou ainda, partir do modelo do trabalho do sonho para a compreensão da alucinação nos estados narcísicos: “depois que o sonho nos serviu como modelo normal dos distúrbios narcísicos, façamos a tentativa de elucidar a natureza da melancolia, comparando-a com o afeto normal do luto” (FREUD, 1917[1915], p.171). Há, portanto, uma relação entre os diversos fenômenos e os processos psíquicos que lhes subjazem, de forma que Freud procura sempre tomar o caminho de acesso ao estudo da vida psíquica, comparando as suas formações correlatas (como, por exemplo, o sonho e a alucinação, o luto e a melancolia) que, com isso, permitem o seu esclarecimento mútuo. Assim, formação do sintoma e formação dos sonhos se esclarecem simultaneamente: quanto mais se compreende um, mais se esclarece o outro. É esse procedimento que Freud (1917[1915]) adota no artigo *Luto e melancolia*. O texto é todo concebido nesse movimento; à medida que se esclarece um ponto da melancolia a partir de sua comparação com o que se sabia sobre o luto, Freud realiza novas hipóteses sobre o trabalho efetuado por este último. Há que se considerar, ainda, que, ao observar aspectos do funcionamento psíquico da melancolia, Freud compreendeu não só o luto, mas processos psíquicos que serão mais tarde tomados como gerais, como, por exemplo, o da identificação. Isso nos leva à constatação de que

muitos dos processos psíquicos em predominância nos estados psicopatológicos correspondem a processos psíquicos infantis, dos primeiros anos de vida – de modo que, na teoria freudiana, a psicopatologia representa o retorno, pela via da regressão, a modos de funcionamentos arcaicos em que o sujeito esteja fixado e que passam a predominar no aparelho psíquico. O que conduz à regressão é um conflito causado pela frustração que impede a satisfação dos instintos. Tal conflito representa um desequilíbrio psíquico, mais exatamente, um acúmulo de excitação que procurará sua satisfação pela via regressiva. O sintoma é resultado de um trabalho psíquico que decorre em uma formação de compromisso, permitindo, assim, a satisfação das excitações de maneira deformada, ao mesmo tempo em que obedece aos impedimentos originais de descarga.

Sob essa perspectiva freudiana, é preciso considerar a existência de elementos comuns na vida psíquica entre as condições normais e patológicas⁴¹. Muitos dos conceitos mais sólidos da psicanálise são oriundos da compreensão dos estados patológicos. A psicopatologia revela a articulação e o funcionamento da mente, denunciando elementos que, em seu funcionamento normal e cotidiano, não poderiam ser percebidos e compreendidos; assim, a psicanálise é, segundo Freud, mais que uma ciência psicopatológica. Foi assim com a histeria, condição que revelou à Freud a existência de uma realidade psíquica. Como vimos, parte do modelo de mente normal desenvolvido na *Interpretação dos sonhos* (1900) foi concebido e postulado a partir da clínica das histéricas. Do mesmo modo, a dificuldade com as chamadas neuroses narcísicas nos anos de 1910-15 – psicoses, paranoias e melancolias – levou Freud a admitir a existência de um narcisismo no psiquismo normal, como fase do desenvolvimento (narcisismo primário) e como funcionamento psíquico (narcisismo secundário). Foi também a clínica das psicopatologias narcísicas que o permitiu formular a noção de ego.

⁴¹ Klein (1940; 1946), por exemplo, postulou a presença de um funcionamento psíquico de natureza psicótica logo nos primeiros meses de vida do bebê, nos quais a mente estaria desintegrada. Esse funcionamento operaria normalmente no início da vida de todo ser humano, e estaria na base de toda manifestação psicótica posterior. Ao grupo de traços e defesas que caracterizariam tal funcionamento psicótico, Klein denominou de posição esquizo-paranóide. Segundo ela, há um processo de integração que se segue a essa posição, dando lugar a uma posição depressiva no desenvolvimento normal. Por volta dos seis meses de idade, o bebê entraria em um funcionamento mental mais integrado e, conseqüentemente, perceberia a separação e a ausência de seus objetos de amor. Isso faria com que ele vivesse um processo depressivo normal, permeado por sentimentos de culpa e reparação. Os lutos vivenciados nas situações de perda ao longo da vida do sujeito estariam relacionados à elaboração da posição depressiva. A nosso ver, esse exemplo mostra uma compreensão da vida psíquica que segue o método de Freud e admite a existência de elementos, traços e funcionamentos considerados psicopatológicos na dinâmica psíquica normal, ainda que ocultos ou pouco operantes.

2.3 Das neuroses de transferências às neuroses narcísicas

Conforme procuramos mostrar, Freud realizava, com frequência, generalizações sobre o funcionamento psíquico a partir do estudo das patologias, pois, para ele, os estados patológicos tornavam mais evidentes aspectos da vida psíquica que, em sua normalidade, permaneciam obscurecidos. Dessa maneira, tornou-se amplamente reconhecido o papel desempenhado pela histeria na origem da teoria freudiana, no final do século XIX. Pudemos constatar que esse fenômeno clínico se fez emblemático da origem da psicanálise, tendo permitido a compreensão profunda do aparelho psíquico e as formulações que resultaram na primeira tópica apresentada na *Interpretação dos Sonhos* (FREUD, 1900) e na teoria da sexualidade infantil (FREUD, 1905). Não seria equivocada afirmar que Freud, por meio do tratamento e da pesquisa da histeria, ou mais exatamente, a partir da decifração da formação do sintoma histérico, formulou explicações sobre o funcionamento da mente em geral. Logicamente, outras formas clínicas também contribuíram para tal fato, como a neurose obsessiva, que ocupou um lugar considerável nesse período inicial, formando, ao lado da histeria de conversão e de angústia, um grupo intitulado de *neuroses de transferência*. Os sintomas dessa classe de psiconeuroses são expressão de um conflito psíquico, caracterizados pela regressão a pontos de fixação presentes nas etapas do desenvolvimento psicosssexual. Elas são assim denominadas, neuroses de transferência, por conta da possibilidade de repetirem, na transferência com o analista, os seus conflitos infantis em relação aos quais permaneceram fixados. No decorrer do tratamento analítico, a neurose clínica transforma-se em uma neurose de transferência em relação ao analista, cuja elucidação pode levar à descoberta da neurose infantil (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998). E esse foi o caminho percorrido por Freud ao longo do desenvolvimento da psicanálise. Ao analisar os casos de neurose de transferência, foi levado a descobrir os elementos que constituem a neurose infantil que estavam na base dos sintomas atuais. O desenvolvimento da libido e sua base sexual foram compreendidos em meio às neuroses de transferência, em função do esforço para desvelar sua etiologia. A própria ideia de inconsciente e a primeira tópica, bem como a sexualidade infantil e as fases da evolução da libido são resultado do trabalho com essas neuroses.

Já no período que antecede a segunda tópica, Freud permanece envolvido com outro fenômeno clínico que se opõe às neuroses de transferência: as neuroses narcísicas, que até o início dos anos vinte, vão compreender a esquizofrenia, a melancolia e a paranoia e, mais tarde, corresponderão somente à melancolia. O fenômeno clínico da neurose narcísica é caracterizado principalmente pela retirada da libido para o ego, daí seu nome, que quer dizer

regressão ao narcisismo – investimento da libido no próprio ego. As consequências clínicas desta retirada acarretam um problema de ordem técnica: por serem caracterizadas pela retirada da libido do mundo externo e seu investimento no próprio ego, as neuroses narcísicas foram caracterizadas como impossibilitadas em estabelecer transferência libidinal com o analista. E, finalmente, se a transferência é definida por Freud (1912) como aquela que possibilita o tratamento analítico por meio de sua instalação e análise na relação com o analista, sua não ocorrência traz um impedimento técnico da realização do trabalho analítico. Por não estabelecerem relação transferencial, as neuroses narcísicas permaneceriam inacessíveis à psicanálise.

Dificuldades especiais me parecem impedir um estudo direto do narcisismo. O principal acesso a ele continuará sendo provavelmente o estudo das parafrenias. Assim como as neuroses de transferência nos possibilitaram rastrear os impulsos instintuais libidinais, a *dementia praecox* e a paranoia nos permitirão entender a psicologia do Eu. Mais uma vez teremos que descobrir, a partir dos exageros e distorções do patológico, o que é aparentemente simples no normal (FREUD, 1914, p.25).

No entanto, ao mesmo tempo e contraditoriamente, por mais que elas fossem consideradas inacessíveis ao tratamento psicanalítico, não deixaram de desempenhar um papel de grande contribuição para a compreensão de determinados aspectos da formação e funcionamento do aparelho psíquico. Embora Freud considerasse sua abordagem pela técnica psicanalítica disponível de difícil realização, não a considerava impossível:

As neuroses narcísicas dificilmente podem ser acometidas mediante a técnica que nos foi de utilidade nas neuroses de transferência. [...] Com elas [as neuroses narcísicas], o que sempre acontece é, após avançarmos uma curta distância, depararmos com um muro que nos força a parar. Nas neuroses de transferência, como sabem, também nos defrontamos com barreiras de resistência, mas conseguimos demoli-las, parte por parte. Nas neuroses narcísicas, a resistência é intransponível; quando muito, *somos capazes de lançar um olhar perscrutador por cima do topo do muro e divisar o que se está passando no outro lado. [...] provisoriamente compete-nos interpretar essas observações com o auxílio da compreensão que adquirimos com os sintomas das neuroses de transferência* (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.423-424, grifo nosso).

Essa afirmação nos evidencia dois pontos em relação à teoria freudiana da melancolia e à sua abordagem das neuroses narcísicas. Em primeiro lugar, Freud esclarece que, embora a técnica psicanalítica ainda não produza um resultado efetivo no trabalho realizado com as neuroses narcísicas, é possível, por meio da observação destes estados, compreender seus aspectos psicológicos. Em segundo lugar, Freud indica que tal compreensão deve acontecer a partir das proposições teóricas formuladas por meio do trabalho com as neuroses de transferência. E, segundo nosso ponto de vista, foi este o caminho tomado por Freud para

abordar o problema das neuroses narcísicas: aplicando o modelo etiológico, já estabelecido a partir das neuroses de transferência.

Foi por volta de 1908 e 1910 que o interesse de Freud e seus discípulos pelas neuroses narcísicas cresceu consideravelmente. É também nesse período que ocorre a formulação do conceito de narcisismo, o qual permite a Freud lançar um olhar mais interessado para as neuroses narcísicas e formular uma série de construções teóricas sobre sua etiologia e psicodinâmica. Podemos mencionar apenas dois importantes exemplos, como o da paranóia, em 1911, no *Caso Schreber*, e o da melancolia, em 1917, no artigo *Luto e melancolia*. Nessa época, que recobre os anos de 1910 a 1919, Freud insistia na oposição entre duas classes de instintos, os sexuais e os de autoconservação ou do ego – em outros termos, as energias instintuais que refletem tal oposição, a libido, enquanto representante do primeiro e o interesse, enquanto representante do segundo. Em *Os instintos e seus destinos*, Freud (1915) trata a diferenciação dos instintos:

Sugeri a diferenciação de dois grupos desses instintos primordiais, os *instintos do Eu*, ou de *autoconservação*, e os instintos sexuais. [...] O motivo para essa proposição resultou do desenvolvimento histórico da psicanálise, que teve como primeiro objeto as psiconeuroses, mais precisamente aquelas denominadas ‘neuroses de transferência’ (histeria e neurose obsessiva), e por meio delas chegou à compreensão de que um conflito entre as exigências da sexualidade e as do Eu se encontra na raiz de cada uma dessas afecções. É possível, porém, que um estudo aprofundado das outras afecções neuróticas (sobretudo das psiconeuroses narcísicas, as esquizofrenias) leve a uma mudança dessa fórmula, e com isso a uma outra classificação dos instintos primordiais (FREUD, 1915, p. 61).

Conforme apontamos anteriormente, as neuroses de transferência consistiam para Freud em reveladoras dos instintos sexuais e da constituição da libido. Enquanto que, por outro lado, as neuroses narcísicas, embora ainda pouco compreendidas, prometiam ser as reveladoras da evolução dos instintos de autoconservação e da constituição do ego. Assim, nesse período, que se segue à formulação do conceito de narcisismo em 1909, Freud começa a adotar em seus trabalhos, com muito mais interesse, as neuroses narcísicas, e anuncia a sua importância enquanto reveladoras da formação do ego e da evolução dos instintos a ele pertencentes.

Com a extensão da psicanálise às outras afecções neuróticas, também o nosso conhecimento dos instintos do Eu encontrará fundamentos, embora seja temerário esperar condições de observação igualmente favoráveis nesse novo âmbito de pesquisa (FREUD, 1915, p.63).

E são, entre outros fatores, as neuroses narcísicas que levarão Freud à formulação da segunda tópica, em analogia ao papel conferido às neuroses de transferência na primeira

tópica. É o que nos indica um fragmento em que Freud reúne suas indicações para a abordagem das neuroses narcísicas, e as contribuições que tal abordagem traria à psicanálise. Freud procura indicar que a compreensão do narcisismo não pode ocorrer por outra via que aquela da observação direta dos estados narcísicos, formações patológicas que poderiam evidenciar as relações normais desse aspecto do aparelho psíquico:

Porque nos aventuramos a trabalhar com o conceito de libido do ego, as neuroses narcísicas se nos tornaram acessíveis: a tarefa que nos espera é chegar a uma elucidação dinâmica desses distúrbios e, ao mesmo tempo, completar nosso conhecimento da vida mental, conseguindo compreender o ego. A psicologia do ego, que andamos investigando, não deve basear-se nos dados de nossas autopercepções, mas sim (como no caso da libido) na análise dos distúrbios e nas rupturas do ego. É provável que, quando tivermos conseguido realizar essa tarefa maior, teremos uma opinião modesta de nosso presente conhecimento das vicissitudes da libido, que adquirimos no estudo das neuroses de transferência (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.423).

Assim, seu interesse por tal fenômeno pode ter contribuído de forma particular aos desenvolvimentos fundamentais que vão do narcisismo, em 1914, ao livro sobre o ego e o id, em 1923. O quadro clínico da melancolia, em particular, pode ser destacado, em meio ao grupo das neuroses narcísicas, como um dos fenômenos que ocupou um lugar, entre 1910 e 1923, análogo ao ocupado pela histeria no final do século XIX, conforme afirma Parmentier:

[...] estas neuroses narcísicas são inacessíveis a transferência, segundo Freud, e esta inacessibilidade encontra sua explicação no que Freud chamou de 'muro' do narcisismo. Assim, na 26ª conferência de *Introdução a psicanálise*, '*Die libidotheorie und der Narzissmus*', Freud escreve: 'Nas neuroses narcísicas, a resistência é intransponível; nós podemos, quando muito, lançar um olhar de curioso por cima do muro, para espiar o que se passa do outro lado'. Esta dificuldade não impede Freud de continuar a exploração do funcionamento do aparelho psíquico a partir dos anos 1915, justamente graças as neuroses narcísicas. Com efeito, se ao início de seu trabalho é a histeria que foi o ponto central da teoria e o fio condutor na maneira de conceber o aparelho psíquico, a partir do narcisismo é a melancolia que desempenha o mesmo papel. Esta o leva a distinguir a partir de 1924: as neuroses que são caracterizadas por um conflito entre o ego e o id; a melancolia é que é caracterizada por um conflito entre o ego e o superego; as psicoses que são caracterizadas pelo conflito entre o ego e o mundo exterior (PARMENTIER, 2001, p. 119).

Desse modo, segundo a autora, não seria exagero afirmar que, da mesma forma que o fenômeno clínico da histeria e das neuroses de transferência levou ao desenvolvimento da primeira tópica, o fenômeno clínico da melancolia, ao lado das outras neuroses narcísicas, teriam acarretado os desenvolvimentos concernentes à segunda tópica do aparelho psíquico.

Freud, partindo de seu trabalho com as neuroses de transferência, constrói um modelo de funcionamento psíquico particular, apoiado na ideia de desenvolvimento psicosssexual, ou evolução libidinal. Dessa forma, Freud realiza um intercâmbio constante entre o normal e o

patológico, partindo da premissa de que os elementos psíquicos que caracterizam os estados neuróticos não diferem dos estados patológicos em termos qualitativos, mas somente em termos de grau, de quantidade. São elementos que sofreram algum tipo de alteração ou deformação. Por esse motivo – por haver uma correspondência direta entre a patologia e a normalidade –, para o autor, é possível conhecer, inferir e compreender os elementos que compõem a vida psíquica humana por meio da observação dos estados patológicos.

O normal e o patológico na teoria freudiana são considerados em termos dinâmicos e caracterizados pelo funcionamento dos instintos. Para Freud, os deslocamentos da libido, sua estagnação e seu investimento são o caminho para se compreender os fenômenos patológicos, assim como um grande número de fenômenos a que pertencem também a vida psíquica normal. Os estados considerados patológicos surgiriam quando algumas modificações na dinâmica instintual se tornassem estranhas ao ego, levando o aparelho psíquico a um conflito. Ceccarelli (2007) afirma que o normal, em Freud, é entendido como uma organização libidinal familiar ao ego, e não simplesmente uma norma geral, na qual o desvio desta indicaria a patologia. Ceccarelli (2007) mostra, ainda, que é na patologia da vida psíquica, ou seja, no excesso das paixões, que o pensamento freudiano encontra explicações para um grande número de fenômenos que pertencem à dinâmica psíquica normal, através da análise dos isolamentos e deformações ocasionados pelo material patológico. Entretanto, alerta o autor, as fronteiras entre o normal e a patologia não são tão nítidas, pois os mecanismos que os constituem podem ser, em grande parte, os mesmos. Frente a isso, os estados patológicos não seriam mais do que deformações originadas nos protótipos normais. No caso dos sintomas, essas alterações se confrontam com o ego como estranhas a ele. Tais deformações dos estados normais que se tornam estranhas à organização do psiquismo são explicadas por meio da ideia de duas forças em oposição que entram em conflito e originam os estados considerados patológicos. E foi primeiramente sobre o trabalho das neuroses de transferência que a psicanálise freudiana estabeleceu seu modelo etiológico das afecções psíquicas, que compreende à primeira tópica do aparelho psíquico.

Apresentamos a noção fundamental de Freud, de que o normal esclarece o patológico e este esclarece o normal; e esse constante intercâmbio permite apreender mais profundamente a vida psíquica (sua formação, desenvolvimento, constituição, funcionamento etc). Pretendemos mostrar como essa metodologia particular de abordagem da vida psíquica se torna possível a partir de construções teóricas, que em seu conjunto representam uma concepção de que, no psiquismo, os elementos arcaicos são preservados e podem interagir na situação presente, originando formações patológicas. Assim, frente a isso, o normal e o

patológico são tomados como distintivos apenas em termos quantitativos e seus processos psíquicos são considerados, de um lado, processos infantis e, de outro, uma forma de proteção da vida psíquica frente a um excesso instintual que não encontra possibilidade de satisfação. É esse modelo etiológico, advindo do trabalho com as neuroses de transferência, que servirá de base, em combinação com os elementos decorrentes do recém-introduzido conceito de narcisismo, para a formulação do mecanismo explicativo da melancolia.

É objetivando compreender os sentidos atribuídos ao psicopatológico e sua relação com os processos psíquicos considerados normais, assim como destacar os elementos envolvidos na formação da teoria da melancolia, que nos voltaremos, agora, para as noções fundamentais que sustentam a etiologia das neuroses na teoria freudiana. Veremos que, para Freud, a patologia e o normal não são noções estanques, mas que estão em relação de continuidade, cujo fator quantitativo é seu aspecto distintivo. Com isso, poderemos perceber o que permitiu a Freud construir um modelo de aparelho psíquico e compreender seus modos de operação a partir dos estados patológicos. Podemos identificar ao menos cinco noções que subjazem a formação neurótica, segundo a teoria freudiana: a noção de conflito psíquico, que postula a neurose como um jogo de forças em oposição; a noção de fixação nas fases iniciais do desenvolvimento libidinal, que explica a ocorrência de processos psíquicos infantis no funcionamento atual; a noção de regressão, que permite compreender o caminho pelo qual tais processos arcaicos entram em operação na vida presente; a noção de frustração, enquanto desencadeadora do desequilíbrio energético que leva ao conflito; e, finalmente, a noção de sintoma, em que os elementos anteriores se articulam em torno de uma formação considerada patológica, mas que permite a satisfação da libido de maneira deformada. Pretendemos explicitar essas noções e, ao mesmo tempo em que elas permitirão a compreensão da formação das neuroses, mostrarmos que foi esse o modelo a partir do qual foi formulada a explicação do mecanismo da neurose melancólica.

Tal tarefa a ser empreendida baseia-se nas indicações de Freud, que considera imprescindível o conhecimento do modelo das neuroses de transferência para a abordagem das neuroses narcísicas:

[...] os conceitos a que chegamos em nosso estudo das neuroses de transferência são adequados para ajudar-nos a nos orientarmos nas neuroses narcísicas, que, na prática são tão mais graves. As semelhanças vão muito mais longe; no fundo, o campo de fenômenos é o mesmo. E os senhores podem imaginar quão reduzida é a perspectiva que tem alguém para examinar esses distúrbios (que pertencem à esfera da psiquiatria), se não estiver preparado para essa tarefa por um conhecimento analítico das neuroses da transferência (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.422).

Essa afirmação, além de acentuar a importância das neuroses de transferência para o estudo das neuroses narcísicas, nos impõe a necessidade de contemplar o seu modelo etiológico para uma compreensão da formulação estabelecida por Freud sobre o mecanismo da neurose melancólica, apresentado em *Luto e melancolia* (1917[1915]). De nosso ponto de vista, nessa afirmação, Freud nos indica que o modelo explicativo estabelecido para a melancolia foi construído a partir do modelo etiológico das neuroses de transferência.

2.4 O modelo etiológico das neuroses de transferência

A teoria freudiana da melancolia foi formulada a partir de dois vértices; por um lado, ela foi concebida por meio do modelo da teoria geral das neuroses, advinda do trabalho com as neuroses de transferência - assim, o mecanismo da melancolia e sua etiologia não escaparam de serem formulados a partir das noções de frustração, regressão, fixação e conflito. E, por outro lado, sua formulação se deveu à introdução do conceito de narcisismo na teoria psicanalítica - assim, a melancolia, considerada na teoria freudiana uma neurose narcísica, não será situada como uma psicose, e nem irá dispor de um modelo efetivamente original em relação às outras neuroses. Efetivamente, a formulação da teoria freudiana da melancolia se situa no entrecruzamento da teoria geral das neuroses de transferência e das contribuições aportadas pela teoria do narcisismo. Isso nos coloca diante do tema tratado neste tópico, que pretende situar a evolução do pensamento freudiano a partir da compreensão dos estados patológicos, no tocante às formulações das noções-chave oriundas do trabalho com as neuroses de transferências. As formulações realizadas nesse contexto, por meio da introdução de noções como conflito, fixação, regressão e frustração na teoria psicanalítica, permitiram forjar os elementos que se tornaram fundamentais para a elucidação do mecanismo da melancolia como, por exemplo, a noção de conflito entre o ego e o ideal do ego, a regressão do investimento para a identificação narcísica e a fixação no estágio oral canibalístico do narcisismo, que é permeado pela ambivalência afetiva.

2.4.1 A noção de conflito psíquico

A ideia de forças em oposição esteve presente em todo pensamento freudiano, explicando a dinâmica do psiquismo e todos os desvios da normalidade que, de maneira geral, eram compreendidos sob a ótica de um dualismo último irreduzível (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998). A distinção freudiana entre o normal e o patológico recai, portanto, na noção de conflito psíquico. Esta é entendida como constitutiva do sujeito, balizando não só a noção de patologia, mas também a de aparelho psíquico (PRATA, 1999). A ideia de duas

forças ou exigências contrárias se imbrica com toda a rede de conceitos presente na teoria freudiana e, embora fundamental, abordá-la em detalhes nos levaria muito distante de nossos objetivos; em função disso, nos restringiremos à tarefa de explicitar as noções de normalidade e patologia em Freud, a partir das noções que compõem a etiologia das neuroses de transferência visando a compreender de que maneira elas permitiram a formulação da teoria freudiana da melancolia. A noção de conflito constituiu-se como uma parte integrante fundamental da teoria freudiana da melancolia. Primeiramente, Freud (1917[1915]) entende a melancolia como a internalização de um conflito vivido com um objeto externo. Após a introjeção desse conflito no interior do aparelho psíquico, Freud antevê o estabelecimento de um conflito interno, cuja expressão será a melancolia. Assim, como se pode perceber, o conflito, que demarcou a concepção dos mecanismos das neuroses, fez também vigente na teoria da melancolia. Portanto, passaremos à compreensão da noção de conflito na teoria freudiana.

Segundo Laplanche e Pontalis (1998), no curso de toda obra de Freud, o problema do conflito psíquico recebeu diferentes soluções e foi tematizado, ao menos, em dois níveis distintos: ao nível tópico, como conflito ente sistemas (consciente x inconsciente) e entre instâncias (ego x superego); e ao nível dinâmico-econômico, como no conflito entre os instintos (instintos do ego x instintos sexuais e instinto de morte x instinto de vida).

A noção de conflito é originalmente introduzida na teoria freudiana em associação com a de processo de defesa, tendo como meta explicar a psicodinâmica da histeria (KAUFMANN, 1998). Em *As neuropsicoses de defesa* (1894), Freud reconheceu a existência de uma força de oposição às representações de desejo, que denominou então de defesa, cuja função era justamente defender o ego das lembranças incompatíveis, portadoras de aparições que geram grande desprazer. Em *Estudos sobre a histeria* (FREUD e BREUER, 1895), a ideia de conflito começa a se delinear por meio do fenômeno clínico da resistência: ao evocar as recordações patogênicas das pacientes histéricas durante o tratamento, Freud observava a incidência de uma força de resistência que se opunha às representações de desejo incompatíveis.

Esses pacientes que analisei, portanto, gozaram de boa saúde mental até o momento em que *houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa* – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento (FREUD, 1984, p. 55).

A defesa exerce papel central na histeria, pois gera uma pressão para um tipo de “esquecimento” da lembrança que é sentida como incompatível. Essa lembrança incompatível se torna causadora de desprazer em função de sua associação à representação do desejo reprimida. A defesa consistia, portanto, em um esforço voluntário de eliminar da mente representações associadas ao campo das experiências e das sensações sexuais. Os estados neuróticos provocados por estes conflitos foram chamados de psiconeuroses de defesa, caracterizando justamente o conflito entre o desejo e a instância crítica do ego (não formulada dessa maneira naquele período), ocasionando uma defesa contrária àquela, pressionando no sentido de seu esquecimento – é o início da formulação da teoria da repressão como um processo de defesa, segundo o qual aquilo que é considerado desprazeroso, por ser incompatível com a consciência, é esquecido. Afirma Freud (1894, p.55),

Não posso, naturalmente, afirmar que um esforço voluntário de eliminar da mente coisas desse tipo seja um ato patológico, nem sei dizer se e de que modo o esquecimento intencional é bem-sucedido nas pessoas que, sob as mesmas influências psíquicas, permanecem saudáveis.

Freud considera patológico, não a reação diante do conflito, e sim a falha da defesa em provocar um esquecimento das lembranças de desejo incompatíveis: “Sei apenas que esse tipo de ‘esquecimento’ não funcionou nos paciente que analisei, mas levou a várias reações patológicas que produziram ou a histeria, ou uma obsessão, ou uma psicose alucinatória” (FREUD, 1894, p.55). A etiologia das neuroses recai sobre a falha da defesa diante do conflito provocado por duas forças, que exercem exigências contrárias e desencadeiam uma contradição com a qual o ego é confrontado. A natureza do conflito psíquico é de uma contradição moral diante de lembranças de natureza sexual. Para libertar-se da contradição com a qual o ego é confrontado, este “transforma essa representação poderosa numa representação fraca, *retirando-lhe o afeto – a soma de excitação – do qual está carregada*” (FREUD, 1894, p.56). Após esse processo, a representação incompatível é tornada fraca; no entanto, a soma de afeto separado daquela, é direcionada para e inervação somática pelo processo denominado de conversão histérica.

Em *A etiologia da histeria*, Freud (1896, p.206) afirma: “Propus então a ideia de que a eclosão da histeria pode ser quase invariavelmente atribuída a um conflito psíquico que emerge quando uma representação incompatível detona uma defesa por parte do ego e solicita um recalçamento”. O conflito psíquico é posto na origem da histeria, devido à oposição entre duas exigências contrárias que figuram nesta: de um lado, uma pressão exercida por uma

força chamada de representação do desejo sexual infantil e, de outro, uma força de defesa do ego que exerce uma pressão para a repressão da força primeira.

Na época, eu não soube dizer quais seriam as circunstâncias em que um esforço defensivo desse tipo teria o efeito patológico de realmente jogar no inconsciente uma lembrança que fosse aflitiva para o ego e de criar um sintoma histerico em seu lugar. Hoje, porém, posso reparar essa omissão. *A defesa cumpre seu propósito de arremessar a representação incompatível para fora da consciência quando há cenas sexuais infantis presentes no sujeito (até então normal) sob a forma de lembranças inconscientes, e quando a representação a ser recalcada pode vincular-se em termos lógicos e associativos com uma experiência infantil deste tipo* (FREUD, 1896, p.206; grifo nosso).

O conflito recai, então, na ideia de defesa, que ganha proeminência na vida psíquica à medida que o ego adquire seu desenvolvimento moral e intelectual e, assim, atribuí à representação de desejo uma conotação incompatível com sua organização: “os esforços defensivos do ego dependem do desenvolvimento moral e intelectual completo do sujeito” (FREUD, 1896, p.206-207). No quadro geral dessa teoria, o sintoma permanece definido como o resultado de uma ação de compromisso entre dois grupos de representação que exerciam pressões como forças de sentidos opostos: uma pressionando para a satisfação e outra se impondo contra a realização do desejo (PRATA, 1999).

Nesse período da teoria freudiana, o conflito psíquico é atribuído ao conflito entre o desejo sexual e os obstáculos que se opõem à sua satisfação. Fundamental ressaltar que este mesmo processo, de maneira geral, está na base de outros considerados normais, como os sonhos, lapsos, atos falhos etc, e todas as formas de formações substitutivas que são aceitáveis socialmente. O conflito traduz-se como uma luta que apresenta, como resultado, formações de compromisso, nos quais a satisfação do desejo é simultaneamente reprimida pela censura e toma outros caminhos ser obtida, de maneira disfarçada. Entre as satisfações disfarçadas encontramos o sonho, cuja formação é atribuída por Freud (1900) a este processo conflituoso entre desejo e repressão. A famosa expressão “o sonho é a realização de um desejo”, encontrada na *Intepretação dos sonhos* (FREUD, 1900, p.157), é uma formulação desse tipo de satisfação disfarçada do desejo.

No entanto, gostaríamos de destacar que é a análise e o estudo de uma patologia, a histeria, que levam Freud a formular uma série de postulados sobre o funcionamento psíquico normal. Na histeria, havia um conflito psíquico diante de representações de desejo incompatíveis, assim como a ação de uma força de defesa que opera a repressão do afeto desprazeroso e, finalmente, uma formação de compromisso que confere um destino

determinado a tal soma de energia. Observou-se, também, a natureza inconsciente e sexual dessas representações.

Assim o método psicanalítico de investigação pode ser aplicado igualmente à explicação de fenômenos psíquicos normais e possibilitou descobrir a íntima relação entre os produtos patológicos e processos psíquicos da vida normal, como os sonhos, os pequenos lapsos cotidianos, e fenômenos valiosos como os chistes, os mitos e as obras de arte. Destes, o que estudamos mais a fundo foram os sonhos, e chegamos à seguinte fórmula geral: 'O sonho é a realização disfarçada de um desejo reprimido'. A interpretação dos sonhos tem como objetivo a eliminação do disfarce que sofreram os pensamentos do sonhador. Além disso, presta valiosa ajuda na técnica psicanalítica, constituindo o melhor método para penetrar na vida psíquica inconsciente (FREUD, 1913a, p. 274).

Vemos, então, a teoria psicanalítica desenvolvida na *Interpretação dos sonhos*, bem como as formulações teóricas que constituem a primeira tópica, como frutos das formulações sobre o fenômeno da histeria. Vemos a patologia lançando luz sobre a normalidade e, em seguida, a normalidade lançando luz sobre a patologia, quando da revelação da importância dos processos oníricos presentes na vida psíquica.

Ainda em *Interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900), a teoria do conflito assume uma maior complexidade quando formulada como uma modalidade de conflito entre sistemas psíquicos e entre princípios de funcionamento mentais. O conflito é estabelecido a partir da oposição entre sistemas inconscientes de um lado, como fonte da representação de desejo incompatível, e sistemas pré-conscientes e conscientes de outro, sendo estes separados do primeiro pela censura. O desejo é definido como a tendência a investir as representações ligadas às vivências de satisfação; são as chamadas moções de desejo infantis que constituem o núcleo do nosso ser. Estas moções de desejo inconscientes, isto é, excluídas do processo secundário, dividem-se em dois grupos, sendo que a realização de um destes grupos gera desprazer e se opõe ao pré-consciente. Aqui, definitivamente, as duas forças em conflito são definidas por Freud (1900) como a sexualidade, do lado do sistema inconsciente, e uma instância repressora que representa as aspirações morais da personalidade, do lado do pré-consciente/consciente. No caso dos sonhos, o desejo exerce uma pressão permanente de acordo com sua livre descarga de energia, que é contrária à força da censura e dos sistemas pré-consciente e consciente, que se esforçam na tentativa de vincular essa energia. Na esteira dessa oposição, Freud (1900) diferencia os dois modos fundamentais de funcionamento do psiquismo, o processo primário (próprio do inconsciente) e processo secundário (pré-consciente/consciente). O primeiro, presente no início da vida e em ação na formação dos sonhos e dos sintomas, de natureza inconsciente, consiste no escoamento de energias livres, passando de uma representação a outra sem barreiras, segundo os mecanismos de

condensação e deslocamento. O processo secundário, caracterizado pela natureza ligada das energias e por sua inibição, tende a dominar o processo primário e a se tornar preponderante sob este último (FREUD, 1900). Tal oposição corresponde àquela formulada em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (1911a), que contrapõe o princípio do prazer ao princípio de realidade. Aqui, a noção de conflito recai sobre dois princípios do funcionamento mental que se opõem: um que tende ao prazer, ao livre escoamento de energias, e outro que visa à transformação da energia livre em energia ligada. Em outros termos, o conflito é estabelecido entre esses dois princípios, na medida em que o segundo almeja dominar o primeiro e adiar as necessidades de satisfação, enquanto o primeiro exerce uma pressão no sentido da obtenção de satisfação imediata.

Em 1910, encontramos uma síntese das ideias anteriores, formulada sob o prisma do processo de repressão – processo este que é desencadeado pelo conflito diante de forças opostas presentes na vida psíquica. A repressão incide sobre as representações de desejo que se tornam incompatíveis, e realiza a operação de torná-las ou mantê-las inconscientes. A novidade a respeito da noção de conflito é sua colocação no plano instintual. A noção de conflito instintual faz com que a instância defensiva egóica coincida com um dos polos instintuais – os instintos de autoconservação –, que se confronta com outro polo, o do desejo, representado pelos instintos sexuais.

O conceito psicanalítico é dinâmico e atribui a origem da vida psíquica a uma interação entre forças que favorecem ou inibem uma à outra. Se, em qualquer circunstância, um grupo de ideias permanece no inconsciente, a psicanálise [...] sustenta que o isolamento e o estado de inconsciência desse grupo de ideias foram causados por uma oposição ativa de parte de outros grupos. O processo, devido ao qual teve esse destino, é conhecido como 'repressão' e o consideramos algo análogo a um julgamento condenatório nos domínios da lógica. A psicanálise ressalta que as repressões dessa espécie desempenham um papel extraordinariamente importante em nossa vida psíquica, mas que podem também, muitas vezes, falhar e que essas falhas da repressão constituem a precondição para a formação dos sintomas (FREUD, 1910a, p.222-223).

Qual seria a natureza destas forças que interagem ou inibem uma à outra? A teoria dos instintos encontra sua formulação básica nesse interjogo de forças antagônicas, que se opõem e entram em conflito. A noção de conflito como constitutiva do funcionamento psíquico recebe formulações no quadro da teoria dos instintos. Na realidade, o conceito de instinto e sua divisão em uma dualidade irreduzível – os instintos sexuais em oposição aos instintos de autoconservação – vêm apoiar aquelas noções anteriores de conflito que recaem sobre as noções de representação e repressão.

Ainda a respeito da etiologia da histeria, dez anos após a *Interpretação dos sonhos*, Freud oferece explicações sobre a causa de alterações psicogênicas da visão – cegueira histórica – por meio do ponto de vista da psicanálise, isto é, por meio da noção de conflito psíquico. Afirma Freud (1910a, p. 223):

Então, se como aprendemos, as perturbações psicogênicas da visão dependem de certas ideias relacionadas com a visão ser suprimida da consciência, teremos de admitir, do ponto de vista psicanalítico, que essas ideias entraram em oposição a outras ideias, mais poderosas, em relação às quais adotamos o conceito coletivo de ‘ego’ – um conjunto constituído de maneira heterogênea, em épocas diferentes – e, por esse motivo, se encontram sob repressão.

As ideias relacionadas à visão, que foram suprimidas da consciência por meio do processo de repressão, referem-se àquelas representações incompatíveis das quais tratávamos anteriormente acerca da psicogênese da histeria. Essas ideias incompatíveis, que, conforme aprendemos, são de natureza de desejos sexuais, por algum motivo foram associadas à visão e entraram em oposição a outro grupo de ideias, de natureza consciente, os quais Freud chama aqui de ego. A repressão incide justamente sob essas ideias incompatíveis, provocando, então, através da conversão do afeto, a cegueira. No entanto, nesse artigo, Freud recorre a outros conceitos para explicar os processos que não aqueles relacionados à conversão, e sua ênfase recai sobre o conflito psíquico instintual. Vejamos:

Mas qual pode ser a origem dessa oposição que provoca repressão entre o ego e os vários grupos de ideias? [...] Nossa atenção foi atraída para a importância dos instintos na vida ideacional. Descobrimos que cada instinto procura tornar-se efetivo por meio de ideias ativantes que estejam em harmonia com seus objetivos. Estes instintos nem sempre são compatíveis entre si; seus interesses amiúde entram em conflito. A oposição entre as ideias é apenas uma expressão das lutas entre os vários instintos. Do ponto de vista de nossa tentativa de explicação, uma parte extremamente importante é desempenhada pela inegável oposição entre os instintos que favorecem a sexualidade, a consecução da satisfação sexual, e os demais instintos que têm por objetivo a autopreservação do indivíduo – os instintos do ego (FREUD, 1910a, p. 223).

Freud atribui o desenvolvimento da civilização ao instinto sexual, contanto que este seja suprimido, restringido, transformado e dirigido para objetivos mais elevados, que não apenas o da reprodução, a fim de que possam realizar as construções psíquicas da civilização. As neuroses, frente a isso, são condições em que os processos de transformação dos instintos sexuais falharam ou não obtiveram total sucesso, causando, assim, o padecimento psíquico. Os instintos sexuais ameaçam o ego em função de suas exigências e este, por sua vez, procura desviar tais instintos ameaçadores por meio da repressão. Mas as operações repressoras dos instintos sexuais nem sempre alcançam o sucesso esperado e levam à formação de substitutos,

que podem revelar-se perigosos para o reprimido, e à reações incômodas por parte do ego. Os sintomas das neuroses emergem, segundo Freud (1910a), dessas duas classes de fenômenos e têm em sua origem um conflito entre duas forças contrárias que exigem serem atendidas.

Nota-se que a distinção entre dois instintos básicos que entram em oposição representam um suporte econômico para a ação da instância repressora. Se, em 1896, no quadro das psiconeuroses de defesa, o recalque era atribuído ao simples desenvolvimento da moralidade, aqui o conflito psíquico se torna mais complexo na medida em que estão servindo a interesses fundamentais do ser humano, isto é, a instintos do ego e a instintos sexuais. O conflito causador do sintoma ocorre uma vez que os instintos sexuais se tornam ameaçadores para o ego, e se revelam contrários aos instintos de auto-conservação, que visam a protegê-lo. Esses instintos de autoconservação operam a repressão dos instintos sexuais indesejáveis, mas, com isso, desencadeiam uma situação em que perdem o domínio sobre o órgão ligado à visão, como, por exemplo, no caso da cegueira histórica. Em função de exigências excessivas, os instintos sexuais que estavam associados ao prazer de olhar, atraem a atenção da ação defensiva dos instintos do ego. A repressão destes incide sobre as ideias através das quais os desejos sexuais se expressam, impedindo-as de se tornarem conscientes. A visão seria perturbada porque os instintos do ego perderam seu domínio sobre o órgão para os instintos sexuais reprimidos.

Portanto, neste contexto da primeira tópica e da primeira teoria instintual, Freud (1910a) explica a natureza das neuroses como fruto de um conflito entre as duas grandes classes instintuais. “O conflito primário que leva às neuroses é um conflito entre os instintos sexuais e os instintos que sustentam o ego”, e as neuroses consistem em casos em que o interesse sexual deixa de coincidir com os interesses de autopreservação (FREUD, 1913b, p.184). “As neuroses representam uma dominação mais ou menos parcial do ego pela sexualidade, depois de terem falhado os esforços do ego para reprimi-la” (FREUD, 1913b, p.184). Finalmente, Freud (1913a, p.270) considera toda neurose como “os produtos finais desses conflitos que levaram à ‘repressão’ e à ‘cisão’ da psique”. Os sintomas neuróticos são produtos da repressão dos instintos sexuais e, nesse sentido, são formações substitutivas disfarçadas para a satisfação daqueles. Freud afirma que não há diferenças fundamentais entre o normal e o patológico, e que a distinção entre tais estados estaria na solução realizada pelos conflitos:

A psicanálise também mostra que não há diferença fundamental, mas apenas de grau, entre a vida psíquica das pessoas normais, dos neuróticos e dos psicóticos. Uma pessoa normal tem de passar pelas mesmas repressões e lidar com as mesmas

formações substitutivas; a diferença é que a solução dos conflitos se realiza mais facilmente e com melhores resultados (FREUD, 1913a, p.273).

O conflito psíquico, base da qual Freud parte para explicar a patologia, está presente, também, nos estados normais. A ideia de conflito é assim vista como inerente ao psiquismo e à vida em sociedade. O que caracterizaria a diferença entre os estados patológicos e os estados considerados normais é a solução encontrada diante do conflito psíquico. Quanto maior for o prejuízo que a solução traz para o ego, maior é o grau de comprometimento do psiquismo. Assim, a patologia difere dos processos normais na medida em que têm seu funcionamento comprometido por conta da intensidade do conflito e da solução diante deste.

Como vimos, a noção de conflito psíquico pode ser considerada em dois vieses que se relacionam: o da teoria dos instintos e o dos dois sistemas do aparelho psíquico. Segundo Caropreso (2011), nesse momento da teoria freudiana (1900-1915), a repressão e a formação dos sintomas são concebidas como processos oriundos de desejos e da oposição exercida sobre estes pelo processo secundário. Dessa maneira, a noção de conflito como constitutiva do aparelho psíquico pode ser formulada seja em termos de interação e oposição de forças instintuais – termos econômicos –, seja em termos de interação e oposição entre os sistemas inconsciente e pré-consciente/consciente na primeira tópica.

A respeito do conflito com base na teoria dos instintos, cuja formulação última encontra-se em *Além do princípio do prazer*, Freud (1905, 1914, 1920) produziu basicamente três pontos de vista ao longo de sua obra. Inicialmente, a partir de dois instintos básicos: os instintos sexuais em oposição aos instintos do ego ou de autoconservação. Os instintos sexuais que, segundo Freud, estão ligados à etiologia das neuroses de transferências, foram descritos mais detalhadamente que os instintos do ego, mais relacionados às neuroses narcísicas – estas permitirão uma compreensão aprofundada da constituição e da ação dos instintos do ego. Escreve Freud (1916-1917[1915-1917], p.347):

Devemos estar preparados para constatar que nossos pontos de vista estarão sujeitos ainda a outras ampliações e reavaliações, quando pudermos levar em consideração não apenas a histeria e a neurose obsessiva, como também as outras neuroses, as neuroses narcísicas.

Em 1914, o conflito psíquico é tematizado por meio da oposição entre libido do ego (libido narcísica) e libido objetal. Freud reconhece que também a libido a serviço do ego, como aquela investida nos objetos, é de natureza sexual; a libido adota, primariamente, o próprio ego do sujeito como objeto, tornando uma porção dos instintos do ego de natureza

libidinal. No entanto, mantém-se a oposição entre duas energias instintuais: a libido do ego como oriunda de fontes eróticas, em oposição a um interesse do ego ou interesse em geral.

Ainda nesse contexto, a oposição conflituosa entre amor e ódio, fruto da ambivalência afetiva, é formulada em consonância com a oposição instinto sexual e instinto do ego. As tendências de ódio derivam dos instintos do ego e das sensações desprazerosas, enquanto o amor deriva dos instintos sexuais e das relações de prazer com os objetos. Segundo Freud (1915), a oposição entre o amor e o ódio, que caracteriza a ambivalência afetiva, não surge de uma cisão de algo primariamente comum e, sim, de origens diversas, nas quais cada um segue sua própria evolução, antes de se formar um par de opostos. O amor e ódio tornam-se par de opostos mais tardiamente, somente com o estabelecimento da organização genital sob a influência da relação prazer-desprazer. De acordo com o autor, o amor deriva da capacidade do ego para satisfazer autoeroticamente uma parte de seus impulsos instintuais para obter o prazer de órgão. Sendo em sua origem narcísico, ou seja, consistindo em um amor pelo próprio ego, o amor passa, em seguida, deste para os objetos que são incorporados em seu interior, e revela uma busca desse ego por esses objetos enquanto fontes de prazer. O primeiro estágio do amor coincide então com o narcisismo, um tipo de amor compatível com a abolição da existência separada do objeto, cuja principal característica é o incorporar ou o devorar. Em seguida, no estágio de organização sádico anal pré-genital da libido, surge a busca de objeto, caracterizada pelo impulso de apoderamento. Na fase seguinte, com a organização genital, o amor se torna finalmente o contrário do ódio (FREUD, 1915). Já o ódio é muito mais antigo que o amor, e surge da rejeição primordial do mundo externo como fonte de afluxo de estímulos, por parte do ego narcísico. Assim, o ódio é expressão da reação de desprazer provocada pelos objetos, permanecendo em relação com os instintos de autoconservação ou de conservação do ego.

O ódio mesclado ao amor procede em parte dos estágios preliminares do amor, não superados inteiramente, e de outra parte se fundamenta nas reações de rejeição dos instintos do Eu, que nos frequentes conflitos entre interesses do Eu e do amor podem invocar motivos reais ou atuais (FREUD, 1915, p.80).

Frente a isso, os instintos do ego e os instintos sexuais podem facilmente constituir uma oposição que repete aquela oposição presente na relação entre amor e ódio. Desse modo, quando a síntese do amor é completada com a totalidade da procura sexual, o amor liga-se à atividade dos instintos sexuais e torna-se o contrário do ódio. O conflito, devido à ambivalência afetiva, está na base das explicações a respeito da etiologia da neurose obsessiva e da melancolia.

No quadro geral da segunda tópica, o conflito instintual recebe nova formatação sob as ideias de instinto de vida e instinto de morte em *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920). Tal noção é amplamente discutida no livro *Mal-estar na civilização* (FREUD, 1930), e o conflito surge entre as exigências opostas dos instintos de vida e de morte e, mais ainda, entre as necessidades da civilização em oposição às do indivíduo. O instinto de vida está ligado ao estabelecimento e à expansão da civilização, ao que o instinto de morte opõe-se, exigindo sua satisfação sob a forma de impulsos destrutivos. O indivíduo é pressionado a renunciar a seus impulsos diante das limitações civilizatórias. E assim, ao empreender tal renúncia, é obrigado a lidar com um conflito intrapsíquico que se estabelece em função da exigência dos impulsos agressivos não satisfeitos se voltarem contra o próprio ego. O sentimento de culpa, nesse contexto, é compreendido como expressão do conflito que resulta da interdição da satisfação exigida pelo instinto de morte que se volta para o próprio ego.

Em *O eu e o id* (FREUD, 1923), encontramos a formulação do conflito em termos tópicos. Na esfera da segunda tópica, o conflito psíquico é tematizado em função da interação entre as instâncias psíquicas: ego, id e superego. O id representa as exigências dos instintos, enquanto o superego representa as proibições morais e as exigências dos ideais. O aparelho psíquico estaria, dentro desse quadro, sujeito a constantes conflitos, já que sempre seria obrigado a lidar com as oposições advindas das exigências de satisfação dos instintos diante das proibições impostas pelo superego. O conflito neurótico é, então, deslocado da oposição anterior entre os sistemas consciente e inconsciente para uma oposição entre o ego coerente e o reprimido que se desprende dele.

Em *Neurose e psicose*, Freud (1924[1923]) descreve o ego como sendo constitucionalmente vulnerável a possíveis conflitos, já que se encontra na difícil posição de servir a três “senhores” ao mesmo tempo: o id, o superego e a realidade externa. Assim, a neurose seria o resultado de um conflito entre o eu e o id; a psicose, um resultado do conflito entre o ego e a realidade externa; já a melancolia, também denominada de neurose narcísica, seria o resultado de um conflito entre o ego e a instância crítica do superego. Freud reconhece a etiologia comum da neurose e da psicose como advinda de uma frustração externa dos desejos sexuais da infância, considerando-se que tal frustração também pode resultar da agência interna que se encarrega de representar as exigências da realidade, o superego. A frustração incide sobre o ego, e seu efeito, patológico ou não, depende da maneira como este, diante da tensão conflituosa, procura silenciar o id e se manter fiel à realidade externa. Nos casos de psicose, o ego se deixa derrotar pelo id e se afasta da realidade para amenizar o conflito. Freud (1924[1923], p.182) afirma que “neuroses e psicoses nascem dos conflitos do

Eu com suas diferentes instâncias dominantes, isto é, correspondem a um fracasso da função do Eu, que evidentemente procura conciliar todas as diferentes reivindicações”. Portanto, diante da noção de que os conflitos são inerentes à vida psíquica, Freud (ibid.) nos coloca a questão de saber “em que circunstâncias e por quais meios o Eu consegue sair, sem adoecer, de tais conflitos que sempre se acham presentes”. Sem responder totalmente a ela, afirma que um dos fatores ligados aos destinos das tensões conflituosas em nossa vida psíquica está relacionado ao fator quantitativo:

O resultado de todas essas situações [de conflito] dependerá, não há dúvida, da constelação econômica, das grandezas das tendências em luta. E para o Eu será possível evitar a ruptura em qualquer direção, ao deformar a si mesmo, permitir danos à sua unidade, eventualmente até se dividir ou partir. Desse modo as incoerências, excentricidades e loucuras dos homens apareceriam numa luz semelhante à de suas perversões sexuais, cuja aceitação lhes permite poupar a si mesmos repressões. (FREUD, 1924[1923], p.182).

Frente a isso, a diferença essencial entre o normal e o patológico repousa nos destinos conferidos ao conflito e no quanto eles são mais ou menos comprometedores do funcionamento do ego. Este é responsável por administrar o conflito, buscando o mínimo de prejuízo possível para suas funções, o que nem sempre é possível, diante de poderosas forças que entram em jogo.

Vemos, assim, que a noção de conflito é formulada por Freud de maneiras diversas ao longo de sua obra. Há, contudo, um conflito básico que, segundo a psicanálise, constitui o conflito nuclear do ser humano: o complexo de Édipo. Embora sua ideia seja muito anterior, o complexo de Édipo aparece explicitamente formulado pela primeira vez em 1910, em *Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens* (FREUD, 1910c). Nesse complexo, é possível observar a ação de todas as formas de conflitos apontadas anteriormente, seja no registro instintual ou no tópico. Assim, ele acompanha as diversas reformulações e avanços operados na noção freudiana de conflito psíquico. Tal conflito também é inerente ao aparelho psíquico, sendo impossível escapar desse complexo ao qual, segundo Freud (1916-1917[1915-1917]), todos os seres humanos estão submetidos. No entanto, o que diferencia a pessoa normal e o neurótico é que este permaneceria submetido ao complexo, enquanto o primeiro teria alcançado sucesso em se desembaraçar dele.

O período decisivo para essa tarefa é a puberdade, fase na qual os sentimentos edípicos ressurgem em toda sua potência: “Dessa época em diante, o indivíduo humano tem de se dedicar à grande tarefa de desvincular-se de seus pais e, enquanto essa tarefa não for cumprida, ela não pode deixar de ser uma criança para se tornar membro da comunidade

social” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 340). No caso do menino, a *grande tarefa* a ser realizada consiste em desprender seus desejos libidinais de seu objeto de amor incestuoso – a mãe – e de empregar esta quantidade de libido na escolha de um objeto amoroso real externo. Ao mesmo tempo, o menino deve realizar a tarefa de reconciliar-se com o pai, se ele permaneceu durante seu complexo edípico em rivalidade com ele, ou de liberar-se de sua pressão, caso tenha se tornado submisso a seu respeito, como reação à revolta infantil. Tais tarefas se impõem a cada um dos seres humanos, e os neuróticos são aqueles que permanecem envolvidos em conflitos, quase sempre de natureza ambivalente, ligados ao complexo de Édipo: o filho passa sua vida curvado sob a autoridade do pai e não se torna capaz de transferir sua libido para um objeto sexual externo; o mesmo pode ser aplicado à filha, obedecendo às devidas modificações. Desse modo, Freud distingue os neuróticos dos normais por meio de seu apego ao conflito edípico, afirmando que “o complexo de Édipo justificadamente pode ser considerado como o núcleo das neuroses” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 341). No entanto, é interessante levar em conta que, ao mesmo tempo em que Freud realiza tal afirmação, ele assinala que “é de causar espécie quão raramente as pessoas enfrentam tais tarefas de maneira ideal – isto é, de maneira tal que seja correta, tanto psicologicamente quanto socialmente”. Diante disso, pode-se afirmar que todos seríamos neuróticos em certo grau, já que sempre teríamos que nos haver com traços de conflitos não assimilados.

De um lado, os desejos incestuosos são os causadores de grandes conflitos, por serem inaceitáveis socialmente e porque, ainda no caso do menino, os desejos sexuais dirigidos à mãe são tão intensos que devem ser perturbadores até mesmo para a criança que o vivencia. Nesse sentido, a “primeira escolha objetual de um ser humano é regularmente incestuosa, dirigida, no caso do homem, à sua mãe e à sua irmã; e necessita das mais severas proibições para impedir que essa tendência infantil persistente se realize” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 338). De outro lado, há um conflito causado pelo ódio ao pai, devido a este representar a barreira ao incesto, o que desperta um intenso conflito ambivalente e coloca o complexo de Édipo como uma “das mais importantes fontes do sentimento de culpa com que tão frequentemente se atormentam os neuróticos” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 335).

Sobre os conflitos ambivalentes, que colorem a vivência edípica e compõem a noção freudiana do conflito psíquico, afirma Freud (ibid.):

Atitudes emocionais contrárias – ou, seria melhor dizer, ‘ambivalentes’ – que, em adultos conduziriam a um conflito, permanecem, porém, compatíveis uma com a outra, por longo tempo, nas crianças, como também, mais tarde, encontram um lugar permanente, lado a lado, no inconsciente.

O superego é fruto desse conflito, na medida em que, por meio da identificação com as figuras paterna e materna, leva a criança a internalizar as proibições morais e as exigências e ideais próprios de nossa civilização. Enquanto o superego tem um papel importante na repressão dos impulsos advindos do id, o eu se encontra diante do conflito de satisfazer suas exigências e ser castigado pelo sádico superego, ou de renunciar àquelas permanecendo suscetível à neurose. Segundo Laplanche e Pontalis (1998, p.92), no complexo de Édipo, o conflito “já está inscrito de forma pré-subjetiva como conjunção dialética e originária do desejo e da interdição”.

Tal conflito, chamado “edipiano”, se instala à medida que, no caso do menino, por exemplo, os impulsos amorosos direcionados à figura materna se intensificam na fase fálica, ao mesmo tempo em que os impulsos agressivos e a rivalidade com a figura paterna também se intensificam, por esta figura assumir o papel de interdição da satisfação. No entanto, esse conflito não é tão simples como é comumente abordado.

Pois temos a impressão de que o complexo de Édipo simples não é absolutamente o mais frequente, mas corresponde a uma simplificação ou esquematização que, não há dúvida, com frequência se justifica em termos práticos. Uma investigação mais penetrante mostra, em geral, o complexo de Édipo *mais completo*, que é duplo, um positivo e um negativo, dependente da bissexualidade original da criança; isto é, o menino tem não só uma atitude ambivalente para com o pai e uma terna escolha objetual pela mãe, mas ao mesmo tempo comporta-se como uma garota, exibe a terna atitude feminina com o pai e, correspondendo a isso, aquela ciumenta e hostil em relação à mãe (FREUD, 1923, p.41).

Tanto a menina quanto o menino vivenciam esse complexo em duas direções, já que vivenciam sentimentos ambivalentes, isto é, sentimentos concomitantes de amor e ódio, em relação a ambos os genitores. Além disso, há o papel desempenhado pela bissexualidade. Esta exerce um aspecto fundamental nesse contexto, pois, além de estar ligada ao conflito, devido à ambivalência afetiva, incrementa as dificuldades da dissolução dele. Segundo Freud (1923), o desenlace da situação edípica, na qual estão imersos tanto a menina quanto o menino, em identificações com as figuras materna ou paterna, depende da força relativa das suas disposições sexuais relativas à bissexualidade. Esta intervém no complexo de Édipo, se expressando em conflitos ambivalentes em relação aos genitores e está ligada à sua resolução.

Depois, mas ainda na primeira infância, estabelece-se a relação do complexo de Édipo, em que o menino concentra seus desejos sexuais na pessoa da mãe e desenvolve impulsos hostis para com o pai, vendo este como rival. De maneira análoga se comporta a menina; todas as variações e consequências do complexo de Édipo se tornam significativas, a inata constituição bissexual se faz valer e aumenta o número de impulsos simultaneamente ativos (FREUD, 1925[1924], p.117).

A complicação do complexo de Édipo se deve basicamente a dois fatores: a natureza da triangularização edípica, ou seja, a psicodinâmica familiar, e a bissexualidade constitucional do indivíduo. Segundo Freud (1923, p.41), a “interferência da bissexualidade torna muito difícil compreender as primitivas identificações e escolhas objetais”, e “pode ser que a ambivalência constatada na relação com os pais deva se referir inteiramente à bissexualidade”. É importante lembrar que Freud (1920), no contexto da segunda tópica, acabou reconhecendo, na raiz do conflito ambivalente, o embate entre os dois instintos básicos: a luta entre Eros e o instinto de morte. No tocante à dissolução do complexo de Édipo e de seu conflito, os investimentos objetais têm de ser abandonados e substituídos pela identificação, ou seja, a introjeção da autoridade dos pais no ego, formando o âmago do superego, garantindo, assim, uma eficaz defesa contra o retorno dos impulsos edípicos e de seus conflitos decorrentes.

O desenvolvimento sexual do ser humano, que atinge seu ponto crítico durante o complexo de Édipo, foi observado retroativamente por Freud no tratamento das neuroses, por meio da análise dos sonhos e da associação livre. Ao final da XXI conferência introdutória de psicanálise, após uma clara exposição sobre o complexo de Édipo, Freud afirma:

No entanto, de vez que todos, e não apenas os neuróticos, experimentaram esses sonhos pervertidos, incestuosos e assassinos, podemos concluir que as pessoas que são normais, atualmente, percorreram um caminho evolutivo que passou pelas perversões e catexias objetais do complexo de Édipo, que este é o caminho do desenvolvimento normal e que *os neuróticos simplesmente nos mostram, de forma ampliada e grosseira, aquilo que a análise dos sonhos nos revela também em pessoas sadias*. E esta é uma das razões por que abordei o estudo dos sonhos antes do estudo dos sintomas neuróticos (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.343, grifo nosso).

Na esteira do que procuramos elucidar, essa afirmação traz à tona a noção freudiana de que os mesmos elementos estão presentes na normalidade e na patologia, sendo o complexo de Édipo parte do caminho que o desenvolvimento humano percorre rumo à vida adulta. Os elementos mais assustadores, que geralmente estão em evidência nos estados alterados, ou seja, neuróticos, como os desejos incestuosos, assassinos e pervertidos, fizeram parte da evolução de todos de tal maneira que é necessário tornar claro em que medida a neurose se diferencia da normalidade na visão freudiana. Nesse longo caminho do desenvolvimento humano, que na linguagem freudiana é chamado de desenvolvimento da libido, são deixadas marcas que, junto à intensidade do conflito gerado, resultam em possíveis regressões e distorções do funcionamento psíquico. Freud não considera nítida a fronteira entre o normal e

o patológico e, no que se refere à distinção, ele recorre ao complexo de Édipo para traçar ao menos uma delimitação entre aqueles.

Não vejo razão para recusar o nome de ‘repressão’ ao afastamento do Eu do complexo de Édipo, embora as repressões posteriores se originem mais frequentemente com a participação do Super-eu, que aqui ainda está sendo formado. Mas o processo descrito é mais que uma repressão, ele equivale, quando realizado de maneira ideal, a uma destruição e abolição do complexo de Édipo. *Cabe supor que deparamos, aqui, com a linha divisória entre o normal e o patológico, que jamais é inteiramente nítida.* Se o Eu realmente não alcançou muito mais que uma repressão do complexo, este persiste de modo inconsciente no Id, e manifestará depois a sua ação patogênica (FREUD, 1924a, p. 209-210, grifo nosso).

Assim, Freud atribui à passagem pelo complexo de Édipo e, à sua dissolução em maior ou menor grau, a definição de normal ou patológico, supondo que se o complexo persiste de maneira viva no Id, seus elementos poderiam se tornam patogênicos. A teoria do conflito assume contornos mais precisos quando analisada sob esta ótica: é justamente a submissão ou rivalidade em relação à figura paterna, no caso do menino, ou uma intensa fixação à figura materna e uma dificuldade de se desprender desse objeto original, que será a fonte do conflito, e, por sua vez, da patologia à qual o sujeito permanecerá submetido em sua neurose. O indivíduo, desse modo, permanecerá submetido a um conflito entre duas forças: o desejo e a interdição; mas não tão simples assim, também pode haver um desejo de liberdade dessa triangulação original, que demanda ao indivíduo escolher outros objetos e outras modalidades de relações. No entanto, a força original ligada ao complexo de Édipo pode se tornar aprisionadora, não permitindo ao indivíduo sair desse registro e o submetendo aos sintomas neuróticos. Nesse caso, além do conflito entre o desejo e a interdição, haveria também o embate entre o desejo de constituir-se como indivíduo autônomo e independente e uma força contrária que o prende e o submete ao complexo.

Na passagem anteriormente citada, notamos, também, o papel da repressão como central na dissolução do complexo de Édipo. Presente desde muito cedo em sua teoria, ela não é abandonada jamais: “a teoria da repressão tornou-se o pilar da compreensão das neuroses”, sendo possível “partir da repressão, como de um centro, e pôr em relação com ela todos os elementos da teoria psicanalítica” (FREUD, 1925[1924], p.106-107). Freud destaca o papel da repressão em relação aos processos normais e, adiante, aos processos patológicos:

Foi simples, então, reconstituir o processo patogênico. Para ficar num exemplo fácil, digamos que aparece na vida psíquica uma única tendência, à qual outras tendências poderosas se opõem. Segundo nossa expectativa, o *conflito* psíquico que então surge deveria transcorrer de modo que as duas grandezas dinâmicas – vamos chamá-las, para nossos propósitos, ‘instinto’ e ‘resistência’ – lutassem entre si por algum tempo, com forte participação da consciência, até que o instinto fosse rechaçado,

sendo retirado o investimento de energia de sua tendência. Esta seria a solução normal. (FREUD, 1925[1924], p.105-106).

Vemos, aqui, a teoria do conflito, as duas tendências opostas – instinto e resistência – e, finalmente, sua solução, ou seja, a normalidade, através da anulação do instinto por meio da retirada do investimento da tendência conflitiva. Em seguida, Freud aborda o processo patológico e explica a ação patogênica da repressão como uma forma de solução do conflito:

Mas na neurose – por razões ainda não conhecidas – o conflito tem outro desfecho. O Eu como que se retrai no primeiro encontro como o impulso instintual repulsivo, barra-lhe o acesso à consciência e à descarga motora direta, mas este conserva seu pleno investimento de energia. Denominei este processo de *repressão*. Era algo novo, nada semelhante a ele fora notado antes na vida psíquica. Era claramente um mecanismo de defesa primário, comparável a uma tentativa de fuga, um precursor do julgamento condenatório normal. (ibid.).

Portanto, Freud reconhece, na repressão, uma defesa primária contra o conflito. Trata-se, contudo, de uma solução que tem um alto preço, pois, como veremos abaixo, exige do ego um consumo de energia contínuo para suportar a realização dessa tarefa, em um processo chamado de *contrainvestimento*. Acontece que, no tocante a essa repressão primária, o conflito é eliminado por meio de uma barragem do instinto repulsivo da consciência e de seu exílio no inconsciente. Todavia, o instinto permanece portador de toda sua potência energética, que não pode ser eliminada e, muito menos, descarregada pelas vias adequadas. Vejamos as consequências do referido processo, que nos trará de forma clara a sua diferença em relação à normalidade:

O primeiro ato de repressão implicava outras consequências. Em primeiro lugar, o Eu tinha que se proteger do contínuo assédio do impulso reprimido, mediante um permanente dispêndio [de energia], um *contrainvestimento*, assim se empobrecendo; por outro lado, o reprimido, que então era *inconsciente*, podia achar descarga e satisfação substitutiva por outras vias, desse modo fazendo gorar a intenção da repressão. Na histeria de conversão essa outra via conduz a inervação somática, o impulso reprimido irrompe em qualquer lugar e cria os *sintomas*, que são resultados de compromissos; certamente satisfações substitutivas, mas deformadas e desviadas de sua meta pela resistência do Eu. (FREUD, 1925[1924], p.105-106).

É possível vislumbrar, nessa passagem, dois aspectos que, em seu conjunto, formam a noção de patologia, segundo a teoria freudiana do conflito. O primeiro aspecto patogênico, a partir da teoria do conflito, consiste em um empobrecimento do ego: uma vez que o ego vê-se obrigado a reprimir um instinto em função do conflito gerado por este, uma grande soma de sua energia será direcionada para manter a repressão. A repressão, nesse sentido, exige um dispêndio de força para a sua manutenção. O segundo aspecto patogênico, segundo Freud, está na possibilidade da formação dos sintomas por meio das satisfações substitutivas. Estes

dois aspectos - empobrecimento do ego e formação de sintomas (satisfações substitutivas do instinto) - são os principais para a identificação da patologia na teoria do conflito de Freud. Considera-se que os sintomas podem, em maior ou menor parte, comprometer o funcionamento psíquico.

Diante disso, torna-se mais compreensível o motivo de Freud operar um intercâmbio constante entre o normal e o patológico: como vimos, ambos são constituídos dos mesmos processos e somente com a preponderância acentuada de determinados processos é que teríamos o estabelecimento de quadros patológicos. Como no caso em questão, quando o conflito é muito intenso a ponto de demandar uma grande cota de energia do ego para a repressão, teremos, então, um processo patológico mais grave, se comparado a um conflito de menor intensidade que pode passar despercebido em um estado normal. Assim, a tarefa da terapia psicanalítica é “desvendar as repressões e substituí-las por operações de julgamento que poderiam resultar na aceitação ou rejeição do que fora repudiado” (FREUD, 1925[1924], p. 106). Em resumo, pode-se entender a patologia, seguindo a visão freudiana da histeria, como fenômenos que são “consequência de fatores dinâmicos, do conflito psíquico e da repressão efetuada” (FREUD, 1925[1924], p. 107).

Como pudemos notar, a noção de conflito psíquico na teoria freudiana assume frequentemente a figura de par de opostos, na existência de forças psíquicas que impõem exigências contrárias. Independente de sua modalidade, o conflito é sempre considerado em seu jogo intrapsíquico (PERRON, 2005). Segundo Freud (1916-1917[1915-1917]), a psicanálise procurou ir além da psiquiatria de sua época e não apenas descrever e classificar fenômenos, mas compreendê-los como sinais de interação entre forças psíquicas, ou seja, como sinais de manifestações de intenções propositadas que operam concorrentemente ou em mútua oposição. O interesse da psicanálise freudiana recai, diante disso, numa visão dinâmica dos fenômenos psíquicos. Ao mesmo tempo em que enumera os diferentes conflitos que se constituem como pré-condições etiológicas da neurose, Freud sublinha que não são todos os casos de conflitos que resultam em psicopatologia:

Sabe-se que as precondições etiológicas da neurose ainda não são conhecidas com certeza. Os fatores que a ocasionam são frustrações e conflitos internos, conflitos entre as três grandes instâncias psíquicas, no interior da economia libidinal, consequentes à nossa constituição bissexual, e entre os componentes instintuais eróticos e agressivos. A psicologia das neuroses se empenha em averiguar o que torna patogênico esses processos, pertencentes ao curso normal da vida psíquica (FREUD, 1931, p. 370).

Frente a isso, não há uma distinção fundamental entre os conflitos considerados normais e aqueles considerados neuróticos. Em ambos os casos, os instintos e a disposição bissexual geram conflitos de maior ou menor intensidade. Como vimos, em *Neurose e Psicose* (1924[1923]), na causa da psicopatologia estão, em primeiro lugar, as frustrações de natureza externa dos desejos sexuais da infância (ou frustrações internas geradas pelo superego enquanto representante da realidade) e, em segundo, os conflitos psíquicos gerados entre as instâncias (e destas com a realidade externa) emergentes diante de tais frustrações. Ao ego cabe a função de administrar ou conciliar esses conflitos, sendo que a patologia será um resultado possível do exercício dessa função, ou da sua falha em lidar com o conflito, o que acarretará, visando à proteção contra a sua ruptura, deformações e danos à sua unidade ou, em casos mais extremos, divisões. Mas o resultado de todas as situações de conflito, segundo Freud (1924[1923]), dependerá fundamentalmente da constelação econômica que se forma em função do conflito, isto é, das grandezas das forças que estão em embate no seio do aparelho psíquico.

Cabe perguntar, agora, o que explica a formação de um sintoma a partir de um conflito desencadeado por uma frustração? É o conceito de fixação que permitirá explicar de que forma um conflito interno, com bases em funcionamentos arcaicos, pode ser desencadeado e formar uma neurose.

2.4.2 O conceito de fixação

Como vimos, mais do que procurar definir estruturalmente a patologia e a normalidade, Freud pretende compreender o embate de forças que estão em jogo no funcionamento psíquico, assim como a origem dos conflitos que podem ou não gerar estados que comprometem a psicodinâmica como, por exemplo, nos casos das neuroses de transferência. Utiliza, para tanto, uma série de noções e conceitos, por meio dos quais procura desvelar e explicar o funcionamento do psiquismo: os instintos primordiais básicos, a bissexualidade, as instâncias psíquicas, a sexualidade infantil, etc. Cabe notar que, para Freud, o psiquismo não é inato, ou seja, não nasce pronto ou biologicamente determinado. O psiquismo deve se desenvolver e se constituir ao longo da vida, mais fundamentalmente na infância e na adolescência, quando recebe seus últimos aportes definitivos.

Freud procurou descrever o psiquismo em termos evolutivos e buscou reconstituir qual seria o caminho percorrido pela mente até alcançar os seus contornos finais na vida adulta, e o explicou em termos do jogo de forças e da interação entre duas grandes classes de instintos e em termos de interação entre as instâncias psíquicas. Por meio da análise de adultos e de um

rico desenvolvimento teórico, Freud se lançou a inferir de que maneira são atingidas tais formatações. A neurose e a psicose foram compreendidas, nesse contexto, como falhas, inibições ou desvios ao longo desse processo evolutivo.

Freud (1916-1917[1915-1917]) parte da premissa de que a função libidinal passa por uma prolongada evolução até ser posta a serviço da reprodução. No entanto, essa evolução não ocorre sem perigos, devido ao fato de que nem todas as fases iniciais são ultrapassadas com êxito de maneira ideal e muito menos superadas completamente: “partes da função serão retidas permanentemente nesses estádios iniciais e o quadro total do desenvolvimento será limitado por determinada quantidade de inibição de desenvolvimento” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 343). Assim, é possível que alguns aspectos das funções sexuais fiquem para trás, em estádios anteriores de seu desenvolvimento, enquanto outros aspectos possam ter atingido o seu objeto final. O retardamento ou a retenção de uma tendência parcial em um estádio anterior é definido como fixação do instinto.

Como vimos, o conflito é inerente à vida psíquica e deve ser absorvido pelas funções do psiquismo, o que depende da aquisição de recursos ao longo do desenvolvimento. Da mesma maneira que a sexualidade adulta, uma mente sadia também depende de uma história evolutiva, que envolve relações de objetos e não somente uma determinação biológica. Os conflitos atuais e as possibilidades de lidar com eles dependem dessa história de desenvolvimento. Portanto, as perturbações no funcionamento adulto devem ser compreendidas na história dessa evolução e, quanto mais perturbações sofridas durante a evolução, mais provável será o aparecimento de neuroses ou comprometimentos na vida adulta. Tais noções constituem os princípios básicos da psicanálise.

As noções de fixação e regressão, em conjunto com a de conflito, oferecem as bases para compreender a concepção de normal e patológico, bem como os mecanismos de formação dos sintomas na teoria freudiana. A fixação se refere às marcas sofridas ao longo da evolução do desenvolvimento do psiquismo e é definida basicamente como um apego intenso da libido a determinadas fases do desenvolvimento psicosexual e a objetos libidinais da infância. No entanto, conforme pudemos observar no tocante à noção de conflito, a noção de fixação não é simples e nem pode ser reduzida a uma única definição, já que se entrelaça ao emaranhado de conceitos e noções que compõem o edifício da psicanálise freudiana.

A que se devem os conflitos descritos anteriormente? O que está na raiz de um desejo que, na idade adulta, entra em conflito com as proibições superegoicas e origina um conflito neurótico? A noção de fixação é inserida justamente neste espaço, entre um conflito atual e as marcas constitutivas do desenvolvimento psicosexual, que compõem a história de cada ser

humano. Tais marcas são preservadas e poderão ter papel preponderante no funcionamento psíquico atual, definindo não só quais conflitos o afetarão, mas também as características de seu caráter e a maneira pela qual ele se relacionará com seus objetos. Como vimos, para Freud, os comprometimentos psíquicos não se devem a uma diferenciação entre o normal e patológico em nível de diferença estrutural, mas a uma diferença de grau e intensidade de conflitos. A noção de fixação também será compreendida sob esse prisma: todos são marcados por fixações ao longo do seu desenvolvimento; contudo, o que torna a fixação fonte da determinação de um caráter ou de um distúrbio maior ou menor é a intensidade de tais fixações. Desse ponto de vista, da mesma maneira que ninguém está livre de conflitos, é impensável escapar das fixações: são elas mesmas que nos definem e oferecem contornos particulares à nossa personalidade.

Segundo Freud (1916-1917[1915-1917], p. 345), para compreendermos as neuroses, é importante ter em vista a relação entre fixação e regressão; “isto lhes dará maior segurança, ao enfrentarem a questão da formação das neuroses – a questão da etiologia das neuroses”, diz o autor. Assim, de acordo com a importância dessas noções para o entendimento dos aspectos etiológicos das psicopatologias, pretendemos realizar uma explanação das noções de fixação e regressão na teoria freudiana, procurando compreender suas implicações para a formação do psiquismo e dos estados patológicos. Dessa forma, estaremos mais aptos a compreender o papel da fixação e do conflito no distúrbio da melancolia. Neste tópico, abordaremos a noção de fixação e, no seguinte, a de regressão.

Laplanche e Pontalis (1998) definem a fixação como o apego intenso da libido a pessoas ou a imagos, à reprodução de determinados modos de satisfação aos quais a pessoa permanece apegada e à permanente organização da libido, segundo a estrutura característica de um ou mais de seus estágios evolutivos. A noção de fixação é estreitamente ligada à de regressão, pois aquela pode ser manifesta e atual ou constituir uma virtualidade prevalente que abre ao sujeito a via de uma regressão a fases anteriores do desenvolvimento, às quais a libido permaneceu fixada. A noção de fixação é geralmente compreendida no quadro da teoria da sexualidade infantil, que passa por uma progressão ordenada ao longo do desenvolvimento. A fixação ocorre, assim, em relação a um ou mais estádios do desenvolvimento, em que a libido ficaria ligada a modos de satisfação específicos, a tipos de objetos de satisfação ou de modos de relação arcaicas. Segundo os autores, de maneira mais geral, a fixação pode designar o modo de inscrição de certos conteúdos representativos - como experiências, imagos, fantasias -, que persistem no inconsciente de maneira inalterada e nos quais a pulsão permanece ligada.

A ideia de fixação surge, na pena de Freud, como uma marca deixada por um trauma passado que permanece ligado ao sujeito. A neurose, explicada de maneira mais simples, se deveria à incapacidade de assimilar o evento traumático que, por sua vez, permanece fixado no psiquismo. Ao longo de sua obra, a noção de fixação vai sendo elaborada e torna-se cada vez mais complexa, embora este sentido inicial, de uma marca que persiste, não seja descartado. Assim, a noção de fixação é mais comumente ligada à teoria da libido e desenvolvida em torno das noções de sexualidade infantil, instinto sexual e desenvolvimento psicosexual, propostas nos *Três ensaios* (FREUD, 1905).

Embora a noção de fixação já apareça em seus primeiros trabalhos psicanalíticos para descrever o apego a um evento traumático passado relacionado à origem das neuroses, é somente em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* que Freud (1905) formula tal noção de maneira mais completa. De modo geral, a noção de fixação aparece associada à sexualidade infantil e aos momentos iniciais da constituição do psiquismo. Como vimos anteriormente, Freud postula sua teoria do conflito a partir de uma dualidade, de um par de opostos, entre uma força e um grupo que a ela se opõe. Vejamos: “Já mencionei que a pesquisa das causas e motivações da neurose nos levou, com frequência cada vez maior, aos conflitos entre os impulsos sexuais da pessoa e as resistências à sexualidade” (FREUD, 1925[1924], p. 111). Em função dos conflitos serem de natureza sexual, Freud é levado a compreender o papel da sexualidade na vida psíquica, o que acarreta descobertas e formulações importantes em sua teoria. Seguiremos os passos da importância da sexualidade na vida psíquica e na formação da patologia por meio da noção de fixação. Segundo Freud (ibid.):

Na busca das situações patogênicas em que haviam aparecido as repressões da sexualidade e de que se originavam os sintomas como formações substitutivas do [material] reprimido, fomos conduzidos a momentos sempre anteriores da vida do paciente, chegando enfim à sua primeira infância.

Isso leva Freud a postular não só a existência de uma relação entre a patologia e a sexualidade, mas a formular o desenvolvimento da sexualidade infantil desde a mais tenra infância:

Disso resultou aquilo que os escritores e conhecedores dos homens sempre afirmaram, que as impressões dos primeiros períodos da vida, apesar de geralmente sucumbirem à amnésia, deixam traços indeléveis no desenvolvimento do indivíduo – em especial, firmam a predisposição para adoecimentos neuróticos posteriores. Como essas vivências infantis sempre diziam respeito a excitações sexuais e à reação a elas, achamo-nos diante do fato da *sexualidade infantil*, que constituía outra novidade e contradizia um dos mais fortes preconceitos humanos (FREUD, 1925[1924], p. 111).

A contribuição mais geral dos *Três Ensaio*s, como se sabe, é a proposição da sexualidade infantil. Freud chega à elaboração dessa teoria por meio da análise do conteúdo dos sintomas neuróticos de seus pacientes que, quase sempre, como vimos, remetiam a conflitos de natureza sexual: “dizemos serem sexuais as atividades imprecisas e indefiníveis do início da infância, porque, no decurso da análise, chegamos a elas a partir dos sintomas, após examinarmos material indiscutivelmente sexual” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 329). É por meio da observação das neuroses que os primórdios da organização dos componentes sexuais do instinto são retroativamente reconstruídos. Aqui, mais uma vez, reencontramos a patologia revelando aspectos da normalidade.

Foi apenas com a ajuda da investigação psicanalítica das neuroses que se tornou possível descobrir as fases ainda mais precoces do desenvolvimento da libido. Para dizer a verdade, estas não são senão hipóteses; mas, se os senhores efetuarem a psicanálise na prática, verificarão que são hipóteses necessárias e úteis. Em breve irão saber como sucede a patologia poder, aqui, revelar-nos a existência de conexão que inevitavelmente deixaríamos de perceber em uma pessoa normal (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 331).

Quanto mais primitivas e graves eram as neuroses de seus pacientes, mais se tornava possível para Freud compreender aspectos do início da formação do psiquismo, e postular, em seguida, uma linha evolutiva de desenvolvimento normal. A todo o momento, observamos que a teoria freudiana da normalidade é constituída e balizada pelo paradigma da patologia. No tocante à temática da sexualidade, a ampliação oferecida foi assim resumida:

Desprender a sexualidade dos genitais tem a vantagem de nos permitir considerar a atividade sexual das crianças e a dos pervertidos sob o mesmo ponto de vista que a dos adultos normais, quando até agora a primeira foi inteiramente negligenciada e a segunda, acolhida com indignação moral mas sem compreensão. Na concepção psicanalítica, também as mais estranhas e mais repulsivas perversões se explicam como manifestações de instintos sexuais parciais, que se subtraíram ao primado genital e perseguem autonomamente o prazer, como nos primeiros tempos de desenvolvimento libidinal. A mais importante delas, a homossexualidade, dificilmente merece o nome de perversão. Ela remonta à bissexualidade constitucional e ao efeito posterior da primazia fálica; mediante psicanálise pode-se demonstrar em cada pessoa um tanto de escolha homossexual de objeto. Ao designar as crianças como ‘polimorficamente pervertidas’, fizemos apenas uma descrição em termos de uso geral; não pretendemos enunciar uma avaliação moral. Tais julgamentos de valor são alheios à psicanálise. Freud (1925[1924], p. 118-119).

Diante disso, vemos que Freud considera os elementos que observa nos adultos como constitutivos do aparelho psíquico. Por sexual, Freud (1905) entende as atividades de prazer, incertas e indeterminadas, de toda a primeira infância. Sobre a ampliação do conceito de sexualidade, Freud escreve:

Primeiro, a sexualidade é afastada de seu vínculo por demais estreito com os genitais e caracterizada como uma função somática mais abrangente, que visa o prazer e só secundariamente entra a serviço da procriação. Em segundo lugar, são incluídos entre os impulsos sexuais todos aqueles apenas afetuosos e amigáveis, para os quais a linguagem corrente utiliza a polivalente palavra ‘amor’. (FREUD, 1925[1924], p. 118).

Freud procura desfazer a noção corriqueira e comum de que sexual e genital são coincidentes. Assim, podemos ler: “não podemos evitar de postular a existência de algo ‘sexual’ que não é genital – que não tem nenhuma relação com a reprodução” [e de] “estender a descrição de ‘sexual’ também às atividades do início da infância que buscam o prazer do órgão” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 326-329). Dito de outra forma, Freud desconstrói a concepção popular que atribui ao instinto sexual um fim e objeto único e específico, e que o localiza nas excitações e no funcionamento do aparelho genital. Para Freud (1913, p. 333), “a psicanálise depende em absoluto do reconhecimento dos instintos sexuais parciais, das zonas erógenas e da expansão que assim se obteve do conceito de ‘função sexual’, em contraste com o mais estrito de ‘função genital’”. O autor vai procurar mostrar como o objeto do instinto pode ser variável e contingente e que toma suas formas definitivas na idade adulta em função das vicissitudes da história de cada indivíduo e de suas relações. Freud também mostra que os objetivos ou metas do instinto sexual são múltiplos, parciais e estritamente dependentes de fontes somáticas. Estas, igualmente múltiplas, são suscetíveis a ter, para o sujeito, funções prevalentes – embora variáveis (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998).

Como vemos, Freud (1905) opera várias mudanças de perspectivas estabelecidas por sua época; não só postulando uma atividade sexual infantil e descolando as inseparáveis noções de sexual e genital, mas, também, fazendo coincidir o desenvolvimento do psiquismo com o do sexual, de tal forma que se tornou mais pertinente se referir ao desenvolvimento psíquico como psicosexual da libido. Isso explicaria o motivo de as neuroses de transferência apresentarem comumente conteúdos de natureza sexual, pois tal evolução faz parte da formação mesma da vida psíquica. O fato de se atrelar a evolução do psiquismo à da sexualidade torna a constituição de ambas indissociáveis. Para se compreender melhor essa relação entre sexualidade e desenvolvimento psíquico, é necessário nos determos por um instante no conceito de instinto/pulsão. Afinal, tal relação está assentada sobre o princípio de constância, de maneira que o desenvolvimento psíquico ocorre para atender às exigências das pressões geradas pelo instinto sexual.

A introdução dos termos pulsão ou instinto constitui-se em outra contribuição marcante dos *Três ensaios* (FREUD, 1905). Ambos os termos correspondem à palavra alemã

Trieb, empregada por Freud, e, em torno deles, existem muitas polêmicas não só sobre o seu significado conceitual, mas, também, sobre os termos mais apropriados para sua tradução. Em suma, Freud utilizou de maneira diferenciada os termos Trieb e Instinkt, reservando o primeiro para um uso mais específico em sua teoria, como um conceito, e o segundo, raramente utilizado, para referir-se à noção de instinto determinante característico da biologia. No entanto, em inglês e em português, é comum se utilizar instinto para traduzir Trieb, enquanto, em francês, o comum é o termo pulsão. O termo instinto foi introduzido para designar um processo dinâmico, consistindo em um impulso que tende o organismo para um fim ou objetivo, que é, em última instância, a descarga das tensões. Por conta das polêmicas e discussões em torno do termo instinto, este é um conceito que requer, quando abordado, certa precisão. Segundo Laplanche e Pontalis (1998), um instinto tem sua fonte em uma excitação corporal que gera um estado de tensão. Seu objetivo ou meta é suprimir tal estado de tensão que impera sobre a fonte instintual. E é no objeto ou graças a ele que o instinto pode atingir sua meta. Em 1915, Freud define, no artigo *O instinto e seus destinos*, a pulsão/instinto, como um conceito limite entre o psíquico e o somático e afirma que o desejo é o representante psíquico do instinto. Com isso, ele liga a noção de instinto à de representação, pela qual entende uma maneira de delegação enviada ao psiquismo pelo somático. A pulsão ou instinto – termos que usamos aqui como sinônimos para corresponder à palavra alemã Trieb –, do lado somático, acha sua fonte nos fenômenos orgânicos geradores de tensões internas das quais o sujeito não pode escapar, enquanto, pela meta que ela visa e os objetos aos quais ela se liga, encontra um destino essencialmente psíquico. Freud formula tal noção da seguinte maneira:

Voltando-nos agora para a consideração da vida psíquica do ângulo da biologia, o ‘instinto’ nos parece como um conceito-limite entre o somático e o psíquico, como o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atinge a alma, como uma medida do trabalho imposto à psique por sua ligação com o corpo (FREUD, 1915, p.57).

É a essa situação fronteira do instinto que Laplanche e Pontalis (1998) vão se referir para explicar o fato de Freud recorrer à noção de representante, que consistiria em uma forma de delegação, isto é, de representação, do somático no psíquico. Os autores mostram que instinto adquire, então, duas faces: uma enquanto representante psíquico das excitações que provém do interior do corpo, e outra como o próprio processo de excitação somática. Ou seja, o instinto é representado no psiquismo pelos representantes do instinto – estes compreendendo dois elementos, o representante-representação e o quantum de afeto.

A noção freudiana de instinto se funda na teoria da sexualidade e na noção energética de que há dois tipos de excitações distintas - aos quais o organismo está submetido e que devem ser descarregados, segundo um princípio básico do organismo, o *princípio de constância*. Este último se refere à tendência do psiquismo a ser obrigado a manter, diante das excitações que lhe chegam, o mais baixo nível ou, ao menos, constante, por meio da descarga. Freud (1915, p.55-56) chega a afirmar que o psiquismo consiste em “um aparelho que, se fosse possível, gostaria de manter-se verdadeiramente livre de estímulos” e que “mesmo a atividade dos mais evoluídos aparelhos psíquicos está sujeita ao princípio do prazer, ou seja, é automaticamente regulada por sensações da série prazer-desprazer”. A distinção entre os dois tipos de excitação refere-se às excitações externas, das quais o sujeito pode fugir ou se proteger, e as excitações internas, que levam de maneira constante um afluxo de excitações das quais o organismo não pode escapar e que é a mola propulsora do aparelho psíquico. Assim, o instinto impõe uma exigência de trabalho ao psiquismo, que consiste, “em termos gerais, a tarefa de dominar estímulos” (FREUD, 1915, p.55). E ainda, talvez, afirma Freud (1915, p. 56) “possamos concluir, então, que eles, os instintos, e não os estímulos externos, são os autênticos motores dos progressos que levaram o sistema nervoso, tão infinitamente capaz, ao seu grau de desenvolvimento presente”. Portanto, as pressões exercidas pelos instintos sexuais, em combinação com os instintos de conservação, geram no psiquismo a necessidade de um trabalho de descarga ou elaboração que favorecem a sua evolução. É dessa maneira que podemos compreender a relação estabelecida por Freud entre evolução psíquica e evolução sexual.

Conforme vimos anteriormente, Freud apresentou, ao longo de sua obra, um conjunto de manifestações instintuais sob uma só grande oposição fundamental, inicialmente entre amor e fome (instinto sexual vs. instinto de autoconservação) e, em seguida, entre amor e discórdia (instinto de vida vs. instinto de morte). É importante ter claro que a publicação dos *Três Ensaios* insere-se no registro da primeira teoria pulsional, em que os instintos sexuais se opõem aos instintos de autoconservação. Já em 1911, no *Caso Schreber*, é possível encontrar uma afirmação muito parecida com aquela anterior de *Os instintos e seus destinos*:

Percebemos o instinto como o conceito-limite entre o somático e o psíquico, nele vemos o representante psíquico dos poderes orgânicos, e aceitamos a distinção popular entre instintos do Eu e instinto sexual, que nos parece condizer com a dupla posição biológica do ser individual, que aspira tanto à sua própria conservação como à da espécie (FREUD, 1911, p.98).

Freud refere-se ao desenvolvimento da libido, considerando a primazia do instinto sexual no curso do desenvolvimento humano. Isso porque, como mostramos anteriormente, sua fonte de estudo foram as neuroses de transferência que, segundo Freud, tinham base indiscutivelmente sexual e, por isso, colocava em relevo as características mais marcantes do instinto sexual. A respeito do desenvolvimento da psicanálise, Freud afirma (1915, p. 63): “ao seu curso de desenvolvimento, até agora a psicanálise só pôde nos dar informações razoavelmente satisfatórias a respeito dos instintos sexuais, justamente porque pôde observar nas psiconeuroses, como se fossem isolados, apenas esse grupo de instintos”.

Finalmente, a evolução psicosexual corresponde ao desenvolvimento psíquico sob a forma do desenvolvimento da libido, que combina as duas grandes classes de instintos fusionadas. A patologia aparece, dentro do quadro dessa teoria, sob as formas dos atropelos da evolução psicosexual, geradores de conflitos. A fixação e as inibições são as marcas características da história individual e particulares ao desenvolvimento de cada ser humano.

[a] vida sexual (ou, conforme dizemos, a função libidinal) não emerge como algo pronto e nem tem seu desenvolvimento ulterior ditado pelo seu próprio aspecto inicial, mas passa por uma série de fases sucessivas que não se parece entre si; sua evolução repete-se, portanto, várias vezes – como o da lagarta em borboleta (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 332).

Em os *Três ensaios* (1905), o processo evolutivo do desenvolvimento aparece dividido em fases ou períodos. Aliás, é muito comum encontrarmos referências à evolução psicosexual como fases determinadas e bem marcadas. No entanto, a noção de fase é secundária à noção de organização. Isso quer dizer que, durante um determinado período, se estabelece uma determinada organização dos instintos, de tal maneira características e predominantes, que torna possível aludir às diferentes organizações como uma fase. Mas essa expressão não passa de um meio mais geral para se referir a organizações específicas. Segundo Gabbi Junior (1993, p.248), ao abordar as fases psicosexuais é preciso afastar algumas objeções e ter em mente as seguintes observações:

A teoria das fases não é uma teoria desenvolvimentista nem no sentido de Gesell, nem no sentido de Piaget. Isto é, ela não implica nem na ideia de que as fases existam em potência no indivíduo, Gesell, nem que a presença de uma fase acarrete o desaparecimento anterior, como em Piaget. A construção das fases se dá como camadas sobrepostas, cuja interação permite dar conta de seus efeitos. Em nenhum momento, uma fase pode ser entendida como englobando todas as anteriores ou realizando uma síntese. É no interior de cada estrutura que se produz o processo que leva à produção da seguinte. Esta é inteiramente descontínua com a anterior, não era esperada, mas coexiste com aquela.

A importância dessa ressalva é permitir compreender o desenvolvimento de maneira mais dinâmica do que estrutural. A noção de organização refere-se à maneira como os instintos estão organizados, considerando seus resultados e implicações. Finalmente, ao se voltar à fase anal ou oral, por exemplo, é preciso ter em mente que se trata de determinada organização dos instintos, e que a predominância de uma determinada organização não exclui a existência de outras, presentes num mesmo período: [...] “nossa atenção se dirige aos fatos que mostram o quanto uma fase anterior permanece ao lado e por trás das configurações posteriores e adquire uma permanente representação na economia libidinal e no caráter da pessoa” (FREUD, 1933[1932], p. 245-246).

As fases de desenvolvimento da libido, às quais o sujeito pode permanecer mais ou menos fixado, são muito conhecidas, mas nem sempre compreendidas ou explicitadas adequadamente, nem ao menos consideradas em toda a sua implicação no tocante aos aspectos constitutivos do funcionamento psíquico. A noção de fixação, aqui, é definida a partir de alguns pressupostos básicos do desenvolvimento como, por exemplo, a evolução do instinto sexual. Ao ligar as neuroses às suas respectivas organizações instituais, Freud destaca formas muito particulares de funcionamento psíquico que predominam em certo indivíduo. Ao caracterizar os instintos sexuais do adulto, parte-se da hipótese de que estes são o resultado de um agrupamento de múltiplas moções da vida infantil em uma única unidade, numa tendência tendo um objetivo ou uma meta única. De maneira resumida, assim se caracteriza a natureza dos instintos sexuais e de suas atividades:

Para uma caracterização geral dos instintos sexuais podemos dizer o seguinte: eles são numerosos, originam-se de múltiplas fontes orgânicas, atuam de início independentemente uns dos outros, e apenas bem depois são reunidos numa síntese mais ou menos completa. A meta que cada um deles procura atingir é o *prazer do órgão*; somente após efetuada a síntese eles entram a serviço da *função reprodutiva*, tornando-se geralmente conhecidos como instintos sexuais. Ao aparecer, apoiam-se inicialmente nos instintos de conservação. Dos quais se desligam apenas aos poucos, e seguem também na busca de objeto os caminhos que lhes mostram os instintos do Eu. Uma parte deles permanece a vida inteira associada aos instintos do Eu, dotando-os de componentes *libidinais*, que na função normal são facilmente ignorados, e apenas quando há doença surgem claramente. Caracterizam-se pelo fato de poderem, em larga medida, agir vicariamente uns pelos outros, e trocar facilmente seus objetos. Devido a esses atributos, são capazes de realizações que se acham bem afastadas de suas originais ações dotadas de objetivo (*sublimação*) (FREUD, 1915, p. 63-64).

Ao examinar a vida sexual da infância, descobre-se que a excitação sexual da criança provém não de uma, mas de uma multiplicidade de fontes. Realizando a comparação entre a sexualidade infantil e a atividade sexual dos pervertidos, Freud afirma que a “sexualidade pervertida é muito bem centrada: todas as ações se dirigem para um fim – geralmente um

único fim: um dos instintos componentes assumiu predominância”. Já na sexualidade infantil, falta esta centralização: “seus instintos componentes separados possuem iguais direitos, cada um dos quais seguindo seus próprios rumos na busca do prazer” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 327-328). As excitações provenientes de diferentes fontes (oral, anal etc.), os chamados instintos parciais, não estariam originalmente agrupados e cada um deles buscaria seu alvo de uma forma independente (o domínio, a escopofilia etc.) que, em termos básicos, é a obtenção de um prazer determinado. Assim, Freud (1905) conclui que o instinto sexual, no início, não é unívoco e, ainda mais, é desprovido de objeto, constituindo-se em auto-erótico.

O termo instinto parcial alude ao pertencimento deste à classe mais geral dos instintos sexuais, ao funcionamento inicial independente uns dos outros e à tendência de se unir em diferentes organizações libidinais, sejam elas as organizações oral, anal, fálica e genital. Frente a isso, os instintos sexuais parciais só se subordinam à zona genital e à realização do coito, ao termo de uma evolução complexa. A vida sexual em seu início pode, assim, ser descrita como anárquica, “a atividade independente dos diferentes instintos parciais buscando o prazer do órgão” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 332). Devido a tal atividade anárquica dos instintos parciais, Freud caracteriza a organização pré-genital como uma organização frouxa. O conceito de instinto parcial reforça a ideia de que o instinto sexual existe de início em estado polimorfo e visa, principalmente, à supressão da tensão no nível da fonte corporal. O instinto sexual, ainda, se liga, na história do sujeito, às representações que determinam o seu objeto e o seu modo de satisfação: o impulso interno, de início indeterminado, sofrerá um destino que o marca com traços altamente individualizados.

Temos, assim, o caráter e as fixações, que determinarão a neurose de cada indivíduo por meio de suas fixações particulares. Como se sabe, as fases pré-genitais dividem-se basicamente em duas, a primeira caracterizada pelo erotismo e sadismo oral e, a segunda, pelo erotismo e sadismo anal. A noção de organizações pré-genitais foi devidamente formulada apenas em 1913, no artigo *A predisposição à neurose obsessiva* (1913). Tais formulações tiveram grande impacto na teorização a respeito do mecanismo da melancolia, pois tratavam de etapas muito precoces do desenvolvimento que vinham recebendo atenção mais intensa desde a introdução do conceito do narcisismo, por volta de 1910. À medida que se avançava nestas duas grandes regiões – a das organizações pré-genitais e a do narcisismo –, criava-se um arcabouço conceitual que tornaria possível uma explicação psicanalítica da melancolia.

O estágio de organização mais precoce do desenvolvimento é a fase oral, em que a boca e a atividade de sucção desempenham o papel principal. Segundo Freud (1916-1917[1915-1917], p. 333) o “primeiro objeto do componente oral do instinto sexual é o seio

materno, que satisfaz a necessidade de alimento do bebê”. Durante a amamentação, momento de nutrição do bebê e de satisfação do instinto de conservação, o componente instintual erótico também é satisfeito e torna-se independente do primeiro, por meio do ato sensual de sucção. Ainda de acordo com Freud (1915, p.63), os instintos sexuais, ao “aparecer, apoiam-se inicialmente nos instintos de conservação. Dos quais se desligam apenas aos poucos, e seguem também na busca de objeto os caminhos que lhes mostram os instintos do Eu”. Por sua vez, o instinto oral abandona o objeto externo e o substitui por uma área do corpo do próprio bebê, tornando-se auto-erótico. O desenvolvimento seguinte terá como objetivo abandonar esse autoerotismo, unificar os diversos objetos dos instintos separados e substituí-los por um único objeto. O abandono do autoerotismo é caracterizado pela substituição do corpo da própria criança por um objeto externo.

Em 1915, na terceira edição dos *Três ensaios*, Freud (1905) reconheceu e introduziu a ação do sadismo na organização oral. Assim como em *Os instintos de seus destinos*, artigo escrito em 1915, Freud fez referência a uma etapa preliminar do sadismo durante o narcisismo, situada na organização oral e dotando-a de ambivalência. Dessa forma, na chamada fase oral, como é mais comumente conhecida, será situada uma atividade sádica denominada de canibalística, em que a atividade sexual consiste na incorporação do objeto, conceito que servirá de base para o desenvolvimento da identificação narcísica – o conceito-chave de explicação da melancolia e da formação do aparelho psíquico. Estas atividades sexuais situadas na organização oral são caracterizadas como ambivalentes, o que explicaria a predominância da ambivalência na atividade de satisfação melancólica. Como se pode ver, é na organização oral que os elementos componentes da neurose melancólica são situados: um estágio preliminar narcísico do sadismo, cuja atividade sexual consiste no incorporar ou devorar, e portanto, ambivalente em sua natureza, caracterizado por um modo de relação objetal no qual a existência separada do objeto ainda não se afirmou (FREUD, 1915).

Na fase posterior, os instintos componentes em primeiro plano são os anais e sádicos. O contraste entre masculino e feminino não desempenha um papel relevante nessa fase, mas a organização se estabelece em torno do par de opostos ativo e passivo, “que pode ser descrito como precursor da polaridade sexual e que, daí em diante, se solda a essa polaridade” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 331). Do ponto de vista genital, o que pode ser considerado como masculino nas atividades dessa organização é a expressão de um instinto de domínio, que se transforma facilmente em crueldade, daí a expressão fase sádica. Por outro lado, as atividades caracterizadas por tendências passivas se ligam à zona erógena do orifício

anal. Ademais, Freud afirma que os instintos escopofílicos (olhar) e epistemológicos (adquirir conhecimento) estão fortemente em atividade.

Os instintos componentes parciais desta fase não existem sem objetos, mas esses objetos não convergem necessariamente em um único objeto. A organização sádico-anal é o precursor imediato de primazia genital. Um estudo detalhado mostra quanto dele se mantém na forma definitiva e ulterior das coisas, e, revela a forma em que seus instintos parciais são compelidos a tomar seu lugar na nova organização genital (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 331).

O papel da organização sádico-anal na melancolia foi objeto de discussão entre Abraham e Freud; o primeiro, em analogia com a neurose obsessiva, defendia a primazia desta organização na melancolia, enquanto Freud antevia como predominante uma organização ainda mais arcaica, referente à organização oral sádica – embora não descartasse a importância da organização sádico-anal para o incremento do sadismo em ação no conflito melancólico (FREUD, 1917[1915]).

Já na terceira fase, chamada de fálica, (Freud 1905, 1923b), ocorre a determinação da vida sexual pelas zonas genitais propriamente ditas; sua principal característica é a subordinação dos instintos parciais e anárquicos à primazia dos genitais e a decorrente sujeição da sexualidade à função reprodutiva. Mas isso ainda ocorre de maneira incompleta, e o estabelecimento definitivo deste primado se dará somente na puberdade, a serviço da reprodução, em sua última fase da organização sexual. A organização genital dos instintos sexuais ocorre por volta dos três anos, época em que os genitais começam a excitar-se, dando início a um período de masturbação infantil – uma forma de satisfação propriamente genital. Todavia, Freud esclarece que a organização fálica da criança diferencia-se da genitalidade do adulto em um ponto essencial, na infância se conhece apenas um órgão genital, o falo, o órgão masculino. Diante dessa perspectiva, o órgão feminino, para a criança, não é mais que um falo castrado.

Ainda no auge do desenvolvimento sexual infantil estabeleceu-se uma espécie de organização genital, na qual, porém, apenas o genital masculino desempenhou um papel, enquanto o feminino permaneceu desconhecido (a chamada primazia *fálica*). Nesse tempo o contraste entre os sexos não era ainda *masculino* ou *feminino*, mas sim, ‘de posse de um pênis’ ou ‘castrado’. O *complexo de castração*, com isso relacionado, torna-se muito importante para a formação do caráter e da neurose (FREUD, 1925[1924], 117-118).

Vem daí o nome conferido a essa organização, já que, mais que sobre a primazia dos genitais, o que encontramos neste estágio, segundo Freud, é a primazia do falo. Esse órgão, que se excita facilmente, ocupa um alto grau de interesse no menino e continuamente impõe tarefas ao seu impulso investigador. As características que esse membro adquirirá na vida

adulta se manifestam, aqui, como esforço de investigação, como curiosidade sexual. Quanto ao par de opostos atividade-passividade que predomina na organização anal, se transforma no par fálico-castrado. A oposição masculino-feminino encontrará uma definição somente na puberdade, na qual o primeiro reúne o sujeito, a atividade e a posse do pênis e, o segundo, assume o objeto e a passividade (FREUD, 1923b). O complexo de Édipo e o chamado complexo de castração têm, nessa fase, papel determinante - e a este último é atribuído o papel da dissolução do complexo de Édipo. O menino reconhece somente o órgão masculino e interpreta a ausência do pênis no sexo feminino como fruto de uma perda, de uma castração. Ao mesmo tempo, as atividades excitatórias e masturbatórias da criança serão coibidas pelos adultos, por meio de ameaças direcionadas ao seu órgão genital ou a membros relacionados, como a mão, por exemplo (FREUD, 1923b).

Assim, a ameaça de castração é responsável pela coibição dos impulsos sexuais e o abandono da “*organização genital fálica*”. No período da organização fálica, simultâneo ao complexo de Édipo, observamos já uma sexualidade próxima à do adulto, ainda incompleta, na qual encontramos um objeto sexual e certa convergência das tendências sexuais – à espera de alcançarem seus objetivos - sobre este objeto.

Ao lado da organização da libido ocorre o processo de escolha de objeto, que desempenha um grande papel na vida psíquica. O primeiro objeto amoroso após o estágio do *autoerotismo* será, para ambos os sexos, a mãe, cujo órgão nutridor provavelmente não é diferenciado de seu corpo no início. [...] A primeira escolha do objeto da criança é *incestuosa*, portanto (FREUD, 1925[1924], p. 117).

A criança se encontra em uma atitude edípica ante seus pais, na qual ocorre eleição de um objeto de amor e o estabelecimento de um rival que se opõe à realização dos objetivos amorosos. Assim, segundo Freud (1905, p. 220):

Tivemos que registrar como uma das mais surpreendentes descobertas, que essa eflorescência precoce da vida sexual infantil (dos dois aos cinco anos) também acarreta uma escolha objetal, com toda a riqueza das realizações anímicas que isso implica, de modo que a fase correspondente e ligada a ela, apesar da falta de síntese entre os componentes pulsionais isolados e da incerteza do alvo sexual, de ser apreciado como uma importante precursora da posterior organização sexual definitiva.

Como se sabe, o objeto de amor da criança é a mãe, e, segundo Freud (1916-1917[1915-1917], p. 330), nesse estágio da organização fálica já encontramos todas as características mentais e sociais típicas da vida sexual: a escolha de um objeto, uma preferência carinhosa por determinadas pessoas, decisões em favor de um dos dois sexos e, inclusive, ciúme.

Pode-se assinalar especialmente que, nos anos da infância anteriores à puberdade, quando o processo atingiu alguma definição, o objeto encontrado vem a ser quase idêntico ao primeiro objeto do instinto do prazer oral, que foi obtido por ligação [ao instinto nutricional]. Embora esse objeto não seja realmente o seio materno, pelo menos é a mãe. Dizemos que a mãe é o primeiro objeto de amor. Pois falamos em amor quando trazemos para o primeiro plano o lado mental das tendências sexuais e quando queremos repelir as exigências instintuais ‘sensuais’ ou físicas subjacentes, ou esquecê-las no momento. Na época em que a mãe se torna o objeto de amor da criança, nesta o trabalho psíquico da repressão já começou. Trabalho que consiste em uma parte dos fins sexuais subtrair-se ao conhecimento consciente. A essa escolha que a criança faz. Ao tornar sua mãe o primeiro objeto de seu amor, vincula-se tudo aquilo que, sob o nome de ‘complexo de Édipo’, veio a ter tanta importância na explicação psicanalítica das neuroses e tem tido uma parte não menor, talvez, na resistência à psicanálise (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 333).

O chamado complexo edipiano oferece então à criança duas possibilidades de satisfação, uma passiva e outra ativa. Masculinamente falando, o menino pode colocar-se no lugar do pai, e eleger a mãe como objeto de amor – caso em que o pai se torna um empecilho. Ou ainda, em uma atitude tipicamente feminina, ele pode querer substituir a mãe e fazer-se amar pelo pai – tornando a mãe supérflua. Independente da posição que predomina nessa fase, seja ela feminina ou masculina, a criança - o menino, no caso - vê-se em uma situação de ameaça, pois a possibilidade da castração põe fim às duas possibilidades de satisfação do complexo de Édipo. Tanto a posição feminina quanto a masculina, em se tratando do menino, implicam na perda do pênis, afirma Freud (1924a, p.208): “uma, a masculina, como castigo, a outra, feminina, como pressuposto”.

Se a satisfação amorosa no terreno do complexo de Édipo deve custar o pênis, tem de haver um conflito entre o interesse narcísico nessa parte do corpo e o investimento libidinal dos objetos parentais. Nesse conflito vence normalmente a primeira das forças; o Eu da criança se afasta do complexo de Édipo (FREUD, 1924a, p.208).

Ao final do complexo de Édipo, teríamos o abandono dos investimentos objetais amorosos, que seriam substituídos pela identificação e pela decorrente formação do superego. Em se tratando da formação do psiquismo, talvez o superego, herdeiro da fase fálica e do complexo de Édipo, seria a formação mais materializada por Freud em relação à sexualidade infantil. É na própria vivência sexual da fase fálica, ou melhor, no interjogo entre sua realização e seu abandono, diante da ameaça de castração, que vemos se materializar uma parte fundamental do aparelho psíquico, o superego.

A autoridade do pai, ou dos pais, introjetada no Eu, forma ali o âmago do Super-eu, que toma ao pai a severidade, perpetua a sua proibição do incesto e assim garante o Eu contra o retorno do investimento libidinal de objeto. As tendências libidinais próprias do complexo de Édipo são dessexualizadas e sublimadas em parte, o que

provavelmente ocorre em toda transformação em identificação, em parte inibidas na meta e mudadas em impulsos ternos. Todo o processo, por um lado, salvou o genital, afastou dele o perigo da perda, e, por outro lado, paralisou-o, suspendeu sua função. Com ele tem início o período de latência, que interrompe o desenvolvimento sexual da criança (FREUD, 1924a, p. 208-209).

O primado da zona genital dá lugar ao chamado período de latência, no qual a produção da excitação sexual oferece uma provisão de energia que é empregada em finalidades que não sexuais, para o estabelecimento da aptidão para a cultura e os sentimentos sociais e para construir as barreiras posteriores contra a sexualidade. É graças à repressão, ou à dissolução do complexo de Édipo, que ocorre a inibição dos impulsos sexuais – isto é, sua transformação em sentimentos ternos – e a sublimação dos mesmos, uma forma de direcionar os impulsos e obter a sua satisfação de maneira indireta.

A curiosidade, o interesse pelo conhecimento, a aquisição de conhecimentos próprios a uma cultura compartilhada: tudo isso tem origem nos impulsos sexuais e é atribuído à sua transformação. A formação da vida psíquica, em suas múltiplas facetas, como o superego ou a aquisição de funções cognitivas, passa pela esfera da sexualidade. Freud entrelaça a formação do psiquismo e a sexualidade infantil de tal maneira que se torna impossível ver tais fatores independentes um do outro. O período de latência será visto como aquele em que a sexualidade se tornará inibida para transformar-se no combustível que possibilita possível a sociedade humana. Seria impossível conceber toda sua teoria do desenvolvimento sem conceber tal fase. Ela é uma resposta à questão: se existe uma sexualidade infantil em atividade desde muito cedo, se ela se toma formas de uma sexualidade adulta no seio familiar sob a forma do complexo de Édipo, o que torna possível a posterior convivência social mediante tais impulsos? A resposta poderia ser basicamente, de um lado, a repressão sexual e sua transformação em impulsos sublimados e inibidos em função da ameaça de castração, e de outro, a formação de uma instância psíquica, que garantirá a proteção contra o retorno desses impulsos, o superego. Assim, é possível “reconhecer ou admitir esses nexos entre organização fálica, complexo de Édipo, ameaça de castração, formação do Super-eu e período de latência”; tais nexos “justificam a afirmação de que o complexo de Édipo sucumbe à ameaça de castração” (FREUD, 1924a, p.210).

Após a fase de latência, que coincide com a chegada da puberdade, as fontes de excitação sexual estão subordinadas ao primado da zona genital e ao processo do encontro do objeto de amor. Freud (1905, p. 221) afirma que a escolha objetal, na vida adulta, é guiada pelos indícios infantis da inclinação sexual da criança pelos pais e pelas pessoas que cuidam dela.

Com a puberdade são reavivados os impulsos e investimentos objetivos do primeiro período, e também as ligações emocionais do complexo de Édipo. Na vida sexual da puberdade há uma luta entre os impulsos dos primeiros anos e as inibições do período de latência (FREUD, 1925[1924], p. 117).

A inclinação sexual da criança é renovada na puberdade, desviada de seu objeto original por meio da barreira do incesto e direcionada para objetos que se assemelham àqueles da infância. No momento em que ocorre a ligação entre o desenvolvimento psíquico e o somático, produz-se a unidade da função amorosa observada habitualmente.

Dessa maneira, após essa longa retomada das organizações que compõem o desenvolvimento psicosssexual, podemos finalmente inserir a noção de fixação atrelada à sexualidade infantil:

Portanto, declaro, sem mais delongas, que no caso de cada uma das tendências sexuais, considero possível que algumas partes das mesmas tenham ficado para trás, em estádios anteriores de seus desenvolvimentos, embora outras partes possam ter atingido o objeto final. Aqui os senhores reconhecerão que estamos delineando cada uma dessas tendências como uma corrente que tem sido continua desde o começo da vida, a qual, porém dividimos, em certa medida artificialmente, em sucessivos avanços separados. [...] Permitam-me ainda esclarecer que nos propomos descrever o retardamento de uma tendência parcial num estádio anterior como sendo uma *fixação* – isto é, uma fixação do instinto (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 344).

Diante disso, a fixação pode ser definida, mais precisamente, como o resultado de fatores que perturbam o desenvolvimento psicosssexual de alguma maneira, por conta de experiências precoces de satisfações. No fragmento abaixo, Freud (1925[1924], p.116) escreve sobre a importante conexão entre desenvolvimento sexual infantil, fixação, regressão e origem da patologia (neurose):

Devido à força excessiva de determinados componentes ou a experiências precoces de satisfação, há *fixações* da libido em certos pontos do desenvolvimento. Então a libido tende a retornar a esses pontos, no caso de uma repressão posterior ([processo de] *regressão*), e a partir deles ocorre a irrupção [da energia] para o sintoma. Uma compreensão posterior acrescentou que a localização do ponto de fixação é também decisiva para a escolha da neurose, para a forma como surge a doença posterior.

A escolha da neurose alude ao modo de satisfação substitutiva, sob a forma de sintomas determinados pelas vivências destas satisfações infantis como, por exemplo, no caso da histeria, a irrupção de sintomas corporais. No tocante à melancolia, a fixação será situada na fase oral, ligada à etapa predominantemente ambivalente dessa organização psicosssexual. A fixação pode ocorrer em relação aos objetos de amor da infância ou em relação aos instintos sexuais das fases psicosssexuais. Segundo Freud (1905, p. 222): “Cada passo nesse

longo percurso de desenvolvimento pode transformar-se num ponto de fixação, cada ponto de articulação nessa complexa montagem pode ensejar a dissociação da pulsão sexual”. Importante notar que, no início, os instintos são considerados parciais e independentes e que a fixação pode ocorrer em uma ou mais dessas atividades instintuais. Em 1915, Freud definiu a fixação da seguinte maneira:

Uma ligação particularmente estreita do instinto ao objeto é qualificada de ‘fixação’ do mesmo. Ela se efetua com frequência nos períodos iniciais do desenvolvimento instintual e põe termo à mobilidade do instinto, ao se opor firmemente à dissolução do laço (FREUD, 1915, 59).

Desse modo, pode ocorrer a fixação em uma forma de satisfação experienciada nessas fases, ligadas ou não a objetos que, segundo Freud (1905), não se restringem aos pais da criança, mas abrangem a gama de pessoas que estabelecem relações afetivas significativas com aquela. Vale notar, também, que os objetos aos quais é possível se fixar relacionam-se com a criança de forma particular, estabelecendo, então, modelos de relacionamentos mais ou menos determinantes. Compreender a fixação não se resume em considerar a fixação como um simples apego, mas como paradas no desenvolvimento, de forma que os elementos mais avançados neste podem retornar por um movimento de regressão a uma dessas fases anteriores. Assim, segundo a noção apresentada por Freud (1905), a função sexual se desenvolve seguindo um ritmo gradual, cada uma das pulsões parciais podendo apresentar uma evolução independente, mais ou menos acabada, e se integrando à corrente geral sobre o primado da organização genital. Pode-se, assim, parar no meio do caminho, fixando-se a uma fase anterior do desenvolvimento sexual ou a um objeto primitivo de satisfação.

A noção de trauma tem também um papel determinante para essa noção, já que intervém sob uma sucessão de experiências sexuais e favorece a fixação a um ou outro ponto determinado durante os estádios de evolução. Nas *Lições introdutórias de psicanálise*, Freud (1910d) vai reconhecer a possibilidade de fixação a um traumatismo, noção que se assemelha ao gênero de traumatismos abordados em seus primeiros trabalhos sobre a histeria. Freud (1910d, p.33) afirma que a fixação aos traumatismos patogênicos consiste em uma das características mais importantes da neurose: “essa fixação da vida psíquica aos traumas patogênicos é um dos caracteres mais importantes da neurose e dos que têm maior significação prática”. O autor reforça, ainda, a ideia de que uma expressão instintual muito intensa, em tempos ainda muito precoces, pode produzir uma fixação parcial que consistirá, a partir disso, em um ponto frágil, um lugar de oposição do reprimido:

A psicanálise nos mostra que a manifestação excessivamente intensa e prematura desses impulsos conduz a uma espécie de *fixação* parcial – ponto fraco na estrutura da função sexual. Se o exercício da capacidade genética normal encontra no adulto um obstáculo, rompe-se a repressão da fase do desenvolvimento justamente naquele ponto em que se deu a fixação infantil (FREUD, 1910d, p.57).

Aqui, a causa do processo de fixação é atribuída à manifestação intensa, mas também prematura, dos impulsos parciais. Assim, para o autor, um princípio geral de patologia revela que todo processo de desenvolvimento, pautado em uma linha evolutiva, corre o risco de sofrer inibições, retardos, ou ainda de se desenvolver de maneira incompleta. Esses fatores, que colorem o processo evolutivo, trazem consigo “os germes de uma disposição patológica”:

Um princípio de patologia geral afirma que todo processo evolutivo traz em si os germes de uma disposição patológica e pode ser inibido ou retardado ou desenvolver-se incompletamente. Isso vale para o tão complicado desenvolvimento da função sexual que nem em todos os indivíduos se desenrola sem incidentes que deixem após si ou anormalidade ou disposições a doenças futuras por meio de uma regressão (FREUD, 1910d, p.56).

Enquanto disposição patológica, a fixação deixará um caminho aberto para que, diante de determinadas condições – frustrações –, a neurose possa se manifestar por meio de um processo de regressão.

Em seu estudo sobre o presidente *Schreber*, Freud (1911) procura definir a fixação de modo ainda mais preciso, como constituindo a primeira fase de toda repressão. Enquanto um dos instintos componentes não pode seguir sua evolução normal, ele permanece imobilizado em um estágio infantil, e há uma parada de desenvolvimento. Portanto, o instinto componente em questão passa a pertencer ao inconsciente como uma corrente reprimida, e como uma forma de predisposição a uma neurose posterior. A psicanálise, de maneira muito geral, deriva os fenômenos patológicos do processo de repressão, no qual a fixação ocupa lugar fundamental na primeira fase do processo:

A primeira fase [da repressão] consiste na *fixação*, que precede e é condição para toda ‘repressão’. O fato da fixação pode ser enunciado da seguinte forma: um instinto, ou parte de um instinto, não acompanha o desenvolvimento previsto como normal e, graças a essa inibição no desenvolvimento, permanece num estágio infantil. A corrente libidinal em questão se comporta, diante das formações psíquicas posteriores, como se fizesse parte do sistema do inconsciente, como reprimida. Já dissemos que em tais fixações dos instintos se acha a predisposição para a futura doença, e, podemos acrescentar, sobretudo a determinação para o desfecho da terceira fase da repressão (FREUD, 1911, p.91).

A articulação com o processo de repressão assume tal complexidade que irá enriquecer consideravelmente a ação da fixação. A fixação é vista como passiva, como um resto no

passado, enquanto a repressão, em um segundo tempo, exercendo uma pressão posterior, é essencialmente ativa:

A segunda fase da repressão é a repressão propriamente dita, que até agora focalizamos preferencialmente. Ela vem dos sistemas mais desenvolvidos do Eu, capazes de consciência, e pode ser descrita, na verdade, como uma 'pós-pressão'. Dá a impressão de algo essencialmente ativo, enquanto a fixação apresenta-se, de fato, como um passivo ficar para trás. Experimentam repressão os derivados psíquicos dos instintos que primariamente ficaram para trás, quando o seu fortalecimento acarreta o conflito entre eles e o Eu (ou os instintos sintonizados com o Eu), ou as tendências psíquicas contra as quais se ergue, por outros motivos, uma forte aversão. Mas essa aversão não teria por consequência a repressão, caso não se produzisse um nexos entre as tendências desagradáveis a serem reprimidas e aquelas já reprimidas. Os dois casos que aqui separamos podem, na realidade, ser menos claramente diferenciados, e distinguir-se apenas por uma contribuição maior ou menor dos instintos primariamente reprimidos (FREUD, 1911, p.90).

Assim, notamos que é aquilo que foi fixado que irá sucumbir ao reprimido: derivados psíquicos dos instintos, tendências psíquicas ou, como tratamos anteriormente, os instintos parciais componentes. Nessa passagem, vemos dois elementos importantes em ação no processo de repressão: a fixação e o conflito psíquico. A fixação, dos instintos componentes e de seus derivados, vai representar uma corrente instintual presa a etapas ou a objetos do desenvolvimento precoce, enquanto, em segundo lugar, o conflito psíquico representará uma oposição à primeira, por parte do ego e das tendências que alcançaram um desenvolvimento maior. Aqui, mais uma vez, Freud recorre à oposição entre os instintos do ego - que favorecerão a ação da repressão - e os instintos sexuais, que permanecerão fixados em etapas precoces do desenvolvimento psicosexual.

A terceira fase resulta no fracasso da repressão mediante o retorno do reprimido, uma irrupção que nasce no ponto de fixação e implica uma regressão da libido até este ponto preciso:

A terceira fase, a mais importante no que toca os fenômenos patológicos, é a do fracasso da repressão, a da irrupção, do retorno do reprimido. Essa irrupção ocorre a partir dos pontos de fixação e consiste numa regressão do desenvolvimento da libido até esse ponto (FREUD, 1911, p.90).

Desse modo, diante do processo de repressão, vemos articulados: a fixação, o conflito psíquico, a regressão e, finalmente, o retorno do reprimido – sendo que este, conforme mostraremos adiante, pode ocorrer sob a forma da formação dos sintomas, por exemplo.

Nas *Conferências introdutórias sobre psicanálise*, Freud (1916-1917[1915-1917]) dedica uma conferência inteira sobre o tema da fixação e da regressão, articulando essas noções com o tema da etiologia das neurose. Inicialmente, deduz-se que, se cada neurose

contém uma fixação, nem toda fixação seria conduzida necessariamente a uma neurose, como mostra o exemplo do luto – tomado, aqui, como uma espécie determinada de fixação, um apego, a um objeto perdido:

Quanto ao tema da fixação numa determinada fase do passado, podemos, porém, acrescentar que tal conduta é muito mais difundida que a neurose. Toda neurose inclui uma fixação desse tipo, mas nem toda fixação conduz a uma neurose, coincide com uma neurose ou surge devido a uma neurose. Um perfeito modelo de fixação afetiva em algo que é passado, é o que se nos apresenta no luto, que realmente envolve a mais completa alienação do presente e do futuro. Mesmo o julgamento de um leigo, contudo, distinguirá com nitidez entre luto e neurose. Existem, por outro lado, neuroses que podem ser descritas como forma patológica de luto (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.284).

São, sobretudo, as tendências sexuais isoladas, parciais, que podem permanecer presas, isto é, fixadas a estágios anteriores, enquanto a evolução libidinal prossegue seu caminho de desenvolvimento. A fixação poderá, então, como um polo de atração, fazer regressar certas partes evoluídas até estes estágios fixados originariamente. Assim, Freud estabelece uma importante dependência entre fixação e regressão, e ainda ressalta o aspecto etiológico da fixação ao lado da frustração – esta sendo definida como um obstáculo à satisfação desejada pelo ponto de fixação da libido.

Basta os senhores recordarem que um desenvolvimento imperfeito da libido deixa atrás de si fixações libidinais muito férteis e, talvez, também, muito numerosas, em fases precoces da organização e da busca de objetos, as quais, em sua maior parte, são incapazes de prover satisfação real; e, com isso, os senhores poderão reconhecer na fixação libidinal o segundo poderoso fator que, juntamente com a frustração, é a causa da doença. Podem afirmar, numa abreviação esquemática, que a fixação libidinal representa o fator interno, predisponente, da etiologia das neuroses, ao passo que a frustração representa o fator externo, acidental (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.349-350).

É justamente essa interdependência entre frustração, fixação e regressão que constitui o mais poderoso fator etiológico das neuroses, uma formação resultante de um conflito psíquico. O ego pode aceitar a fixação constituindo uma perversão; ele pode, também, recusá-la e reprimi-la. Para reencontrar o caminho que leva à fixação, basta para a libido reencontrar as fantasias ligadas aos seus objetos e orientações abandonadas. Mas outro destino ainda é possível. O estudo da demência precoce revela estados nos quais se pode observar a ausência de investimento de objetos, conduzindo à ideia de um narcisismo, estado em que a libido vai se fixar sobre o corpo e o próprio ego ao invés de fixar-se nos objetos, desligando-se deles e substituindo-os pelo ego. Esse narcisismo, além de seu papel nas psiconeuroses, que serão posteriormente qualificadas de narcísicas, é universal e originário: é a partir do narcisismo que o objeto poderá se constituir. Ainda, é uma fixação ao tipo narcísico de escolha de objeto

que dispõe a homossexualidade manifesta. Lembremos que, no caso da melancolia, Freud (1917[1915]) também se refere a uma fixação na etapa do narcisismo e na organização oral do desenvolvimento psicosexual, para onde a libido irá regredir diante de uma perda vivida na relação com o objeto. Assim, nos voltaremos agora para a noção de regressão que irá complementar a nossa compreensão etiológica da formação da neurose.

2.4.3 A noção de regressão

Na teoria freudiana, a noção de desenvolvimento parte do pressuposto de que, na vida psíquica, mesmo que as tendências sexuais tenham atingido um nível de desenvolvimento satisfatório, seus aspectos menos evoluídos não deixam de existir. E assim nos deparamos com uma das características mais marcantes da vida psíquica: em seu processo evolutivo, as etapas superadas permanecem preservadas ao lado das etapas mais desenvolvidas – o que abre espaço para a formulação da noção de patologia na teoria freudiana, por meio das ideias de fixação e regressão.

Esquemáticamente, Le Guen (2008) compreende a regressão na obra freudiana em três tempos distintos. O primeiro, situado entre 1900 e 1915, representa o interesse de Freud por um processo normal do psiquismo, o trabalho do sonho. Em termos gerais, Freud considera que no sonho ocorre um tipo de regressão, o retorno da representação à imagem sensorial de onde ela partiu, no sentido de que a excitação percorre um caminho inverso até a extremidade sensorial. Assim, o sonho é uma forma de regressão que ocorre no interior do aparelho psíquico. O sonhar é considerado, “em seu conjunto, um exemplo de regressão à condição mais primitiva do sonhador, uma revivescência de sua infância, das moções pulsionais que a dominaram e dos métodos de expressão de que ele dispunha nessa época” (FREUD, 1900, p.578). Freud ainda distingue três formas de regressão - tópica, temporal e formal -, resumindo-as da seguinte maneira:

Convém ainda observar que a regressão desempenha na teoria da formação dos sintomas neuróticos um papel não menos importante que na dos sonhos. Assim, cabe distinguir três tipos de regressão: (a) regressão *tópica*, no sentido do quadro esquemático dos sistemas- Ψ que explicamos atrás; (b) regressão *temporal*, na medida em que se trata de um retorno a estruturas psíquicas mais antigas; e (c) regressão *formal*, onde os métodos primitivos de expressão e representação tomam o lugar dos métodos habituais. No fundo, porém, todos esses três tipos de regressão constituem um só e, em geral, ocorrem juntos, pois o que é mais antigo no tempo é mais primitivo na forma e, na tópica psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva. (FREUD, 1900, p.578).

Freud concebe o aparelho psíquico como sendo formado por uma sucessão orientada de sistemas, em que a energia psíquica segue determinada direção. Portanto, a regressão pode

ocorrer no sentido *tópico*, quando a energia percorre o sentido contrário ao progressivo em uma cadeia de sistemas. Normalmente, no estado de vigília, a energia percorre o sentido da percepção até a mobilidade. Já no estado de sono, a energia percorre um caminho regressivo do pensamento para a percepção, como também o faz em processos patológicos, como a alucinação. Já a regressão no sentido *temporal* é a retomada de formações psíquicas anteriores e o retorno a etapas ultrapassadas do desenvolvimento psicosexual, seja a organizações sexuais primitivas, seja a relações de objetos arcaicas ou, ainda, a etapas mais antigas do desenvolvimento do ego. E finalmente, a regressão no sentido *formal* refere-se a modos de figurações arcaicos que tomam o lugar dos modos habituais. Trata-se do retorno a modos de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista da complexidade, da estruturação e da diferenciação como, por exemplo, nos fenômenos em que ocorre um retorno do processo secundário ao processo primário do funcionamento psíquico (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998).

Segundo Le Guen (2008), Freud trás uma importante contribuição para a noção de regressão em *O caso Schreber* (1911), quando elucida os mecanismos psíquicos em ação na paranoia por meio da regressão ao ponto de fixação na etapa do narcisismo. Além disso, Freud estende seus enunciados sobre a patologia até a formação e o funcionamento da vida psíquica em geral, afirmando que as fixações ao longo do desenvolvimento constituem as bases da predisposição às neuroses em geral. Baseado nisso, Freud considera a regressão uma corrente retrógrada da libido que, por ser intensa e não encontrar uma forma de satisfação adequada, pode acabar sobre um ponto de fixação infantil, que atua como uma forma de predisposição à neurose. No caso de uma fixação no estágio do narcisismo, pode ocorrer que, diante de um grande afluxo de libido sem possibilidade de escoamento, o sujeito sexualize seus instintos sociais, aniquilando as sublimações conquistadas ao longo do desenvolvimento. Segundo Freud, os instintos sociais são constituídos a partir dos impulsos homossexuais advindos do estágio do narcisismo, que são inibidos em suas metas sexuais e somados às partes dos instintos do ego.

Nos *Três ensaios de uma teoria da sexualidade* expressei a opinião de que cada etapa no desenvolvimento da psicosexualidade trás uma possibilidade de ‘fixação’ e, com isso, um ponto de predisposição. Pessoas que não se desprenderam inteiramente do estágio do narcisismo, ou seja, que tem ali uma fixação que pode atuar como predisposição à doença, acham-se expostas ao perigo de que um grande afluxo de libido, não encontrando outro escoamento, submeta os seus instintos sociais à sexualização, fazendo assim recuar as sublimações conquistadas no curso do desenvolvimento. Pode conduzir a um resultado desses tudo o que produz uma corrente libidinal que retrocede (‘regressão’), tanto um fortalecimento colateral graças à decepção com a mulher, um represamento direto devido a fracassos nas relações sociais com os homens – ambos casos de ‘frustração’ –, como também uma

elevação geral da libido, muito forte para que pudesse achar saída pelos caminhos abertos, e que por isso rompe a barragem nos pontos fracos da construção (FREUD, 1911, p.82).

Frente ao exposto, podemos considerar que, mediante um fracasso da repressão e o conseqüente retorno do reprimido, sua irrupção terá origem no ponto onde havia se formado uma fixação e implicará uma regressão da libido até este ponto preciso. Tais formulações apontam para o tema da escolha da neurose e colocam as noções de fixação e regressão no centro da problemática em questão. A frustração, desdobrada em decepção e fracasso, é o elemento desencadeador da neurose, assim como “tudo o que produz uma corrente libidinal que retrocede” e que provoca uma elevação geral da libido que, sem encontrar opção de escoamento, irá procurar a satisfação nos pontos de fixação do passado (FREUD, 1911, p.82). Esses pontos de fixação atuam como fatores de predisposição às doenças neuróticas. Vemos que as noções de fixação e regressão se tornam cada vez mais inseparáveis e dependentes, considerando-se que a causa do processo regressivo é um grande afluxo de libido que não encontra escoamento direto e que precisa encontrar vias de satisfação anteriores, por meio da regressão aos pontos de fixação.

O que será definido por Freud como o fator causal deste grande afluxo de libido, causa do aumento de quantidade de libido no aparelho psíquico, é a frustração, que será colocada em evidência no desencadeamento da neurose em um texto seguinte, intitulado *Tipos de adoecimento neurótico* (FREUD, 1912). Neste trabalho, Freud afirma que, quando a frustração se torna suficientemente forte, a libido procura se deslocar da realidade para investir na fantasia, entrando em conflito com a parte do psiquismo que continua em relação com a realidade. A regressão conduz, assim, à formação dos sintomas e, como veremos adiante, a uma doença manifesta.

Um segundo tempo da noção de regressão no pensamento freudiano é situado entre 1915 e 1919 e é conhecido como período de transição ou de virada em sua teoria, cuja principal contribuição é representada pelas conferências introdutórias de psicanálise. Nestas, Freud retoma seus avanços, os desenvolve e anuncia novas descobertas. Segundo Le Guen (2008), a partir de 1915, encontraremos uma série de textos que, sem verdadeiramente se centrar na regressão, trarão importantes considerações sobre o tema. Em *Considerações atuais sobre guerra e morte* (1915b), encontramos:

Pois os desenvolvimentos psíquicos têm uma peculiaridade que não se acha em nenhum outro processo de desenvolvimento. Quando uma aldeia cresce e se torna uma cidade, ou um menino se torna um homem, a aldeia e o menino desaparecem na cidade e no homem. Somente a lembrança pode inscrever os antigos traços na nova

imagem; na realidade, os antigos materiais ou formas foram eliminados e substituídos por novos. Sucede de outro modo num desenvolvimento do psíquico. Não podemos descrever o estado de coisas, que a nada pode ser comparado, senão afirmando que todo estágio de desenvolvimento anterior permanece conservado junto àquele posterior, que se fez a partir dele; a sucessão também envolve uma coexistência, embora se trate dos mesmos materiais em que transcorreu toda a série de mudanças. O estado anímico anterior pode não ter se manifestado durante anos, mas continua tão presente que um dia pode novamente se tornar a forma de expressão das forças anímicas, a única mesmo, como se todos os desenvolvimentos posteriores tivessem sido anulados, desfeitos. Essa extraordinária plasticidade dos desenvolvimentos anímicos não é irrestrita quanto à sua direção; podemos descrevê-la como uma capacidade especial para a involução – regressão –, pois bem pode ocorrer que um estágio do desenvolvimento ulterior e mais elevado, que foi abandonado, não possa mais ser atingido. Mas os estados primitivos sempre podem ser reestabelecidos; o que é primitivo na alma é imperecível no mais pleno sentido (FREUD, 1915b, p. 225-226).

Nessa passagem, Freud chama a atenção para uma característica fundamental do aparelho psíquico: a particularidade de que, em seu desenvolvimento, toda etapa de evolução anterior coexiste com a etapa ulterior dela nascida, mantendo-se ativa ou não. Assim, mesmo que um estado pulsional inicial não se manifeste durante longo tempo, ele subsiste e pode, um dia, retornar ao primeiro plano, fazendo com que todos os desenvolvimentos posteriores sejam anulados e arrastados para trás. Essa característica particular, denominada de “plasticidade da vida anímica”, opera seguindo uma direção regressiva, na qual uma etapa mais desenvolvida e atual que é abandonada pode jamais ser alcançada novamente, enquanto etapas mais primitivas estão sempre a uma re-instauração. Dessa maneira, as neuroses se caracterizam principalmente por esse retorno a estados anteriores de afetos e funções. Ainda nesse trabalho, Freud afirma que o estado de sono fornece o mais notável exemplo da plasticidade da vida psíquica, pois a cada noite é como se nos livrássemos de nossa moralidade, penosamente conquistada ao longo de nosso desenvolvimento, assim como fazemos com uma roupa, para novamente vesti-la a cada manhã. Assim, o autor conclui: “Apenas o sonho pode informar sobre a regressão de nossa vida afetiva a um dos mais antigos estágios de desenvolvimento” – este estágio, conforme sabemos, é o do narcisismo (FREUD, 1915b, p.226).

Em *Conferências introdutórias sobre psicanálise*, ao postular o desenvolvimento da função libidinal por meio de uma sucessão de etapas, Freud (1917[1916-1917]) atenta para dois perigos básicos. O primeiro, descrito como uma fixação, consiste no fato de que, ao longo da evolução da função libidinal, certas partes dos instintos componentes podem ficar para trás, fixadas, enquanto outras seguem o curso evolutivo normal e alcançam seu objeto. Este “retardamento de uma tendência sexual num estágio anterior”, ou seja, a chamada “fixação do instinto” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.344) abre caminho para um

segundo perigo presente em um desenvolvimento por etapas: as partes que seguiram normalmente o curso da evolução e alcançaram seu objeto estão sujeitas a retornarem regressivamente a qualquer um desses estádios precedentes em que se estabeleceu um ponto de fixação. Segundo Freud (1916-1917[1915-1917], p.346), a regressão é um conceito puramente descritivo, que significa exclusivamente “um retorno da libido a anteriores pontos de interrupção de seu desenvolvimento”. Sua fórmula é relativamente simples: ao se deparar com poderosos obstáculos externos para obtenção de satisfação, ou seja, com experiências de frustração, a libido procurará fugir das dificuldades externas, regressando aos pontos de fixação que ficaram para trás ao longo do desenvolvimento.

Como vimos anteriormente, as tendências sexuais se desenvolvem independentes até se unirem sob o primado dos genitais e, nesse processo evolutivo, partes dessas tendências permanecem fixadas, ao passo que outras seguem sua evolução adequadamente. No entanto, mesmo as partes mais evoluídas e desenvolvidas estão sujeitas a retornar a estágios precedentes do desenvolvimento em que se encontram os pontos de fixação. A fórmula freudiana se torna mais complexa quando se considera que quanto maior a quantidade ou a intensidade das fixações, mais prontamente as partes desenvolvidas estarão prontas a recorrer à regressão, ao encontrar obstáculos externos ao exercício de sua função. Frente ao exposto, vemos que a intensidade das fixações terá ressonância considerável no funcionamento das partes mais desenvolvidas: quanto maior a intensidade das fixações, menor a capacidade de tolerar a frustração e maior será o uso do recurso à regressão:

O segundo perigo em um desenvolvimento por etapas desse tipo reside no fato de que as partes que prosseguiram adiante podem também, com facilidade, retornar retrocessivamente a um desses estádios precedentes – o que descrevemos como *regressão*. A tendência ver-se-á conduzida a uma regressão desse tipo, se o exercício de sua função – isto é, a obtenção do seu objetivo de satisfação – depara, em sua forma posterior ou mais altamente desenvolvida, com poderosos obstáculos externos. É plausível supor que a fixação e a regressão não sejam independentes uma da outra. Quanto mais intensas as fixações em seu rumo ao desenvolvimento, mais prontamente a função fugirá às dificuldades externas, regressando às fixações – portanto, mais incapaz se revela a função desenvolvida de resistir aos obstáculos externos situados em seu caminho (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 344-345).

A imagem oferecida por Freud para ilustrar a complexidade de tal noção é a do povo que migra e que, ao longo do caminho, deixa para trás em suas paradas contingentes da população. Diante das dificuldades que surgem no caminho, o grupo que continuou a viagem tenderá a retornar aos pontos de paradas onde se encontra um grupo conhecido e familiar. Mas, ao mesmo tempo, quanto maior for o número de paradas e de pessoas deixadas para trás, menor será o poder de resistir e de enfrentar as dificuldades encontradas.

Considerem que, se um povo em migração deixou atrás de si fortes destacamentos nos locais de parada de seu deslocamento, é provável que os escalões mais avançados tenderão a se retirar para esses locais de parada quando forem derrotados ou quando se defrontarem com um inimigo superior. Mas, também estarão em maior perigo de serem derrotadas, quanto maior for o número deles, que ficou para trás na migração (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.345).

Essa noção permite uma maior aproximação da compreensão freudiana da psicopatologia. A neurose surgirá, como veremos posteriormente, diante de obstáculos externos, mas, também, diante da impossibilidade de tolerar estes obstáculos ou da facilidade em recorrer à regressão mediante as frustrações externas.

“A essência da doença mental reside na volta a estados anteriores da vida afetiva e do funcionamento” (FREUD, 1915b, p.226). Basicamente, haveria dois tipos diferentes de regressão: um retorno da organização sexual, como um todo, a estádios anteriores e, um retorno aos objetos que inicialmente foram catexizados pela libido, que são de natureza incestuosa. Ambos os tipos de regressão são encontrados nas neuroses de transferência, sendo que a regressão a etapas anteriores é característica da neurose obsessiva, enquanto um retorno a objetos primitivos da libido é característica da histeria de conversão. No entanto, Freud adverte:

Há muito mais coisas a dizer acerca das regressões da libido, quando levamos em consideração também outros grupos de neurose, as narcísicas, que, por ora, não pretendemos abordar. Esses distúrbios dão-nos acesso a outros processos de desenvolvimento da função libidinal que ainda não mencionamos, e nos mostram, por conseguinte, ainda outras formas de regressão (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.345).

Freud já anunciava, sutilmente, aquilo que hoje sabemos com clareza: as neuroses narcísicas lhe proporcionaram uma visão consideravelmente nova sobre os aspectos mais primitivos do funcionamento psíquico e de sua formação. Diante disso, vemos que o estudo das neuroses narcísicas e, em nosso caso, da melancolia, nos oferece não só uma compreensão mais clara dos seus próprios processos patológicos, mas revelam, também, aspectos importantes dos processos de desenvolvimento do ego e de outras formas de ações regressivas presentes no funcionamento psíquico.

Freud (1916-1917[1915-1917], p.348) situa a frustração da satisfação libidinal na origem da neurose e, a esse respeito, formula a seguinte sentença: “as pessoas adoecem de neurose quando impedidas da possibilidade de satisfazer sua libido – que adoecem devido à ‘frustração’, conforme costume dizer – e que seus sintomas são justamente um substituto para sua satisfação frustrada”. Vimos que a “*regressão*” ocorre quando poderosos obstáculos

externos se opõem ao exercício da função libidinal, isto é, à sua satisfação. Ainda, para que a frustração tenha efeito patogênico, ela deve incidir sobre o modo de satisfação mais importante para o indivíduo, aquele que é o único desejado pela pessoa, o único meio da satisfação possível para aquele indivíduo.

Na histeria, diz Freud (1916-1917[1915-1917], p.347), alcançou-se a unificação dos instintos parciais sob a primazia dos genitais, mas, em função da repressão sexual, ocorre uma rejeição dessa condição por parte do sistema consciente-pré-consciente. Já no caso da neurose obsessiva, encontramos a regressão que se faz a uma fase anterior da organização sexual. Segundo Freud (1916-1917[1915-1917], p.347), esta é, “de longe, a mais surpreendente”. Nessa neurose, a regressão da libido ocorre na etapa preliminar da organização sádico-anal, na qual o impulso amoroso é obrigado a se disfarçar de impulso sádico – fase esta, na qual a ambivalência afetiva impera sobre o funcionamento psíquico.

O terceiro tempo se situa após os anos de 1920, período no qual a reflexão freudiana irá recair principalmente sobre a patologia da regressão, como o estudo mais particular da melancolia e das neuroses narcísicas. Os principais trabalhos em que a regressão recebe destaque são *Inibições, sintomas e ansiedade* de 1926 e *As Novas Conferências Introdutórias de psicanálise*, de 1933. Estes não serão abordados aqui por não se encontrarem no campo de formulações que antecederam a teoria freudiana da melancolia. No tocante à melancolia, Freud reconhece uma regressão a etapas anteriormente fixadas, a organização narcísica da fase oral, mas também uma regressão para formas de funcionamento psíquico arcaicos, que subjazem das formas de relações objetais precoces.

Cabe, diante do exposto, perguntar: o que leva um corrente libidinal a regredir para um ponto de fixação determinado? O que dispara a regressão? Como já pontuamos anteriormente, toda regressão se deve a uma frustração da libido, isto é, a um impedimento da obtenção de satisfação. É para a noção de frustração que nos voltaremos agora.

2.4.4 As noções de frustração e sintoma

Em benefício de uma terminologia uniforme, descreveremos como ‘frustração’ o fato de um instinto não poder ser satisfeito, como ‘proibição’ o regulamento pelo qual essa frustração é estabelecida, e como ‘privação’ a condição produzida pela proibição (FREUD, 1927, p. 20).

Após termos abordado as noções de conflito psíquico, fixação e regressão, resta-nos compreender a formação do processo patológico que é postulado por meio da noção de frustração. Como é possível notar, não há uma diferença de natureza qualitativa entre saúde e doença, e o surgimento de uma constelação patogênica no psiquismo é atribuído à relação

entre diversos fatores – sendo que o econômico recebe certo privilégio diante dessa visão: o aumento da libido, em função da impossibilidade de satisfação, é entendido como o fator quantitativo que vai gerar um desequilíbrio psíquico e colocar em marcha a necessidade de um trabalho psíquico para lidar com o aumento da tensão, por meio de processos que podem ser de natureza mais saudável ou mais patogênica.

A importância que devemos conceder à quantidade de libido na causação de doença condiz providencialmente com duas teses básicas da teoria das neuroses, a que a psicanálise nos conduziu. Primeiro de que as neuroses originam-se do conflito entre o Eu e a libido; segundo, a compreensão de que não há diferença qualitativa entre as condições da saúde e as da neurose, de que os indivíduos são têm de pelear com as mesmas tarefas de subjugação da libido, apenas saindo-se melhor nelas (FREUD, 1912, pp.237-238).

Segundo Freud (1916-1917[1915-1917], p.348), as pessoas adoecem neuróticas quando encontram obstáculos para a satisfação da libido, ou seja, quando se deparam com a frustração de seu desejo. A frustração seria a causa mais imediata do adoecimento neurótico, na medida em que um indivíduo considerado saudável, enquanto sua necessidade de amor é satisfeita por um objeto real do mundo externo, pode tornar-se neurótico se esse objeto lhe é retirado e se é impossível encontrar um substituto. A perda da possibilidade de satisfação libidinal, a abstinência, as restrições colocadas à satisfação, todas as expressões que se referem a obstáculos externos que se opõem à satisfação da libido, são reunidas por Freud (1912) sob o termo frustração. Mas nem toda frustração da satisfação libidinal torna a pessoa neurótica; para que a frustração seja de natureza patogênica, é imprescindível que ela afete o principal modo de satisfação de que a pessoa é capaz de obter.

Ainda, a frustração tem efeito patogênico quando represa a libido e causa um elevado acúmulo de tensão psíquica, colocando a questão de saber o quanto um indivíduo suporta o acúmulo de tensão e quais são os possíveis caminhos encontrados para a sua descarga. Os sintomas são considerados, nesse quadro, um substituto para a satisfação frustrada ou, em outros termos, um caminho possível, mas patológico, para burlar a frustração e livrar-se da tensão. Assim, nos deparamos com uma tese fundamental da psicanálise freudiana, a de que as causas da patologia envolvem um importante fator quantitativo: o aumento da libido ou, mais exatamente, seu represamento diante da impossibilidade de descarga, ou seja, diante da frustração.

Dessa maneira somos lembrados que não podemos desconsiderar o fator quantitativo em nenhuma reflexão sobre as causas da doença. Todos os outros fatores – frustração, fixação, inibição do desenvolvimento – ficam sem efeito, enquanto não tocam a uma certa medida de libido e provocam um represamento libidinal de determinada altura (FREUD, 1912, p. 237).

Portanto, uma constelação patogênica na economia psíquica consiste no “represamento da libido, que o Eu não pode impedir com seus próprios recursos sem sofrer danos” (FREUD, 1912, p. 238). Dessa forma, uma frustração externa sempre encontrará ressonâncias internas, à medida que “a situação mesma torna-se patogênica devido somente a um fator quantitativo” (ibid.): o aumento da libido “não constitui algo novo para a vida psíquica e não é criada pela intervenção de uma ‘causa patológica’”.

Existem métodos eficazes para se tolerar a privação da satisfação libidinal, pois os instintos parciais da sexualidade possuem uma grande plasticidade, podendo, por exemplo, recorrer à sublimação ou, ainda, substituindo o objeto ou, então, compensando a privação por meio da satisfação de outro instinto. Segundo Freud (1912, p.231), há duas formas básicas de manter a saúde, mesmo diante de uma situação de persistente frustração real da satisfação:

Transformar a tensão psíquica em energia ativa, que permaneça voltada para o mundo exterior e afinal obtenha dele uma real satisfação da libido, ou renunciar à satisfação libidinal, sublimando a libido represada e usando-a para alcançar metas que já não são eróticas e escapam à frustração.

No entanto, mesmo diante dessas possibilidades, existe “um limite à quantidade de libido não satisfeita que os seres humanos, em média, podem suportar” (FREUD, (1916-1917[1915-1917], p.349). A plasticidade da libido, sua capacidade de mobilidade e mesmo de sublimação, são limitadas e não se encontram preservadas em todas as pessoas.

[...] podemos supor que não é uma questão de quantidade absoluta, mas da proporção entre o montante da libido atuante e a quantidade de libido com que o Eu individual pode lidar, ou seja, manter sob tensão, sublimar ou aplicar diretamente (FREUD, 1912, p. 237).

As inibições do desenvolvimento, assim como as fixações que ocorrem durante o processo de evolução da libido, limitam a sua mobilidade e podem torná-la dependente da obtenção de satisfação apenas por um número muito reduzido de fins e objetos. O processo de evolução da libido pode deixar atrás de si, em maior ou menor número, fixações libidinais fecundas e numerosas em fases iniciais de organização e de busca por objetos incapazes de fornecer uma real satisfação. Em casos mais graves ainda, o desenvolvimento libidinal pode ser inibido e a libido pode jamais alcançar um desenvolvimento adulto, nunca abandonando suas fixações infantis. Nesse caso, a regressão torna-se desnecessária, pois temos um funcionamento libidinal já regredido.

Segundo Freud (1916-1917[1915-1917], p.349), podemos “reconhecer na fixação libidinal o segundo poderoso fator que, juntamente com a frustração, é a causa de doença”; e ademais, “a fixação libidinal representa o fator interno, predisponente, da etiologia das neuroses, ao passo que a frustração representa o fator externo, acidental”. A frustração se relaciona com a fixação, ao causar um estado de tensão que coloca em marcha “fatores predisponentes até então inoperantes”, gerando a necessidade de um trabalho para encontrar um destino para o aumento da tensão psíquica (FREUD, 1912, p.231). Um destino possível é a regressão a pontos de fixação que ficaram no passado do percurso da evolução libidinal e que, até o momento da frustração, permaneciam inativos. Em resumo: quando existem muitos fatores predisponentes, a libido pode tornar-se introvertida e voltar-se para a vida da fantasia, afastando-se de uma realidade que é abandonada e desvalorizada diante de seu caráter persistentemente frustrante. Na fantasia, o indivíduo “cria novas formações de desejo e reanima os traços de formações anteriores, esquecidas” (FREUD, 1912, p.232).

Assim, a pesquisa psicanalítica demonstra dois aspectos fundamentais do campo da patologia. O primeiro é que a predisposição à neurose se encontra na história do desenvolvimento da libido, e o segundo é que os fatores atuantes na predisposição aludem a variedades inatas de constituição sexual e a influências do mundo externo vividas na tenra infância: “reconhecemos, através da psicanálise, que as vicissitudes da libido são decisivas para a doença nervosa” (FREUD, 1912, p.230).

Um terceiro fator decisivo é acrescentado no tocante à causação da neurose. Segundo Freud, sem a presença de um conflito psíquico, noção examinada anteriormente, não existe neurose.

Portanto, os senhores constatam que, embora uma fixação excessiva e, acima de tudo, prematura da libido seja indispensável para a causação das neuroses, a área de seus efeitos se estende muito além do campo das neuroses. Esse fator é, também, por si mesmo, tão pouco decisivo quanto o é a frustração, sobre a qual já falamos (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.352).

Em pessoas aparentemente sadias que adoecem subitamente, regularmente se encontram traços de uma luta entre impulsos e desejos, que expressam um conflito psíquico: “uma parte da personalidade defende a causa de determinados desejos, enquanto outra parte se opõe a eles e os rechaça” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.352). Como vimos, o conflito psíquico é inerente à nossa vida mental e, para que se torne patogênico, ele deve preencher algumas condições. O conflito surge devido à frustração, ou seja, em função de obstáculos que se opõem à satisfação da libido e a obriga a procurar outros objetos e outros

caminhos para alcançar a descarga. Uma pré-condição básica para o conflito é que esses outros caminhos e objetos suscitem desaprovação em uma parte da personalidade, de forma que se impõe um veto que impossibilita o novo método de satisfação, tal como se apresenta.

As tendências libidinais rechaçadas conseguem, não obstante, abrir caminho por algumas vias indiretas, embora, verdadeiramente, não sem levar em conta a objeção, submetendo-se a algumas deformações e atenuações. As vias indiretas são aquelas que toma a formação dos sintomas; estes constituem a satisfação nova ou substituta, que se tornou necessária devido ao fato de frustração (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.353).

Portanto, para uma frustração externa tornar-se patogênica sob a forma de um conflito, é necessário acrescentar-lhe uma frustração interna. Enquanto a frustração externa incide sob uma determinada possibilidade de satisfação, a frustração interna procura impedir a satisfação das possibilidades alternativas e, em torno disso, irrompe o conflito psíquico. Nesse período dos anos 15, Freud (1916-1917[1915-1917], p.354) identifica as forças que se opõem à satisfação da libido nos instintos do ego: “o conflito patogênico é, pois, um conflito entre os instintos do ego e os instintos sexuais”. Em suma, Freud aposta na tese de que as origens das neuroses se devem a um conflito entre o ego e a sexualidade. A sexualidade teve sua evolução amplamente conhecida em função do que foi revelado pelo trabalho efetuado com as neuroses de transferência, enquanto a evolução do ego era ainda obscura, uma vez que a possibilidade de conhecer seus processos centrava-se nas neuroses narcísicas – consideradas até então inacessíveis à psicanálise. No entanto, Freud afirma haver uma importante correspondência entre as fases de desenvolvimento do ego e da libido e coloca a seguinte questão: como o ego reage, no caso em que a libido deixa, atrás de si, durante sua evolução, uma intensa fixação em algum ponto de seu desenvolvimento? Duas saídas são propostas. Na primeira, o ego pode aceitar essa fixação e “tornar-se nesse sentido, pervertido, ou, o que é a mesma coisa, infantil” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.355). Do contrário, em um segundo caso, “o ego pode adotar uma atitude não-complacente com a acomodação de libido nessa posição, e, nesse caso, o ego experimenta uma *repressão* ali onde a libido sofreu uma *fixação*” (Ibid.). Assim, conclui o autor, o terceiro fator na etiologia das neuroses, a chamada tendência ao conflito, depende ao mesmo tempo do desenvolvimento da libido e do ego, que são, por sua vez, correspondentes.

Em consequência da íntima relação entre a atividade da fantasia e o material infantil, reprimido e tornado inconsciente, presente em cada indivíduo, e graças à isenção da prova de realidade que desfruta a vida da fantasia, a libido pode retroceder mais, e pela via da regressão achar trilhas infantis e aspirar a metas que lhes correspondam. Se essas tendências, incompatíveis com o estado atual da individualidade, adquirem intensidade bastante, chega-se a um conflito entre elas e a outra parte da

personalidade que continuou em relação com a realidade. Esse conflito se resolve por formação de sintomas e termina em adoecimento manifesto. O fato de todo o processo se originar da frustração real se espelha no resultado de que os sintomas com que o solo da realidade é novamente alcançado representam satisfações substitutivas (FREUD, 1912, p.232).

As três pré-condições para o surgimento da neurose podem ser descritas da seguinte maneira: em uma primeira ocasião, existe a precondição mais geral – a frustração, ou o obstáculo à satisfação da libido. Aqui o fator quantitativo é determinante: algo precisa ocorrer para provocar o acúmulo de libido e, por conseguinte, um aumento de tensão no aparelho psíquico. A seguir, por meio de uma regressão, a libido segue determinadas direções, concernentes à forma de satisfações mais precoces, ou seja, ela regride para os pontos de satisfação nos quais se fixou; e, em terceiro, finalmente, temos a tendência ao conflito surgida no desenvolvimento do ego, quando este rejeita as possibilidades de satisfação advindas dos pontos de fixação libidinais ou as formas encontradas para a satisfação destes, operando um processo de repressão ligado ao ponto de fixação. Desse modo, Freud (1912, p.238) vê atuando na composição dos quadros patológicos: [...] “um quê de frustração juntamente com certa incapacidade de adequar-se às exigências da realidade; a inibição do desenvolvimento, que coincide com a rigidez das fixações”; ao mesmo tempo, essa afluência de características “deve ser considerada em todos eles, e não se pode jamais esquecer a quantidade de libido”. Assim, Freud reúne, entre as causas da neurose, não um fator, ou um determinante, mas uma intrincada rede de fatores que se entrelaçam continuamente: um fator externo, a frustração externa, em que a realidade frustra a satisfação da libido - fator que coloca a tarefa de renunciar a uma determinada satisfação. Encontramos, facilmente, uma incapacidade para se adequar a essa demanda da realidade; um fator interno, a frustração interna, representado por uma incapacidade interna de obter a satisfação acessível na realidade, em função de rigidez ou inibição do desenvolvimento – a fixação: “quando as antigas fixações são fortes o bastante para opor-se a um deslocamento, no que mais uma vez tornam-se decisivos os fatores da predisposição, constituição e vivência infantil” (FREUD, 1912, p.234); as inibições do desenvolvimento, situações em que a libido jamais abandonou as satisfações infantis; um aumento considerável da quantidade de libido na economia psíquica, fator no qual a libido insatisfeita e represada abre as vias para a regressão. A este aspecto, é importante lembrar que não se trata de um valor de quantidade absoluta de libido, mas antes da quantidade de libido máxima que o ego de um indivíduo pode suportar e lidar com seus próprios recursos sem sofrer danos; e, finalmente, o estabelecimento do conflito psíquico entre duas tendências opostas e a decorrente formação do sintoma.

Como se pode notar, a neurose é o produto de um compromisso entre dois componentes em oposição, que procuram uma nova maneira de satisfazer a libido diante da frustração imposta pela realidade. Perante uma realidade intransigente, a libido é levada a tomar o caminho da regressão a fim de obter satisfação em seus pontos de fixação, seja em alguma das diversas organizações que compreendem o desenvolvimento psicosssexual e que ficaram para trás, seja em um dos objetos anteriormente abandonados. Freud (1917 [1915]) emprega essa formula no tocante à melancolia, na medida em que constrói o seguinte modelo: ao deparar-se com uma perda – isto é, uma frustração que se opõe à satisfação da libido –, a libido regride ao seu primeiro objeto de satisfação outrora abandonado, o próprio ego, ao mesmo tempo em que regride para uma forma de organização psicosssexual, a oral-canibalística. Dessa maneira, os sintomas consistem em uma nova forma de satisfazer a libido que se estabeleceu a partir de duas forças que entraram em conflito e que se “reconciliam por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 361).

Vimos que Freud constrói um modelo de etiologia das neuroses no qual, diante de um obstáculo imposto pela frustração, “a libido é induzida a tomar o caminho da regressão pela fixação que deixou após si nesses pontos do seu desenvolvimento” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 362). O conflito é formado entre ego, censor e libido insatisfeita, que foi anteriormente frustrada pela realidade e compelida a tomar o caminho da regressão para tentar encontrar satisfação. Assim, a regressão é uma necessidade imposta pelos obstáculos da realidade, pois a libido precisa encontrar vias alternativas para satisfazer-se.

Se o ego não se opõe às formas de satisfação encontradas pela regressão em seus pontos de fixação, a libido pode chegar a obter uma satisfação real e temos, então, o caminho que leva às perversões e às formas infantis de obtenção de prazer. No entanto, geralmente, o que se encontra é um ego opositor, que não está de acordo com o caminho alternativo descoberto pela libido para obter satisfação por meio da regressão até os seus pontos de fixações infantis. Como vimos, tal regressão pode ocorrer em dois níveis de fixação: o da escolha objetal e o da organização psicosssexual. É justamente na oposição entre ego e satisfação primitiva, que se estabelece um conflito. A libido, diante deste - estabelecido pelo controle do ego -, mesmo frustrada em sua satisfação, ainda deve procurar um caminho para escoar as quantidades de energias acumuladas e atender às exigências do princípio do prazer: um dos caminhos possíveis é a formação do sintoma. Os neuróticos, afirma Freud (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 367), estão ancorados em pontos do passado onde a libido não se

privava de satisfação, ou seja, em seus pontos de fixação. O sintoma é uma repetição de uma forma infantil de satisfação, que é deformada pela censura pré-consciente surgida no conflito.

Em sua definição inicial, Freud (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 361) afirma que os sintomas “são atos, prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que por vez, deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento”. Freud ancora a formação dos sintomas nas noções de fixação, frustração, regressão e conflito, e propõe, de maneira geral, que o sintoma nada mais seria do que uma forma de satisfação alternativa, ainda que regressiva, da libido que sofreu uma frustração. Entretanto, como sabemos, essa forma infantil de satisfação do sintoma é “via de regra transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa da doença” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 368). Frente a isso, o indivíduo geralmente sente o sintoma como sofrimento, como algo estranho a si mesmo, e essa transformação da satisfação em sofrimento é o produto final do conflito psíquico sob pressão, a partir do qual o sintoma formou-se. Para Freud, embora cause sofrimento, o principal prejuízo do sintoma é o grande dispêndio de energia que ele gera:

O principal dano que causam [os sintomas] reside no dispêndio mental que acarretam, e no dispêndio adicional que se torna necessário para se lutar contra eles. Onde existe extensa formação de sintomas, esses dois tipos de dispêndio podem resultar em extraordinário empobrecimento da pessoa no que se refere à energia mental que lhe permanece disponível, e, com isso, na paralisação da pessoa para todas as tarefas importantes da vida. Como esse resultado depende principalmente da *quantidade* de energia que assim é absorvida, os senhores verão facilmente que ‘ser doente’ é, em essência, um conceito prático. Se, contudo, assumirem um ponto de vista teórico e não considerarem essa questão de quantidade, os senhores podem muito bem dizer que *todos* nós somos doentes – isto é, neuróticos –, pois as condições da formação dos sintomas também podem ser observadas em pessoas normais (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 361).

O que, em uma época passada, constituía-se em uma fonte de satisfação, passa, em uma época presente, a originar resistência e repugnância sob a expressão do sintoma. Os sintomas, em geral, como meios de descarga libidinal, desprezam seus objetos de satisfação e tendem a abandonar sua relação com a realidade externa, como consequência de se rejeitar o princípio de realidade e retornar ao princípio de prazer. Ao mesmo tempo, o sintoma é um retorno a um “autoerotismo difuso, do tipo que proporcionava o instinto sexual nas primeiras satisfações”. Essas satisfações primitivas trocam uma modificação no mundo externo por uma modificação no próprio corpo do indivíduo, de forma que “estabelecem um ato interno em lugar de um externo, uma adaptação em lugar de uma ação” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 368).

A libido, seguindo as exigências do princípio do prazer, deve encontrar um meio permitido de descarregar suas quantidades de energias. Diante do conflito, isto é, da oposição exercida pelo ego, ela deve retirar-se do ego: “Uma saída dessa espécie é-lhe oferecida pelas fixações situadas na trajetória do seu desenvolvimento, na qual agora entrou regressivamente – fixações das quais o ego se havia protegido, no passado, por meio de repressões” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.362). Ao passo que se desloca para trás na história do desenvolvimento, a libido se retira do ego, investe estas posições fixadas que foram reprimidas e afasta-se das leis e da educação exercidas pelo ego. A libido “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 imutável fundamentalmente imutável da libido” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.362). O que Freud chama aqui de frustração interna é a oposição egóica à satisfação da libido. “As ideias, às quais agora [a libido] transfere sua energia em forma de catexia, pertencem ao sistema do inconsciente e estão sujeitas aos processos que ali são possíveis, sobretudo condensação e deslocamento” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.362). Assim, outra característica a respeito do sintoma e de sua formação é que seus processos são os mesmos que aqueles pertencentes ao inconsciente, a saber, os processos de deslocamento e condensação.

Um sintoma, tal qual um sonho, representa algo como já tendo sido satisfeito: uma satisfação à maneira infantil. Mediante uma condensação extrema, porém, essa satisfação pode ser comprimida em uma só sensação ou inervação, e, por meio de um deslocamento extremo, ela pode se restringir a apenas um pequeno detalhe de todo o complexo libidinal (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.369).

O processo final da formação do sintoma, análogo à formação onírica, é explicado, então, da seguinte maneira:

Do mesmo modo [que o sonho], 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 da ambiguidade engenhosamente escolhida, como dois significados em completa contradição mútua (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p. 362-363).

Finalmente, entende-se que o que permite o escape da libido diante de condições de conflito é a formação dos sintomas atrelados aos pontos de fixações. É exatamente a quantidade de energia regressiva dessas fixações que consegue contornar a repressão e levar à descarga da libido, isto é, à sua satisfação real. Tal modo de satisfação constitui-se em uma forma extremamente restrita, sujeita às condições de um acordo a serem observadas. Segundo

vimos, as fixações necessárias para romper as repressões são encontradas nas atividades da sexualidade infantil, nas tendências parciais e nos objetos da infância que foram abandonados.

O que justifica a aproximação entre o sonho e o sintoma, conforme o fragmento anterior, é a noção de trabalho de formação, que Freud utiliza frequentemente em sua obra para designar a operação responsável por tratar as excitações. São equivalentes as expressões formação do sonho e trabalho do sonho. A formação do sintoma é uma expressão utilizada para se referir a uma atividade de elaboração psíquica que está na base de sua formação. Assim, entendemos por trabalho psíquico toda forma de atividade do aparelho psíquico destinada a tratar das excitações instintuais (CORNILLOT, 2005). Em *A interpretação dos sonhos*, Freud (1900) se refere à formação dos sonhos como o resultado de um trabalho efetuado pelo aparelho psíquico que permite, por meio dos processos de condensação e deslocamento, a realização de desejo. Da mesma forma, o sintoma é o resultado de um trabalho psíquico de formação que possibilita uma forma de satisfação que atenda, ao mesmo tempo, as exigências da instância repressora e do reprimido - por isso, é considerado uma formação de compromisso.

Após termos percorrido os elementos que compõem o modelo etiológico das neuroses, passaremos, agora, à ilustração do modo como tal modelo serviu de base para a formação da teoria freudiana da melancolia.

2.5 A formulação do mecanismo da neurose melancólica a partir do modelo etiológico das neuroses de transferência

Tendo considerado os elementos componentes da etiologia das neuroses de transferência que compõem a primeira tópica da teoria freudiana, passemos agora à explicitação do modo como este modelo etiológico se aplica à teoria freudiana da melancolia.

A noção de conflito serviu de suporte inicial para as primeiras formulações a respeito do mecanismo da melancolia. Segundo Freud (1916-1917[1915-1917]), os fatores subjacentes ao conflito na melancolia concordam precisamente com os de outras neuroses. Diante disso, como a teoria geral das neuroses apontava para a existência de conflitos inconscientes subjacentes às formações psicopatológicas, as primeiras indagações a respeito da melancolia recaíam sobre a natureza do conflito melancólico. Como em toda neurose, a questão no tocante à melancolia, consiste em elucidar o conflito inconsciente que subjaz a sua formação sintomática. Em outras palavras, trata-se de saber a que conflitos inconscientes se devem as autoacusações e a autodesvalorização que compõem a sintomatologia da neurose melancólica. Se, segundo vimos, o sintoma se deve a uma formação de compromisso inconsciente que

busca alcançar a satisfação da libido, como uma espécie de desfecho dado ao conflito inconsciente, era preciso desvendar os elementos inconscientes de tal conflito. A noção de conflito estará, assim, permeando continuamente a busca da explicação freudiana do mecanismo da melancolia.

Freud (1917[1915]) considerava a melancolia expressão de um conflito inconsciente com o objeto externo; mesmo anos antes da publicação de *Luto e melancolia*, já se especulava sobre a possibilidade de as autoacusações melancólicas consistirem em formações inconscientes de impulsos dirigidos originalmente a um objeto de amor, motivadas por uma expressão ambivalente⁴². No entanto, o que permanecia em aberto era a explicação do mecanismo distintivo da melancolia; isto é, o mecanismo de formação da patologia pelo qual um conflito ambivalente com o objeto era transformado em autoacusações e autodesvalorizações – ou seja, transformado em culpa e rebaixamento da autoestima.

Já nas primeiras discussões em que o tema da melancolia se faz presente, no contexto de uma discussão a respeito do significado do suicídio, nas reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, Freud especulava sobre a probabilidade de a sintomatologia melancólica estar relacionada a um conflito inconsciente com o objeto. Foi Stekel que sugeriu, na reunião do dia 27 de abril de 1910, que o suicídio, na realidade, deveria se tratar de um assassinato de um outro, sendo que o sentimento de culpa se ajustaria mais exatamente ao castigo pelo ódio que se dirige a este outro, que é atacado com o ato suicida (STEKEL in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.487). Nessa reunião, Freud (in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.491) afirmou que o suicídio “não tem nada além de uma saída, uma ação, um desfecho do conflito psíquico”. Freud considera que, diante do conflito psíquico, que segundo vimos, é uma característica de toda neurose, assim como do funcionamento psíquico geral, uma saída possível é acabar com a própria vida. A conexão da temática do suicídio com a melancolia é realizada da seguinte maneira: “o acesso ao complexo do suicídio a partir de um estudo das doenças reside na melancolia”. Nesta afirmação, Freud aponta para um campo de compreensão do suicídio, por meio da elucidação do mecanismo da melancolia, e afirma que somente a compreensão de seu mecanismo distintivo levará à compreensão da formação da neurose melancólica: “o sentimento de culpa é também presente nas outras neuroses. Em todos os casos; trata-se de elucidar o mecanismo específico da melancolia” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.491-492). Alguns anos mais tarde, em 1914, quando a discussão acerca da melancolia vem à tona na Sociedade Psicanalítica de

⁴² Conforme nosso capítulo 4.

Viena, Freud volta a destacar a importância de se descrever o mecanismo de formação do sintoma, e não somente o sintoma em si:

O critério essencial segundo o qual é preciso descrever os sintomas (que, na prática, jamais aparece sob sua forma pura) e as formas da doença é o seu mecanismo. A observação de casos mais brandos fornece, como mencionou Hitschman, a única possibilidade de delimitar o quadro puro. Se assim o for, há somente *uma só melancolia*, que tem o mesmo mecanismo e que deveria ser curável pela psicanálise (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p. 311, grifo nosso).

Elucidar o mecanismo distintivo da melancolia significava descrever os processos psíquicos particulares pelo qual um conflito ambivalente inconsciente com o objeto amado se transforma em sintomas de autoacusações e autodesvalorização, indicando a presença de sentimentos de culpa e inferioridade. Grande parte do debate com Abraham a respeito da melancolia será sobre este ponto: Freud insistirá, em sua correspondência com Abraham, que o sentimento de culpa do melancólico é fruto de uma transposição de um conflito ambivalente com o objeto de amor perdido que fora introjetado. Abraham sustentará que o conflito se deve à incapacidade de amar do melancólico, devido ao ódio que sente pelo objeto; o sentimento de culpa é fruto da punição, devido aos ataques motivados pelo ódio efetuados ao objeto. Assim, é possível notar que, desde o início, a melancolia foi abordada pela noção de conflito – como em toda neurose, em sua formação também estaria envolvida um conflito psíquico.

É por meio da observação clínica e pela reconstituição interpretativa que Freud irá construir sua tese sobre o mecanismo de formação da melancolia, inicialmente procurando identificar a fonte do conflito inconsciente que está na base da formação do sofrimento melancólico. Ainda na primeira parte de *Luto e melancolia* lê-se o seguinte:

Ouvindo com paciência as várias autoacusações de um melancólico, não conseguimos evitar a impressão de que frequentemente as mais fortes entre elas não se adequam muito a sua própria pessoa, e sim, com pequenas modificações, a uma outra, que o doente ama, amou ou devia amar. Toda vez que examinamos o fato, essa suposição é confirmada. De maneira que temos a chave para o quadro clínico, ao perceber as recriminações a si mesmo como recriminações a um objeto amoroso, que deste se voltaram contra o próprio Eu (FREUD, 1917[1915], p.179).

Desse modo, como se pode ler, Freud considerava o conflito com o objeto perdido a chave que daria acesso à compreensão do mecanismo psíquico da melancolia. Ele justifica seu ponto de vista por meio da observação clínica, a qual o teria levado à conclusão de que as acusações que se voltam contra o próprio ego do melancólico são destinadas originalmente a um objeto externo: “A conduta dos doentes também fica mais compreensível agora. Para eles, queixar-se é dar queixa, no velho sentido do termo. Não se envergonham nem se escondem,

pois tudo de desabonador que falam de si mesmos se refere, no fundo, a outra pessoa” (FREUD, 1917[1915], p.179). Após concluir que as autoacusações se tratam de queixas contra um outro, restava a Freud esclarecer o processo a partir do qual a neurose melancólica se forma, ou seja, o caminho de formação de sua sintomatologia: “Isso tudo é possível apenas porque as reações exibidas nesse seu comportamento ainda vêm da constelação psíquica de revolta, que, por um determinado processo, foi transportada para a compunção melancólica” (FREUD, 1917[1915], p.180). O processo psíquico particular que diferencia cada neurose será, na melancolia, atribuído à identificação narcísica com o objeto perdido. Esse processo levará à introjeção do objeto perdido e à transformação do conflito vivenciado com aquele em um conflito entre o ego modificado pela identificação e sua instância crítica:

Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu, e a partir de então este pôde ser julgado por uma instância especial como um objeto, o objeto abandonado. Desse modo a perda do objeto se transformou numa perda do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada, numa cisão entre a crítica do Eu e o Eu modificado pela identificação (FREUD, 1917[1915], p. 181).

Freud irá, então, atribuir o conflito com o objeto à ambivalência afetiva, que pode se originar tanto na realidade, como na constituição do sujeito. Assim, considera que o automartírio prazeroso do melancólico significa a satisfação de tendências sádicas e de ódio relativas a um objeto que, pela via da identificação, se voltaram contra a própria pessoa. O conflito da ambivalência será explicado como um jogo de forças em oposição, no qual se travam inúmeras batalhas em torno do objeto introjetado, “nas quais ódio e amor lutam entre si, um para desligar a libido do objeto, o outro, para manter essa posição da libido ao ataque” (FREUD, 1917[1915], p.191). Estas lutas são situadas no sistema inconsciente, cujo caminho até a consciência se acha bloqueado devido à ambivalência. Portanto, a melancolia é conformada à teoria do conflito: de um lado, uma força que procura manter a ligação com o objeto perdido, procurando manter o vínculo amoroso e a satisfação narcísica e, de outro, uma força contrária que busca satisfazer seus impulsos de ódio dirigidos ao objeto. Como desfecho para tal impasse, e visando a alcançar um caminho para a satisfação de ambos os impulsos em conflitos, tem-se a formação de um sintoma: as autoacusações, que consistem em uma maneira de satisfazer os impulsos destrutivos dirigidos ao objeto perdido, atacando-o por meio da destruição de si mesmo:

Não é essencial, portanto, saber se o melancólico está correto em sua penosa autodepreciação, até que ponto sua crítica coincide com o julgamento dos outros. A questão é, isto sim, que ele descreve corretamente sua situação psicológica. *Ele perdeu o amor-próprio e deve ter tido boas razões para isto* (FREUD, 1917[1915], p. 177-178, grifo nosso).

No quadro clínico da melancolia, a insatisfação moral com o próprio ego, é fruto de um adoecimento deste – e ocupa lugar de destaque entre as autoavaliações do paciente. O conflito do melancólico se torna mais evidente, finalmente, se compreendido sob a ótica de um conflito inconsciente com um objeto narcísico, que procurou deslocar o objeto de conflito para o próprio ego. Em termos clínicos, Freud sugere que o queixar-se de si mesmo, no caso da melancolia, deve ser tomado como queixar-se de um objeto: enquanto o ego abriga o objeto amado e odiado, os impulsos de ódio poderão alcançar satisfação atacando a si-mesmo. Tal conflito ambivalente, nos revela Freud, figura, também, nas depressões presentes nas neuroses obsessivas; no entanto, estas não se caracterizam pela introjeção do objeto no ego:

Quando existe predisposição para a neurose obsessiva, o conflito da ambivalência empresta ao luto uma configuração patológica e o leva a se exprimir em forma de autorrecriações, nas quais o indivíduo mesmo teria causado – isto é, desejado – a perda do objeto de amor. Essas depressões neurótico-obsessivas que se seguem à morte de pessoas amadas nos mostram o que o conflito da ambivalência realiza por si só, quando não há também uma retração regressiva da libido (FREUD, 1917[1915], p. 183).

O aspecto distintivo entre a depressão neurótico-obsessiva e a melancolia é a regressão da libido ao ego, que caracteriza esta última e está ausente na primeira. Freud atribui o pertencimento da ambivalência constitucional ao reprimido, que pode ser reativado pelas vivências traumáticas com o objeto – situações de desconsideração, desprezo, decepção, etc. Assim, a “perda do objeto amoroso” é considerada “uma excelente ocasião para que a ambivalência das relações amorosas sobressaia e venha a luz” (FREUD, 1917[1915], p. 183). Para Freud, o responsável pelo desencadeamento do conflito inconsciente da ambivalência é a frustração vivida na relação com objeto – o que nos leva ao elemento desencadeador de toda neurose.

As ocasiões para a melancolia geralmente não se limitam ao caso muito claro de perda em virtude da morte, e abrangem todas as situações de ofensa, menosprezo e decepção, em que uma oposição de amor e ódio pode ser introduzida na relação, ou uma ambivalência existente pode ser reforçada (FREUD, 1917[1915], p. 185-186).

Segundo mostramos anteriormente a frustração é uma das premissas do desencadeamento das neuroses que levará à regressão para os pontos de fixação, e originará o conflito formador dos sintomas. Freud (1917[1915]) irá explicar o desencadeamento do mecanismo de formação da neurose melancólica por meio da noção de perda – um correspondente da frustração neurótica da libido. Freud afirma que, inicialmente, havia uma escolha narcísica de um objeto de amor; em seguida, devido a um abalo sofrido nesta relação,

ou seja, devido a uma frustração neurótica – que compreende situações de decepção, ofensa, desconsideração etc. – há a vivência de uma perda da satisfação narcísica anteriormente obtida na relação objetal. Devido a essa frustração de natureza narcísica, ocorre uma regressão da libido para o narcisismo, ou, em outras palavras, uma regressão do investimento libidinal para o ego. Dessa maneira, nota-se que Freud reúne, sob o termo “perda”, todas essas formas de abalos, que levam o sujeito a abandonar o investimento de objeto. Assim, é a perda que desencadeia o conflito ambivalente em que se tem, a um só tempo, uma oposição entre um investimento objetal narcísico, do qual se é dependente e pelo qual se obtém satisfação - que exerce uma pressão para que o investimento seja mantido - e uma força contrária, que exerce uma pressão no sentido do abandono e ataque do objeto amado, que visa à satisfação dos impulsos agressivos. A perda, então, elemento presente em *Luto e melancolia* como desencadeador da neurose, nada mais é do que uma forma de frustração narcísica inconsciente que desperta a ambivalência afetiva e estabelece um conflito inconsciente. No caso da melancolia, a frustração caracteriza-se por um impedimento de satisfação da libido narcísica que dependia da relação narcisista com o objeto para alcançar a descarga.

Em outros casos ainda, achamos que é preciso manter a hipótese de tal perda, mas não podemos discernir claramente o que se perdeu, e é lícito supor que tampouco o doente pode ver conscientemente o que perdeu. Esse caso poderia apresentar-se também quando a perda que ocasionou a melancolia é desconhecida do doente, na medida em que ele sabe *quem*, mas não *o que* perdeu nesse alguém. Isso nos inclinaria a relacionar a melancolia, de algum modo, *a um a perda de objeto subtraída à consciência*; diferentemente do luto em que nada é inconsciente na perda (FREUD, 1917[1915], p. 175, grifo nosso).

Tudo o que é ligado aos conflitos ambivalentes com o objeto permanecem subtraído à consciência, de forma que, para o sujeito, tal conflito permanece desconhecido. Quando sobrevém o desenlace característico da melancolia, ou seja, quando a sua expressão sintomatológica aparece, o que se poderá saber do conflito é somente as autoacusações e tudo que as acompanha. Como se pode notar, Freud realiza um trabalho de interpretação e desvelamento do sintoma para compreender o mecanismo de formação da neurose melancólica, que é formulado pela combinação dos elementos que explicavam a formação das neuroses de transferência (conflito, frustração, regressão e fixação), como a histeria e a neurose obsessiva. Mas por qual motivo o conflito ambivalente com o objeto dará origem à melancolia e não à neurose obsessiva – uma neurose também marcada pela ambivalência?

Tendo em conta que toda neurose é desencadeada, inicialmente, por uma frustração – interna ou externa – que leva a uma regressão, é justamente o conceito de fixação que permitirá a Freud explicar os traços distintivos dela, atribuindo, para cada uma das neuroses,

pontos diferentes aos quais se dirigirá a regressão libidinal. Freud (1917[1915]) reconhecerá os pontos de fixação da neurose melancólica por meio da elucidação do conflito melancólico. Conforme afirmamos anteriormente, será suposto que as autoacusações do melancólico se devem a um deslocamento de um conflito ambivalente e inconsciente, vivido na relação com o objeto, para o interior do aparelho psíquico. Diante do reconhecimento do deslocamento desse conflito, restava explicar o mecanismo a partir do qual ele se transformava na neurose melancólica. Para formular a explicação desse mecanismo, Freud irá recorrer à noção de fixação, procurando identificar em qual período do desenvolvimento poderiam ser reconhecidos, como predominantes, os processos e mecanismos psíquicos em ação na melancolia. O mecanismo em questão é a identificação narcísica, definido como a introjeção do objeto no ego. Assim, os processos psíquicos característicos da melancolia são oriundos de uma regressão a funcionamentos psíquicos arcaicos: escolha objetual narcísica e identificação narcísica são processos psíquicos referentes a uma fase de desenvolvimento precoce, localizada na organização oral canibalística, narcísica e sádica, cujos principais modos de relação são a incorporação do objeto. Já a neurose obsessiva, também caracterizada por intensos sentimentos de culpa, é fruto de uma regressão até a fixação na organização anal-sádica, um período menos precoce que o da melancolia. Dessa forma, o mecanismo da melancolia decorre de uma regressão a determinado ponto a que o sujeito está fixado – a organização oral:

Assim, o investimento amoroso do melancólico em seu objeto experimentou um duplo destino: *parte dele regrediu à identificação*, mas outra parte, sob a influência do conflito da ambivalência, *foi remetida de volta ao estágio do sadismo*, mais próximo desse conflito (FREUD, 1917[1915], p. 184, grifo nosso).

A explicação do mecanismo é a seguinte: a libido, depositada no objeto de amor, diante de uma perda (frustração), não toma o caminho convencional, mas um caminho particular: é recuada para o ego do sujeito e, com isso, estabelece uma identificação do ego com o objeto abandonado – o objeto é introjetado no ego mediante identificação. Finalmente, diante desse quadro, Freud (1917[1915]) irá inferir os pontos de fixação para os quais o sujeito regride diante da perda de objeto; são justamente os mecanismos psíquicos em ação que indicarão os pontos para os quais o aparelho psíquico regrediu frente à perda do objeto. Inicialmente, Freud irá reconhecer que, para que seja possível a identificação com o objeto diante de uma situação de perda, é necessária que a ligação do sujeito com o objeto seja estabelecida sob bases muito precoces do desenvolvimento, uma escolha de objeto do tipo

narcísica⁴³, uma modalidade de eleição de objeto formulada em *Leonardo da Vinci e uma lembrança da infância* (1910) e conformada em *Introdução ao narcisismo* (1914). Trata-se de uma modalidade de relação em que se elege um objeto segundo as bases narcísicas:

A escolha objetal, o passo adiante no desenvolvimento da libido, que se faz após o estágio do narcisismo, pode realizar-se segundo dois tipos diferentes: um segundo o *tipo narcísico*, no qual o próprio ego da pessoa é substituído por um outro, que lhe é tão semelhante quanto possível; o outro, segundo o *tipo de ligação*, no qual as pessoas que se tornaram valiosas, porque satisfizeram as outras necessidades vitais, são também, escolhidas com objetos da libido (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.427, grifo do autor).

Esse tipo de relação objetal narcísica é característico da fase oral canibalística, na qual não há ainda uma separação estabelecida entre o sujeito e objeto, permitindo ao sujeito identificar-se narcisicamente com aquele (FREUD, 1905). O narcisismo do sujeito se constitui durante esse período precoce, que servirá de base para a formação dos ideais. Eis a passagem em que Freud realiza tal consideração:

Por um lado, deve ter havido uma forte fixação no objeto amoroso; por outro, e contrariando isso, uma pequena resistência do investimento objetal. Essa contradição parece requerer, conforme uma pertinente observação de Otto Rank, que a escolha objetal tenha ocorrido sobre a base narcísica, de modo que o investimento objetal possa, ao lhe aparecerem dificuldades, regressar ao narcisismo. A identificação narcísica com o objeto se torna, então, substituto do investimento amoroso, do que resulta que a relação amorosa não precisa ser abandonada, apesar do conflito com a pessoa amada. Tal substituição do amor objetal pela identificação é um mecanismo importante nas afecções narcísicas; Karl Landauer pôde mostrá-la recentemente no processo de cura de uma esquizofrenia. Corresponde, naturalmente, à regressão de um tipo de escolha de objeto ao narcisismo original. Expusemos, em outro lugar, que a identificação é o estágio preliminar da escolha de objeto, e o primeiro modo, ambivalente em sua expressão, como o Eu destaca um objeto. Ele gostaria de incorporar esse objeto, e isso, conforme a fase oral ou canibal do desenvolvimento da libido, por meio da devoração. (FREUD, 1917[1915], p. 181-183).

Assim, a melancolia nada mais é do que uma formação sintomatológica efetuada com vistas a obter satisfação narcísica. Tal formação é oriunda de uma *regressão* a modos de funcionamentos arcaicos, em que o sujeito está *fixado*, cujo desencadeamento é uma *frustração* vivida na relação com o objeto amado narcisicamente.

Se nos fosse permitido supor que a observação concorda com nossas inferências, não hesitaríamos em acolher em nossa caracterização da melancolia a *regressão do investimento objetal à fase oral da libido, ainda pertencente ao narcisismo* (FREUD, 1917[1915], p. 182, grifo nosso).

⁴³ Será analisado em nosso capítulo sobre o narcisismo.

O processo de identificação com o objeto também está presente nas neuroses de transferência como um mecanismo de formação de sintomas. No entanto, a diferença da identificação na neurose narcísica e na histeria, está,

[...] no fato de naquela [melancolia] o investimento objetal ser abandonado, enquanto nesta [histeria] ele persiste e mostra influência, que geralmente se limita a determinadas ações e inervações isoladas. De todo modo, também nas neuroses de transferência a identificação é expressão de algo em comum, que pode ser amor. A identificação narcísica é a mais antiga e nos abre o caminho para o entendimento da identificação histérica, menos estudada (FREUD, 1917[1915], p. 182-183).

Aqui, como na distinção em relação à neurose obsessiva, a identificação narcísica também é responsável pela diferenciação em relação ao mecanismo histérico. Conforme Freud (1914) mostrou em *Introdução ao narcisismo*, nas neuroses de transferência ocorre uma regressão da libido para a fantasia, e o investimento objetal é mantido, enquanto na neurose narcísica (melancolia) ocorre um abandono do investimento objetal e a regressão da libido para o ego. Conforme mostrado anteriormente, a identificação narcísica será tomada mais tarde, em trabalhos posteriores de Freud (1921, 1923), como um mecanismo normal do psiquismo, responsável por sua formação – fato que nos leva a afirmar que o artigo *Luto e melancolia* é permeado por contribuições ao funcionamento patológico, mas também ao funcionamento normal do psiquismo.

No período em que Freud construía sua teoria sobre a melancolia, a oposição conflitual fundamental recaía sobre a oposição entre os instintos sexuais (libido) e os instintos do ego, também chamados de instintos de autoconservação (interesse). Com a introdução do conceito de narcisismo, Freud interpôs mais uma oposição, concernente, no entanto, somente ao instinto sexual: libido do ego e libido objetal. Essa definição permitiu a Freud explicitar o movimento de regressão do investimento da libido no objeto para o ego, que caracteriza o narcisismo e o mecanismo distintivo das neuroses narcísicas:

A diferenciação entre libido e interesse – isto é, entre instintos sexuais e instintos de autopreservação – se nos impôs através de nossa descoberta do conflito do qual se originam as neuroses de transferência. Desde então, não conseguimos abandonar esta diferenciação. A hipótese de que a libido objetal se possa transformar em libido do ego e, portanto, que temos de levar em conta uma libido do ego, parece-nos, pois, ser a única que pode resolver o enigma daquilo que se denomina de neuroses narcísicas – demência precoce, por exemplo – e explicar as semelhanças e dessemelhanças entre elas e a histeria ou as obsessões (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.421).

Embora a regressão da libido ao narcisismo seja considerada o mecanismo distintivo das neuroses narcísicas, este movimento pode ser observado também em condições normais

como, por exemplo, no sono, em que todas as noites a libido é retirada de seus investimentos e reinvestida no ego, constituindo o ato de dormir. Assim, na realidade, nem toda retirada da libido objetal para dentro do ego pode ser considerada patogênica. O que, então, caracterizaria a patogeneidade desse movimento regressivo nas neuroses narcísicas? Encontramos uma resposta para a questão na seguinte afirmação: ocorre “algo bem diferente quando determinado processo muito vigoroso força a retirada da libido, dos objetos. Aqui, a libido que se tornou narcísica não consegue retornar aos objetos, e essa interferência na mobilidade da libido certamente se torna patogênica” (FREUD, 1916-1917[1915-1917], p.423). Portanto, segundo Freud (1916-1917[1915-1917], p.423-424), é a imobilização da libido no ego que caracteriza a patogenia da regressão libidinal; mais uma vez, é uma questão de intensidade que caracteriza a formação patológica. O mecanismo distintivo da melancolia pode ser considerado, conforme procuramos mostrar, a regressão narcísica e a consequente identificação narcísica com o objeto perdido. Freud (1916-1917[1915-1917], p.424) procura diferenciar as neuroses narcísicas afirmando que “o ponto fraco no desenvolvimento libidinal desses pacientes situa-se numa fase diferente” em relação às neuroses de transferência, e “a fixação determinante que, [...] permite a irrupção que leva à formação dos sintomas, situa-se em outro lugar, provavelmente na fase do narcisismo primitivo, ao qual a demência precoce retorna em seu resultado final”. De maneira geral, Freud (1916-1917[1915-1917], p.424) considera que “no caso de todas as neuroses narcísicas”, entre as quais se incluem a melancolia, “temos de supor que os pontos de fixação da libido remontam a fases muito anteriores do desenvolvimento, em comparação ao que se observa na histeria e na neurose obsessiva”. Frente a isso, nota-se que, embora o modelo etiológico das neuroses de transferência tenha servido de base para o esquadrinha do mecanismo de formação da neurose melancólica, esta última se refere a um período mais arcaico do que aquelas afecções, o chamado período pré-genital. Os modos de satisfação que constituem a formação de seus sintomas são também mais arcaicos do que aqueles que constituem as formações sintomatológicas das neuroses de transferência. Ao mesmo tempo, nota-se, ainda, que a elucidação do mecanismo da melancolia só se tornara possível efetivamente por meio da introdução de elementos conceituais oriundos da região conceitual do narcisismo, recém introduzida na teoria psicanalítica – isto, tendo em conta que seu mecanismo distintivo é a identificação narcísica, isto é, a regressão ao narcisismo. Assim, poder-se-ia formular a questão de saber se uma diferenciação fundamental entre o modelo etiológico das neuroses de transferência e o das neuroses melancólicas não consistiria no fato de que, no primeiro, a frustração é vivida na esfera da libido da ligação objetal e, no segundo, consiste em uma

frustração sofrida na libido narcísica constitutiva da escolha narcisista de objeto. Tal questão se fará mais clara ao nos voltarmos para a formulação do conceito de narcisismo e para as teorizações propostas em *Introdução ao narcisismo* (1914), em nosso próximo capítulo.

Após termos efetuado um longo percurso sobre as noções freudianas construídas por meio do trabalho com as neuroses de transferências, e explicitado suas contribuições para a formulação do mecanismo de formação da melancolia, resta-nos agora o trabalho de abordar o essencial da dimensão que é comumente contraposta àquela, a dimensão das neuroses narcísicas, constituídas pela região conceitual do narcisismo, como aquele se opõe ao conceito de instinto sexual. Procuraremos mostrar de que maneira o conceito emerge no pensamento freudiano, e quais foram os desdobramentos que a sua construção permitiu. Assim, até por volta dos anos de 1910, o essencial da teorização freudiana – complexo de Édipo, desenvolvimento psicosexual, libido, regressão, fixação, conflito – foi baseado nas neuroses de transferência e no papel desempenhado pelo instinto sexual, que fora muito bem compreendido e explicitado.

Diante do exposto, no capítulo seguinte pretendemos lançar um olhar sobre o papel desempenhado pelo conceito de narcisismo no desenvolvimento da teoria freudiana e na formulação da teoria freudiana da melancolia, no período que recobre a formulação do conceito de narcisismo até por volta da publicação do artigo *Luto e melancolia*, em 1917.

CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO DO CONCEITO DE NARCISISMO: ELEMENTOS PARA A DEFINIÇÃO DOS ASPECTOS DISTINTIVOS DA MELANCOLIA

Segundo Freud (1917[1915]), o quadro clínico da melancolia reflete uma psicodinâmica em que, diante da frustração com o objeto (perda), o sujeito retirou sua libido, fazendo-a regredir ao ego – operando uma regressão ao narcisismo. Essa retirada narcísica explica grande parte do quadro melancólico, que se apresenta, em termos psíquicos, na forma de uma retirada de interesse do mundo externo, um intenso rebaixamento da autoestima, um estado de ânimo penoso, na perda da capacidade de amar e na inibição de toda atividade. A definição do narcisismo enquanto fase do desenvolvimento e posição libidinal, assim como os conceitos a ele relacionados – como a escolha de objeto narcísica, ideal de ego e regulação da auto-estima – explicam os processos psíquicos na base desta sintomatologia. Assim, a regressão ao narcisismo será atribuída à escolha de objeto narcísica e, o rebaixamento da autoestima, à identificação com o objeto e à consequente ação sádica do ideal do ego. Portanto, pretendemos abordar a evolução do conceito de narcisismo, destacando o percurso de sua trama conceitual, a qual tornará possível para Freud (1917 [1915]) estabelecer uma teoria da melancolia nela calcada. Seguindo a evolução do conceito, pretendemos destacar, além do conceito de narcisismo, as seguintes noções: escolha objetal narcísica, a regulação da autoestima, o papel do ideal de ego e o da idealização.

Na conferência XXXI das *Novas conferências introdutórias à psicanálise*, Freud (1933[1932], p.192) afirma que a psicanálise começou seu trabalho a partir do estudo do sintoma, “aquilo que na psique é mais estrangeiro ao ego”. Diz o autor:

O sintoma vem do reprimido, é como que o representante dele ante o Eu, mas o reprimido é, para o Eu, terra estrangeira, terra estrangeira interior, assim como a realidade – permitam-me a expressão insólita – é terra estrangeira exterior. Partindo do sintoma, o caminho nos levou ao inconsciente, à vida instintual, à sexualidade [...] (FREUD, 1933[1932], p.192).

Nesse fragmento, Freud descreve seu percurso inicial, em que, por meio do estudo dos sintomas, formulou-se a teoria do funcionamento psíquico geral, caracterizado pelo inconsciente e pela repressão. No entanto, segundo o autor, até determinada época, por volta de 1910, a psicanálise teria se restringido a uma região determinada, aquela dos instintos sexuais. Sua teoria do conflito, que se baseava basicamente na oposição entre instintos sexuais e instintos do ego, calcava-se na iluminação do desenvolvimento psicosexual, em seus pontos de fixação e suas possíveis regressões.

[...] desde o início sustentamos que o ser humano adoece graças ao conflito entre as exigências da vida instintual e a resistência que nele se estabelece contra elas, e em nenhum instante esquecemos essa instância que resiste, rechaça, reprime, que imaginamos dotada de suas forças particulares, os instintos do Eu, e que coincide justamente com o Eu da psicologia popular. No entanto, dado o laborioso progresso do trabalho científico, também a psicanálise não pôde estudar simultaneamente todos os campos e manifestar-se de uma só vez sobre todos os problemas (FREUD, 1933[1932], p.193).

Freud revela que, embora tenha, desde cedo, percebido a importância da instância repressora que representa os instintos de autoconservação (o ego), os quais se opõem aos instintos sexuais por meio da censura, a atenção da psicanálise estava mais voltada para o reprimido (os instintos sexuais). Sabemos que o motivo desse privilégio teórico se deve, principalmente, ao fato de as neuroses de transferência serem patologias mais acessíveis à observação e à técnica psicanalítica. Vimos que a psicanálise se origina da compreensão dessas formas de afecção. No entanto, não se tardou a encontrar um caminho para o estudo dos instintos do ego e da instância repressora:

Por fim, avançamos de modo a poder afastar nossa atenção do reprimido e volta-la para o repressor, e achamo-nos diante desse Eu, que parecia ser tão evidente, com a segura expectativa de também ali achar coisas para as quais não podíamos estar preparados; mas não foi fácil encontrar o acesso inicial a ele (FREUD, 1933[1932], p.193).

Foi por volta de 1910, contando com a contribuição de seus discípulos, que Freud vislumbrou o acesso para a compreensão do ego e de sua segunda tópica do aparelho psíquico. O acesso inicial à psicologia do ego⁴⁴ se deu através da análise do delírio de observação das paranoias, do fechamento psíquico próprio das esquizofrenias e da observação de um tipo de relação objetual característico da homossexualidade:

Dificuldades especiais me parecem impedir um estudo direto do narcisismo. O principal acesso a ele continua sendo provavelmente o estudo das parafrenias. Assim, como as neuroses de transferência possibilitaram rastrear os impulsos instintuais libidinais, a *dementia praecox* e a paranoia nos permitirão entender a psicologia do Eu. Mais uma vez teremos que descobrir, a partir dos exageros e distorções do patológico, o que é aparentemente simples no normal (FREUD, 1914, p.25).

É essa tríade que encaminha Freud para a elaboração do conceito de narcisismo, assim como prepara o terreno para a segunda tópica do aparelho psíquico. Portanto, o conceito de

⁴⁴ Freud (1933[1932], p.193) costumava diferenciar o termo psicologia do ego de teoria das neuroses, utilizando o primeiro para se referir à teoria geral do aparelho psíquico, ou seja, seu funcionamento normal, enquanto o segundo era utilizado para referir-se ao campo explicativo da psicopatologia.

narcisismo abre um campo de exploração inteiramente novo para a psicanálise, na medida em que oferece a chave para a compreensão de uma região até então pouco conhecida, aquela referente aos instintos do ego, à sua constituição e às perturbações aí relacionadas. Conforme aponta Hornstein (1989), com a introdução do narcisismo na psicanálise, abre-se um campo de problemas que diz respeito ao agente do recalque, à estrutura do ego, à sua formação e funcionamento. Pois, até o momento, a ênfase recaía sobre as neuroses de transferência e os instintos sexuais, em oposição às psicoses e aos instintos do ego. Para Freud (1914), o conceito de narcisismo representa a possibilidade de suprir uma deficiência do corpus teórico da psicanálise, que havia se dedicado profundamente às neuroses de transferência e ao papel dos instintos sexuais, mas que deixava insuficientemente exploradas e rasamente compreendidas as psicoses e os instintos do ego, a que estavam relacionadas. A introdução do narcisismo contribui, também, para uma ampliação definitiva no campo psicopatológico: “Até agora, para Freud, seu objeto de estudo eram predominantemente as neuroses, e em parte, as perversões; ao introduzir o narcisismo, ele toma como objeto de estudo a psicose [...], e começa a se interrogar como se constrói o eu” (HORSTEIN, 1989, p.152).

Freud (1914) compreende que, embora o ego seja dotado de uma aparente simplicidade, o seu processo de construção é complexo e sujeito a fragmentações. O estudo das parafrenias impôs o problema da fragmentação do ego e a necessidade de ampliar a teoria psicanalítica, pois embora o ego seja uma unidade, ele está sujeito a fragmentar-se (HORSTEIN, 1989). Na melancolia, Freud irá observar uma divisão, entre uma parte que contém o objeto perdido que fora introjetado e outra parte que se volta contra a primeira. Hornstein (1989) aponta que *Introdução ao narcisismo* (1914) é um artigo de transição entre a primeira e a segunda tópica, que compõe, ao lado do *Projeto* e de *O ego e o id*, o essencial sobre a teoria freudiana do ego – ou, como Freud preferia, a chamada “*psicologia do ego*”. Em *Introdução ao narcisismo*, Freud ocupou-se em articulá-lo com o restante da teoria – psicopatologia, teoria do inconsciente, teoria das pulsões, entre outros –, destacando suas contribuições fundamentais e efetuando a acomodação necessária dos elementos que compõem o seu pensamento.

O conceito de narcisismo surge, inicialmente, como uma modalidade própria das eleições objetais dos homossexuais, os quais buscam um objeto de amor à sua imagem e semelhança. O primeiro a chamar a atenção para isso foi o psicanalista Sadger, em seus trabalhos sobre a homossexualidade e as perversões, conforme veremos adiante. Logo depois, Freud desenvolve suas ideias sobre a “eleição narcísica homossexual”, no artigo *Leonardo da Vinci e uma lembrança da Infância* (1910). No ano seguinte, Freud introduz o conceito de

narcisismo em seu livro sobre o *Caso Schreber* (1911), a fim de explicar um fenômeno de origem psicótica – a paranoia. Nesse trabalho, o narcisismo não se restringe apenas um tipo de escolha de objeto, mas é colocado como uma fase do desenvolvimento a partir da qual se efetua a eleição narcísica. A seguinte linha de desenvolvimento é traçada sobre a relação de objeto: inicialmente o sujeito passa por uma fase autoerótica, em seguida o ego se unifica sob a égide do narcisismo; ao que se segue, teríamos as primeiras relações de objeto, caracterizadas pela escolha homossexual (narcisista) e, finalmente, pela constituição da escolha de objeto heterossexual. Já em *Totem e Tabu* (FREUD, (1913 [1912-13])), encontramos o conceito de narcisismo enquanto uma fase do desenvolvimento mais claramente definido, sendo utilizado para compreender o pensamento animista. O conceito de narcisismo ganhava uma crescente importância no meio psicanalítico e restava a Freud rearticular sua trama conceitual sob essa nova ótica. Assim, em 1914, Freud publicará *Introdução ao narcisismo*, procurando situar tal conceito em sua trama teórica, destacando suas contribuições e implicações.

3.1 O conceito de narcisismo em suas origens

O conceito de narcisismo surge publicamente no círculo psicanalítico, pela primeira vez, em 1908, em um artigo do psicanalista Isidor Isaak Sadger, no contexto da explicação da homossexualidade e desenvolve-se aos poucos até a sua formalização teórica por Freud em *Introdução ao narcisismo* (1914). Em seu artigo, Sadger (1908) refere-se ao caso de um jovem que apresentava “o sintoma do narcisismo”. Diz o autor que, no fundamento do narcisismo, encontra-se a admiração do filho por sua mãe e, a partir do amor, a identificação com ela nas brincadeiras infantis: nesse sentido, o sujeito admira a si mesmo ao reviver o papel da mãe com ele mesmo quando criança (SADGER, 1908). Vemos que, ao relacionar o narcisismo com o amor de objeto e introduzir, nesse contexto, o mecanismo de identificação precoce com a mãe, Sadger, mediante a complexidade da teorização realizada, atrai a atenção sobre a própria constituição do narcisismo (TERRAZAS, 1990).

Em uma reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena, em 27 de maio de 1908, Stekel menciona esse artigo de Sadger, ao que Freud reage apresentando um fragmento da análise de um homossexual latente. Nessa apresentação, Freud confirma a tese de Sadger e Stekel, de que a homossexualidade aparece após certo período e que, nesse momento, ocorre o deslocamento da libido investida na mulher para o homem. O narcisismo, no entanto, não recebe nenhuma menção especial nessa ocasião, e será discutido de fato, pela primeira vez, nas reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, em 3 e 10 de novembro de 1909 (FREUD

in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967]). Nessas duas ocasiões, com a etiologia da homossexualidade masculina em pauta, Sadger apresenta um relato intitulado *Um caso de perversão multiforme*, que continha as suas conclusões sobre a análise de um paciente homossexual⁴⁵. A passagem que se refere ao narcisismo diz o seguinte:

Na análise, que durou cinco meses, pareceu não ser o caso da pesada hereditariedade, mas a *vita sexualis* que está em primeiro plano. No curso do tratamento, seus ataques epiléticos foram inteiramente interpretados e curados, mas, tornou-se evidente que na maior parte da homossexualidade uma série de outras aberrações sexuais dominava o quadro clínico – por exemplo, certas formas de autoerotismo, onanismo, narcisismo, uma forma de auto coito, um erotismo anal pulsante, exibicionismo, tendências voyeuristas, uma mania por estátuas, desejos sadomasoquistas, etc (SADGER in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p. 287).

Assim, nessa primeira abordagem, o narcisismo aparece somente como um componente do quadro homossexual. A discussão, que se segue à apresentação de Sadger, permanece em torno de encontrar as origens da homossexualidade e da diferença entre erotismo anal e caráter anal. Já na reunião seguinte, Sadger apresenta a segunda parte de seu trabalho sobre o mesmo paciente, abordando, no entanto, a questão de sua educação sexual e ao final, após realizar algumas observações de ordem geral, se refere ao narcisismo da seguinte forma:

Um grande papel é desempenhado pelo autoerotismo sob a forma de narcisismo. Nos tipos de pessoa que o indivíduo ama, podemos reconhecer, além dos traços de pessoas amadas homossexualmente ou heterossexualmente, traços pertencentes a ele mesmo. Outro paciente de Sadger ama ainda o modelo que se desenvolverá nele na época a qual ele eliminou o amor por sua mãe. Este gênero de narcisismo parece esconder uma fuga do indivíduo, que deixa a mãe que não é mais amante, para a mãe que, outrora, o amava e o admirava. Reprimindo o amor maternal, a maior parte reprime assim o amor por todo o sexo feminino (SADGER in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p. 301-302).

Sadger atribui a falta de interesse pelo sexo feminino, da qual sofre o seu paciente homossexual, ao fator narcísico, ou, mais exatamente, a um amor do tipo narcísico, em que a pessoa reencontra, no amor objetal, os traços de seu amor autoerótico. Vemos que o interesse de Sadger pelo narcisismo está relacionado à identificação do objeto primário – a mãe – e à consequente homossexualidade.

⁴⁵ Sadger tinha um grande interesse pelos casos de homossexualidade e pretendia curá-los de sua perversão (MIJOLLA, 2005). O psicanalista ficou conhecido por suas pesquisas sobre a homossexualidade, perversão e fetichismo, assim como por ter cunhado o termo de narcisismo em um artigo intitulado *A sensação sexual contrário é curável?*, publicado em 1908 – embora o uso do termo ocorra em um sentido diferente daquele tomado por Freud (1914). Segundo Mijolla (2005, p.1665), Freud recusa o “[...] essencial do trabalho de Sadger sobre o narcisismo, que mistura a teoria da bissexualidade de Wilhelm Fliess e a palavra Narzissmus, inventada por Paul Näcke, a fim de construir, graças à sedução infantil, uma ontogênese da sexualidade na qual a manifestada pelo adulto é reatada pela criança num amor em circuito fechado sobre si mesmo”.

A discussão que se segue a essa apresentação de Sadger teria se restringido a tal configuração específica se Freud não tivesse realizado uma importante observação, lembrando que “a complexidade do caso não tem nada de extraordinário; o que nós fizemos foi apenas trazer a tona a constituição comum a todos os seres humanos” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p. 305). Assim, Freud lembra aos membros do círculo de Viena que as características, sobre as quais tanto se discutiu no caso do paciente homossexual e neurótico de Sadger, estão presentes em cada um deles e pertencem ao desenvolvimento universal do ser humano – o que consiste na primeira generalização no campo do narcisismo. Após algumas observações sobre os variados elementos presentes no relato de Sadger, Freud faz uma intervenção detalhada e extensa sobre o narcisismo, que é considerada a sua primeira alusão ao tema (TERRAZAS, 1990). A intervenção diz o seguinte:

O narcisismo não é um fenômeno isolado, mas um estágio do desenvolvimento necessário na passagem do autoerotismo ao amor de objeto. Estar apaixonado por si mesmo (por seus próprios órgãos genitais) é um estágio do desenvolvimento indispensável. A partir disto, passamos a objetos semelhantes. Em geral o homem tem dois objetos sexuais primários, e sua vida ulterior depende daquele ao qual ele permanece fixado. Estes objetos sexuais são, para cada um, a mulher (a mãe, a babá, etc.) e a si mesmo; e ele preocupa-se de se libertar dos dois e de não demorar muito tempo junto deles. (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p. 307).

Dessa maneira, mais uma vez delineia-se uma característica que em seu início era considerada patológica – um amor do tipo narcísico – como parte do desenvolvimento humano normal: o narcisismo é uma etapa do desenvolvimento necessário na passagem do autoerotismo para o aloerotismo⁴⁶ (JONES, 1989, p.274). Ainda, no tocante à origem da posição homossexual, Freud complementa: “Comumente, o eu é substituído pelo pai, que não tarda, entretanto, a ocupar uma posição hostil. É neste lugar que bifurca a homossexualidade. O indivíduo não se liberta tão cedo dele mesmo, como o caso em questão o demonstra tão belamente” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p. 307). Ao considerar o narcisismo como um estágio do desenvolvimento, a sua presença em períodos posteriores só pode ser compreendida como uma exceção da evolução habitual. Na medida em que o menino não se liberta de seu amor narcísico por ele mesmo, ele passará a amar uma parte de si presente em seus objetos de amor. Ao situar o narcisismo como este estágio intermediário entre o autoerotismo e o amor objetal, Freud mantém-se fiel à posição adotada nas discussões do círculo de Viena, segundo as quais a relação com a mãe remete a um período que precede

⁴⁶ Orientação da libido para objetos externos; heteroerotismo.

ao autoerotismo, tempo este que remete ao escoramento dos instintos, enquanto o narcisismo acontece após o autoerotismo e relaciona-se com a pessoa do pai (TERRAZAS, 1990).

Não por acaso, Freud apresenta apenas vinte dias mais tarde, em 1º de dezembro de 1909, uma conferência intitulada *Uma fantasia de Leonardo da Vinci*, na qual realiza uma série de conjecturas sobre a homossexualidade e sobre o narcisismo como estágio do desenvolvimento normal, o que resultará na publicação do artigo sobre *Leonardo da Vinci* pouco tempo depois⁴⁷. É a partir de um tipo específico de amor, um tipo de ligação objetal que tem como referência um amor a si mesmo, que o narcisismo surge na psicanálise como etapa do desenvolvimento: o amor narcísico, encontrado nos homossexuais, nada mais é do que a persistência de um amor por si mesmo desfrutado em um estágio precoce do desenvolvimento. Eis que o narcisismo aparece na pena freudiana nessa ocasião da análise de Leonardo da Vinci, reintegrando o que Sadger vinha propondo há algum tempo (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967]).

Essa definição, no entanto, somente é publicada por Freud em 1910. Assim, o termo surge pela primeira vez, em seus textos, em uma nota de rodapé acrescentada na segunda edição dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Nessa nota, inserida no primeiro capítulo, no contexto das “aberrações sexuais”, o termo narcisismo é usado em um sentido muito próximo ao do comentário da reunião da Sociedade, com a função de explicar a determinação da escolha do objeto sexual do mesmo sexo nos casos de inversão masculina (homossexualidade). A nota diz o seguinte:

Em todos os casos investigados, constatamos que os futuros invertidos atravessaram, nos primeiros anos de sua infância, uma fase muito intensa, embora muito breve, de fixação na mulher (em geral, a mãe), após cuja separação identificaram-se com a mulher e tomaram a si mesmo como objeto sexual, ou seja, a partir do narcisismo buscaram homens jovens e parecidos com sua própria pessoa, a quem eles devem amar tal como a mãe os amou (FREUD, 1905, p.137).

O narcisismo se refere a uma característica dos homossexuais masculinos, que tomam a si mesmo como objeto de amor e, por conseguinte, amam os rapazes, que são objetos de amor à sua imagem e semelhança, como forma de repetir o amor recebido de suas mães na infância. Nesse primeiro aparecimento, o sentido é restrito a uma forma de identificação que leva o sujeito a tomar a si mesmo como objeto libidinal, e relacionar-se com os objetos

⁴⁷ Esta era uma prática habitual de Freud, que pode ser notada na leitura das minutas das reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena. Diante de uma contribuição importante para a teoria psicanalítica realizada pelos membros dessa sociedade, Freud se apropriava dela à sua maneira e publicava um artigo sobre o assunto em questão. O esboço de *Luto e melancolia* foi enviado a Ferenczi apenas alguns dias após uma apresentação de Tausk sobre a melancolia.

visando a satisfazer seu narcisismo. Desse modo, um dos pontos de destaque dessa passagem é a alusão a um processo identificatório na origem da escolha homossexual de objeto. Com isso, esboça-se a noção de que a identificação é um processo desencadeado em consequência de uma separação ou uma perda de objeto ou posição de satisfação libidinal – formulação que alicerça Freud em *Luto e melancolia* (1917[1915]). Os homossexuais permanecem fixados nas mães e, diante da necessidade de renunciar ao seu amor, se identificam com o objeto amado – não se trata de uma identificação qualquer, mas de uma identificação com a mãe ou com uma figura materna equivalente: as complexas inter-relações entre narcisismo, identificação e escolha de objeto começam a delinear-se aqui. Vale lembrar que nessa nota o narcisismo ainda não aparece como uma fase do desenvolvimento.

3.2 A formulação do conceito de identificação narcísica em Leonardo da Vinci e uma lembrança da infância

A abordagem freudiana inicial do narcisismo, em ligação com a regressão ao autoerotismo, ganha corpo na análise da homossexualidade em *Leonardo da Vinci e uma lembrança da infância* (1910) e a sua localização no desenvolvimento infantil também é introduzida nesse contexto. De maneira geral, Freud analisa o significado homossexual de uma recordação da infância de Leonardo da Vinci, em que um abutre que pousara sobre seu berço teria introduzido a cauda em sua boca. Freud reconhece no abutre a representação da figura materna e sugere que a cauda introduzida em sua boca significa o pênis, em alusão à fantasia da mãe fálica, como consequência da premissa universal do pênis como uma teoria sexual infantil.

Segundo Simanke (1994), a criança (o menino que, nesse caso, desenvolve um intenso prazer de ver como procedimento instintual erótico) vê na mãe um igual e, por isso, a toma como objeto, tornando-se capaz, em um dado momento posterior, de substituir sua *escolha de objeto* por uma *identificação com o objeto* de amor materno. Para o autor, é flagrante o fato do sentido da visão ser colocado em um plano superior de importância no narcisismo, o que remete ao mito que batiza o conceito. O argumento básico de Freud é que seria possível identificar entre os homens homossexuais, ainda em sua primeira infância há muito esquecida, uma ligação erótica muito intensa com a figura materna, ligação esta que sucumbe à repressão e é esquecida. Tal ligação intensa fora suscitada pelo carinho excessivo por parte da mulher cuidadora e reforçada pela ausência ou relaxamento da influência do pai na vida da criança. Em seguida, o menino reprime o amor pela mãe se identificando inteiramente com ela e elegendando seus novos objetos de amor à semelhança de sua própria pessoa, assumindo, então,

uma posição homossexual manifesta. O que está na base dessa identificação é o horror diante da descoberta da castração da figura materna, fato que leva o sujeito à regressão e à conseqüente substituição do amor objetual pela identificação com o objeto. O sujeito toma a si mesmo como modelo e, a partir dele, realiza a escolha de seus novos objetos sexuais. Essa tese, sem dúvida, serve de base para a elaboração do mecanismo da melancolia, em que uma ligação com o objeto é substituída pela identificação com ele, levando a uma regressão ao narcisismo. A forma de ligação narcísica - e sua regressão via identificação ao narcisismo - é amplamente esboçada em *Leonardo da Vinci e uma lembrança da infância* (1910) e servirá de base para as explicações acerca da melancolia – embora Freud não aluda à relação entre homossexualidade e melancolia. O que será generalizado, em sua teoria do aparelho psíquico, é o mecanismo de identificação narcísica, que é de fato elaborado no artigo em questão. A tese que será desenvolvida é que o aparelho psíquico é formado pela identificação com os primeiros objetos de amor. No início da vida, sempre que um investimento libidinal precisa ser abandonado, a ligação com o objeto é substituída por uma identificação com o mesmo (FREUD, 1923). Assim, a melancolia será designada como uma regressão a essas formas de vinculações iniciais do desenvolvimento em que predominam a identificação com o objeto e sua incorporação no ego mediante introjeção (FREUD, 1921).

Detenhamo-nos, por um momento, no fragmento do texto em que Freud expõe a sua tese:

O amor da criança por sua mãe não pode mais continuar a se desenvolver conscientemente — ele sucumbe à repressão. O menino reprime seu amor pela mãe; coloca-se em seu lugar, identifica-se com ela, e toma a si próprio como um modelo a que devem assemelhar-se os novos objetos de seu amor. Desse modo ele transformou-se num homossexual. O que de fato aconteceu foi um retorno ao autoerotismo, pois os meninos que ele agora ama na medida em que cresce, são, apenas, figuras substitutivas e lembranças de si próprio durante sua infância — meninos que ele ama da maneira que sua mãe o amava quando era ele uma criança. Encontram seus objetos de amor segundo o modelo do narcisismo, pois Narciso, segundo a lenda grega, era um jovem que preferia sua própria imagem a qualquer outra, e foi assim transformado na bela flor do mesmo nome (FREUD, 1910, p.106).

Embora o termo narcisismo seja usado, aqui, no mesmo sentido que o da nota de rodapé dos *Três ensaios*, suas ideias estão mais bem explicitadas. Dessa forma, o narcisismo constitui-se como uma forma de identificação com a mãe, que leva a um tipo específico de escolha e de relação com os objetos sexuais: a escolha narcísica ou relação objetual narcísica, a que Freud mais tarde irá relacionar ao vínculo que subsiste na melancolia (1917[1915]). Nesse sentido, Leonardo amava seus aprendizes enquanto estes o representassem quando menino, permitindo-o reviver o amor que recebeu de sua mãe nessa época precoce: por estar

identificado com sua mãe em função de ter tido de renunciar ao seu amor por ela, Leonardo se relaciona amorosamente com seus aprendizes remetendo ao modo com que sua mãe se relacionou com ele, ou então, ao modo como ele gostaria de ter sido amado por ela. Segundo Steiner (1997, p.61), Freud descreve um tipo de relação objetal narcisista, em que o sujeito relaciona-se com o objeto não enquanto uma pessoa separada, dotada de características próprias, mas “como se estivesse relacionando-se consigo mesmo”. Embora Freud tenha se referido ao narcisismo como um possível estágio do desenvolvimento, na reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena do dia 10 de novembro de 1909, de início, o narcisismo é tematizado em sua obra como um tipo de relação de objeto, associado a um processo característico do aparelho psíquico, a identificação. Os principais conceitos que compõem o conjunto dos elementos narcísicos surgem embrionariamente nesse texto: a *escolha/relação narcísica* e a sua substituição por meio da *identificação narcísica*. Freud indica, no fragmento anterior, uma fixação a um tipo de amor precoce, uma fixação ao primeiro objeto sexual, ou seja, a figura materna da tenra infância. É assim, segundo Freud (1910), que os homossexuais encontram seus objetos de amor na via do narcisismo, em função de permanecerem fixados inconscientemente na imagem da mãe e em um amor reprimido. No entanto, Simanke (1994) chama a atenção para o fato de que, ao escolher outros homens como objeto de amor, o sujeito não escolhe apenas a figura materna em seu aspecto fálico, mas também escolhe a si mesmo como objeto sexual, na medida em que seus parceiros possuirão também um pênis. Assim, a escolha narcísica, nesse contexto, consiste em uma dupla escolha: o sujeito escolhe, a um só tempo, ambos os objetos, a mãe fálica da infância e a si mesmo, na medida em que regride a um estágio em que o ego não se distingue do objeto, estágio que antecede a escolha de objeto propriamente dita. Tal escolha forma, então, “uma tripla igualdade, em que os termos são ele mesmo, a mãe e o seu objeto homossexual, que faz com que o sujeito reencontre apenas sua própria imagem, para onde quer que se volte” (SIMANKE, 1994, p.117). Para o autor, a percepção de tais nuances é fundamental para se compreender a verdadeira função do narcisismo na vida psíquica.

3.3 O Caso Schreber e a regressão da libido ao ego

O trabalho intitulado *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia* (FREUD, 1911), mais conhecido como *O caso Schreber*, consiste no esforço freudiano de explicar o caráter particular e distintivo do mecanismo patogênico da paranoia, dinâmica que remete ao contexto da homossexualidade e do surgimento do conceito de narcisismo. Esse livro traz uma definição mais completa do narcisismo que nos trabalhos

anteriores. Mais uma vez, o narcisismo aparece associado aos desejos homossexuais, a partir dos quais foi possível, retroativamente, inferir um estágio narcísico presente no desenvolvimento normal. Na realidade, Freud procura evidenciar o modo pelo qual ocorre a passagem do autoerotismo para o investimento do objeto, ou, em outros termos, o caminho que parte do amor autoerótico e conduz o sujeito para o amor objetal. Segundo Freud, é possível identificar um desejo homossexual atuante na formação da paranoia, que passa a ser considerada como um caso agudo de defesa frente à emergência de poderosas quantidades de energia instintual de natureza homossexual. O delírio persecutório, sintoma típico da paranoia, surge à medida que o sujeito defende-se das fantasias de desejo homossexuais e transforma o objeto homossexual anteriormente amado em um objeto perseguidor. Vejamos o primeiro fragmento em que Freud introduz a discussão do narcisismo, nas páginas iniciais do terceiro capítulo do *Caso Schreber*:

Pesquisas recentes chamaram nossa atenção para um estágio, no desenvolvimento da libido, pelo qual se passa no caminho do autoerotismo ao amor objetal. Este foi chamado de *Narzissismus*; eu prefiro o termo *Narzißmus*, talvez menos correto, porém mais curto e que soa melhor. Ele consiste no fato de o indivíduo em desenvolvimento, que unificou seus instintos sexuais que agem de forma autoerótica, a fim de obter um objeto de amor, primeiramente toma a si mesmo, a seu próprio corpo, como objeto de amor, antes de passar à escolha de uma outra pessoa como objeto. Uma tal fase mediadora entre autoerotismo e escolha objetal talvez seja imprescindível normalmente; parece que muitas pessoas ficam nela retidas por um tempo insolitamente longo, e que muita coisa desse estado persiste em estágios posteriores de desenvolvimento. Nesse Eu-mesmo tomado como objeto de amor, os genitais podem já ser a coisa principal. O prosseguimento desse caminho leva à escolha de um objeto com genitais semelhantes; ou seja, através da escolha objetal homossexual, até a heterossexualidade. Supomos que as pessoas que depois se tornam homossexuais manifestos nunca se libertaram da exigência de o objeto ter genitais como os seus; nisso têm considerável influencia as teorias sexuais infantis, que inicialmente atribuem os mesmo genitais a ambos os sexos (FREUD, 1911, p. 80-81).

Esse fragmento pode ser considerado a primeira definição mais explícita e sistemática do narcisismo como uma “fase normal do desenvolvimento humano”, necessária e que impõe a passagem do autoerotismo para o amor objetal. E de que maneira Freud explica essa passagem? Algo precisa ocorrer no desenvolvimento da libido para torná-la possível. Segundo Freud, o indivíduo em curso de desenvolvimento reúne em uma unidade seus instintos sexuais, que até então trabalhavam autoeroticamente e independentes, e toma seu próprio corpo como objeto de amor, antes de passar à escolha de um objeto de amor heterossexual. Frente a isso, o estágio do narcisismo é definido como um estágio intermediário da libido, em que os instintos autoeróticos que sofreram a unificação tomam primariamente a si mesmo como objeto de investimento dos instintos sexuais. Freud afirma que, entre um extremo que

parte do autoerotismo ao outro extremo, que conduz ao amor objetal, teríamos, além do estágio do narcisismo, a escolha de um objeto sexual com os genitais do mesmo sexo, ou seja, uma escolha homossexual que, em seguida, é substituída por uma escolha heterossexual. E mesmo quando é alcançada a escolha heterossexual de objeto, as tendências homossexuais não desaparecem completamente, mas são inibidas em sua meta sexual e dirigidas para o plano social. As tendências homossexuais juntam-se com partes dos instintos do ego e compõem os instintos sociais, o que, segundo Freud, é a “contribuição do erotismo à amizade, à camaradagem, ao sentido comunitário e ao amor pelos seres humanos em geral” (1911, p.82).

No caso de um indivíduo fixado no estágio do narcisismo deparar-se com uma frustração, ele pode estar sujeito, mediante um grande afluxo libidinal sem possibilidade de escoamento, à sexualização desses instintos sociais que se nutriram da sublimação dos instintos homossexuais inibidos em sua meta. Assim, além de postular a existência de um estágio narcísico, Freud postula a existência de uma tendência homossexual presente no desenvolvimento normal, conforme o trecho que se segue, a respeito do ponto de fixação na paranoia. Nesse caso, os paranoicos são aqueles que procuram se defender de uma regressão dos instintos sociais, ou, em termos mais precisos, procuram defender-se da sexualização de seus investimentos instintuais sociais:

Como vemos, em nossas análises, que os paranoicos *buscam-se defender-se de tal sexualização de seus investimentos instintuais sociais*, somos obrigados a supor que o ponto fraco do seu desenvolvimento deve estar no trecho entre autoerotismo, narcisismo e homossexualidade, que ali se acha a sua predisposição à doença, predisposição talvez suscetível de uma definição mais precisa. (FREUD, 1911, p.83).

Conforme assinalamos, o objetivo de Freud, nesse momento, é compreender os processos psíquicos envolvidos na paranoia, estabelecendo suas origens no desenvolvimento infantil. A predisposição à doença, ou o ponto de fixação da paranoia, localiza-se, então, nesse caminho que parte das tendências autoeróticas às tendências homoeróticas. Portanto, por meio da análise dessa patologia, Freud realiza uma série de generalizações sobre o desenvolvimento normal, como o estágio do narcisismo e das tendências homossexuais; mais uma vez encontramos o intercâmbio entre o normal e o patológico no desenvolvimento do pensamento freudiano e observamos o quanto eles se esclarecem mutuamente.

Freud reconhece, ainda, outro processo característico atuante na paranoia, a retirada do investimento libidinal do mundo exterior e de seus objetos: “O doente retirou das pessoas de seu ambiente e do mundo exterior o investimento libidinal que até então lhes dirigia; com

isso, tudo para ele tornou-se indiferente e sem relação, e tem de ser explicado, numa racionalização secundária” (FREUD, 1911, p. 93). O paranoico retira sua libido do mundo externo, e o reconstrói internamente à sua maneira, mediante o trabalho do delírio, para nele poder viver. O mecanismo de repressão vigente na paranoia, diante do exposto, consiste em desprender-se da libido relacionada aos objetos antes amados. No entanto, o processo de retirada da libido de seus objetos não ocorre exclusivamente na paranoia, e Freud se interroga se tal mecanismo não seria a essência e a regra geral de toda repressão. Embora não responda à questão, Freud estende sua especulação à vida psíquica normal: “É certo que na vida psíquica normal (e não só no luto) realizamos constantemente esses desprendimentos da libido em relação a pessoas ou outros objetos, sem adoecer por isto” e, ainda, em condições normais, “buscamos de imediato um substituto para a conexão anulada; até esse substituto ser encontrado, mantemos a libido livre flutuando na psique, onde ela produz tensões e influi no ânimo” (FREUD, 1911, p. 95-96). Esta “libido livre flutuando na psique que produz tensões e influi no ânimo”, talvez nos aproxime do estado de duas características básicas dos sintomas melancólicos: enquanto fruto de tensão, o abatimento doloroso e sua influência no ânimo reflete-se em um estado de ânimo penoso, o afeto depressivo, representado habitualmente por uma tristeza profunda (FREUD, 1917[1915]). Ainda no tocante ao *Caso Schreber*, se, normalmente, o emprego da libido retirada do mundo e dos objetos encontra um substituto, no caso da paranoia ela recebe um emprego especial, e se torna a base dos delírios de grandeza:

Na paranoia, no entanto, há indícios clínicos de que a libido retirada ao objeto recebe um emprego especial. Lembramos que a maioria dos casos de paranoia exhibe algum delírio de grandeza, e que o delírio de grandeza por si só pode constituir uma paranoia. Disso inferimos que na paranoia a libido liberada se volta para o Eu. Com isso atinge-se novamente o estágio do narcisismo, conhecido no desenvolvimento da libido, no qual o próprio Eu era o único objeto sexual. Por causa desse testemunho clínico supomos que os paranoicos trazem uma *fixação ao narcisismo*, e dizemos que *o recuo da homossexualidade sublimada ao narcisismo* indica o montante da *regressão* característica da paranoia (FREUD, 1911, p.96).

A megalomania, típica da paranoia, sugere que o destino da libido retirada do mundo externo é o investimento no próprio ego, acarretando no seu engrandecimento. Assim, o paranoico retorna ao narcisismo e testemunha a sua fixação nesse estágio, no qual o próprio ego é o único objeto sexual. Esse processo indica duas considerações etiológicas sobre esta patologia: uma fixação no estágio do narcisismo e uma regressão a esse ponto. Por outro lado, temos aí o processo de sexualização da libido social, ou seja, a ressexualização dos instintos eróticos anteriormente sublimados e empregados nas relações sociais; logo, o investimento no próprio ego corresponde a uma regressão da libido homossexual sublimada ao estágio do

narcisismo. A paranoia será arrolada entre os distúrbios narcísicos nos anos seguintes, ao lado da melancolia e da esquizofrenia, justamente porque essas patologias se caracterizam pela introjeção da libido ao ego. O processo de retirada da libido do objeto e sua introjeção no ego, além de servirem de base para a explicação das parafrenias (demência precoce e esquizofrenia), será o mecanismo básico também da melancolia, o que justifica a sua inclusão no grupo das neuroses narcísicas realizado por Freud nessa época. O problema de saber se a melancolia se trata de uma neurose e psicose, do ponto de vista psicanalítico, nos remete justamente ao fato de que grande parte de seus mecanismos atuantes surgiram do contexto de compreensão das parafrenias (psicose). No entanto, é preciso sublinhar que Freud (1924[1923]) acabou por distinguir a melancolia do grupo das psicoses, considerando-a uma neurose narcísica – isto é, uma neurose cujos mecanismos atuantes são relativos à etapa do narcisismo.

Inicialmente, o narcisismo foi definido como escolha objetal e identificação; no momento seguinte, se soma à noção de uma fase narcísica no desenvolvimento. Assim, megalomania, paranoia e homossexualismo são definidos como uma regressão às etapas iniciais do desenvolvimento, ou seja, um retorno a pontos precoces de fixação da libido que, nesse caso, é o estágio do narcisismo. A partir de seus achados sobre a paranoia, Freud ainda especula se, no caso da demência precoce ou parafrenia⁴⁸ (o grupo das esquizofrenias), a regressão da libido chega até a falta total de amor de objeto e ao retorno do autoerotismo infantil, o que supõe uma fixação ainda mais precoce do que aquela encontrada na paranoia. A investigação das patologias e suas contribuições para a compreensão da vida psíquica normal se justificam em função de

[...] duas teses principais que a teoria libidinal das neuroses e psicoses aspira demonstrar: que as neuroses resultam essencialmente do conflito do Eu com o instinto sexual, e que suas formas guardam as marcas da história do desenvolvimento da libido – e do Eu. (FREUD, 1911, p. 103).

Diante do exposto, cabe ressaltar que o narcisismo, concebido como fase necessária de transição entre o autoerotismo e o aloerotismo, retira essa noção do campo exclusivo das psicopatologias e a integra na chamada psicologia geral, ou seja, a teoria psicanalítica que explica o desenvolvimento e os processos psíquicos normais – tal passagem ocorre

⁴⁸ Neste período, segundo Laplanche e Pontalis (1998), Freud utilizava o termo parafrenia para o grupo das esquizofrenias. Nesse sentido, esquizofrenia, parafrenia e demência precoce são utilizados como sinônimos. Ainda nesse livro, Freud insiste na necessidade de diferenciar a esquizofrenia das paranoias: na primeira, a regressão vai até um estágio mais precoce que o narcisismo, típico da paranoia, consistindo em uma regressão até o autoerotismo infantil. Em geral, Freud costumava utilizar o termo demência precoce de Kraepelin e se opor ao termo esquizofrenia de Bleuler.

constantemente no movimento de construção do pensamento freudiano, que efetua, conforme observamos, um intercâmbio constante entre o normal e o patológico em via de mão dupla. Assim, Freud evidencia, uma vez mais, que, nas formações psicopatológicas que resultam em conflitos internos, é possível encontrar e observar as marcas do desenvolvimento psíquico que nos estados normais estão encobertos e invisíveis. É nesse contexto que *Introdução ao narcisismo* surge como um trabalho que vai colocar o conceito em questão no campo da teoria da formação e regulação do psiquismo, do qual a saúde mental depende. É do narcisismo que vai depender, entre outras coisas, a repressão (é dele que se origina a agência repressora), a regulação da autoestima e a relação realística com o mundo exterior e com os objetos. Ainda no quadro da teoria do narcisismo que já se esboça com potência no *Caso Schreber*, Freud refere-se ao tempo “*insolitamente longo*” que um indivíduo pode levar para superar a etapa do narcisismo, e aquilo que fica pendente dessa etapa do desenvolvimento, para sua resolução posterior (SIMANKE, 1994, p.119).

Outro destaque reside, ainda, no conceito de identificação atrelado ao narcisismo, por meio do qual pode ser adquirido o padrão genital/heterossexual da escolha de objeto, além do padrão homossexual, evidentemente. No entanto, adverte Simanke (1994), “o próprio conceito de narcisismo precisa ainda passar pela minuciosa definição de seu perfil, que ocorre no artigo de 1914, cujas consequências para o futuro da teoria psicanalítica, em geral, e da psicose, em particular, não demorarão a se fazer sentir”. Assim, cabe salientar que o narcisismo coincide com a constituição do primeiro objeto total, o ego – trata-se da unificação dos instintos parciais e seu investimento no ego – para o qual convergem os diferentes instintos.

3.4 Breve nota sobre o conceito de narcisismo e as fases pré-genitais da libido

Pouco tempo mais tarde, já no ano de 1913, encontramos um fragmento que toma como certo a inclusão do estágio do narcisismo no desenvolvimento da libido. Em *A predisposição à neurose obsessiva*, Freud afirma que a orientação de trabalho da psicanálise “é deduzir as condições normais estudando seus distúrbios” e que ela proporciona uma “compreensão do nexos entre saúde, perversão e neurose” (FREUD, 1913, p.326). A partir disso, o autor afirma que foram as parafrenias (grupo que abarca as esquizofrenias e paranoias) que o levaram a estabelecer um estágio do narcisismo no desenvolvimento normal da libido:

No começo eu diferenciava apenas a fase do autoerotismo, em que os instintos parciais, procuravam a satisfação do prazer no próprio corpo, cada um por si, e depois a reunião de todos os instintos parciais para a escolha de objeto, sob o

primado dos genitais a serviço da reprodução. Como sabemos, a análise das parafrenia obrigou-nos a interpolar aqui um estágio de narcisismo, em que a escolha de objeto já se realizou, mas o objeto ainda coincide com o próprio Eu.

Diante dessa explicitação, notamos que Freud confere ao narcisismo um lugar no percurso do desenvolvimento, como o estágio em que ocorre a primeira escolha de objeto na vida do ser humano, e que este objeto consiste no ego da própria pessoa. Ainda nesse trabalho, Freud (1913, p.327) afirma que as afeções narcísicas – as parafrenias – foram as primeiras acessíveis à investigação do tema da escolha da neurose, pois suas características comuns, como o distanciamento do mundo dos objetos e a dificuldade de estabelecer transferência, o levaram a concluir que “a fixação que a elas predispõe deve ser buscada num estágio de desenvolvimento da libido anterior ao estabelecimento da escolha de objeto, isto é, na fase do autoerotismo e do narcisismo”, sendo que as mesmas “remontam a inibições e fixações bem remotas”. Por outro lado, é possível supor que as duas neuroses de transferência – a histeria e a neurose obsessiva – têm sua predisposição localizada em fases mais recentes do desenvolvimento, isto é, após o estágio do narcisismo.

Ainda nesse pequeno artigo, Freud realiza um acréscimo ao seu esquema de desenvolvimento da função libidinal, reconhecendo a existência de uma fase antes da instauração do primado das zonas genitais, em que os instintos parciais já se reuniram para a escolha de objeto: “os instintos parciais que dominam esta organização pré-genital da vida sexual são os erótico-anais e os sádicos” (FREUD, 1913, p.330). Em *A predisposição à neurose obsessiva*, Freud irá introduzir a noção de fases pré-genitais da libido, que servirá para Abraham estabelecer a fase de fixação da melancolia, conforme mostraremos no capítulo 4. Nesse artigo, Freud introduz, por meio da compreensão da neurose obsessiva, o sadismo e o erotismo anal como sendo atividades pré-genitais da libido.

3.5 O conceito de narcisismo em *Totem e tabu*

A próxima apreciação do conceito de narcisismo, na obra freudiana, ocorre em *Totem e tabu* (1913 [1912-13]), em que Freud oferece uma ampla discussão sobre o conceito de narcisismo, já como uma fase que o sujeito nunca abandona completamente, podendo ficar nela mais ou menos fixado. A ideia é praticamente a mesma do texto anterior; no entanto, Freud parece estar mais certo sobre postular a existência de uma fase em que o bebê toma a si mesmo como objeto de amor. O narcisismo aparece, assim, como uma segunda fase do autoerotismo, no momento próximo à constituição do ego. Contudo, é importante sublinhar que esta divisão entre narcisismo e autoerotismo desaparecera a partir de 1915 – conforme se pode constatar em *Os instintos e seus destinos*.

Em *Totem e tabu*, Freud afirma que as manifestações dos instintos sexuais podem ser observadas desde o início da vida, mas que, nesse período, eles não são dirigidos para qualquer objeto. No início, os componentes instintuais são independentes uns dos outros, agem de forma parcial e buscam a satisfação no próprio corpo. Como visto anteriormente, tal fase é chamada de autoerotismo e é sucedida por outra na qual um objeto externo é escolhido como alvo dos investimentos libidinais unificados. No entanto, em função das descobertas realizadas no campo das parafrenias e dos desejos homossexuais, Freud situa a fase do narcisismo entre o autoerotismo e a escolha de objeto:

Estudos ulteriores demonstraram que é conveniente e verdadeiramente indispensável inserir uma terceira fase entre aquelas duas, ou, em outras palavras, dividir a primeira fase, a do autoerotismo, em duas. Nessa fase intermediária, cuja importância a pesquisa tem evidenciado cada vez mais, os instintos sexuais até então isolados já se reuniram num todo único e encontraram também um objeto. Este objeto, porém, não é um objeto externo, estranho ao sujeito, mas se trata de seu próprio ego, que se constituiu aproximadamente nessa mesma época. Tendo em mente as fixações patológicas dessa nova fase, que se tornam observáveis mais tarde, demos-lhe o nome de narcisismo. O sujeito comporta-se como se estivesse amoroso de si próprio; seus instintos egoístas e seus desejos libidinais ainda não são separáveis pela nossa análise (FREUD, 1913 [1912-13], p.99).

Podemos destacar, do texto acima, uma psicodinâmica referente ao ego: este é tomado como um objeto para a libido, constituindo-se em seu primeiro objeto de investimento libidinal. Mesmo após o abandono desse estágio, em prol do investimento objetal propriamente dito, pode haver uma regressão da escolha de objeto ao narcisismo diante de uma frustração, conforme observado na paranoia, na esquizofrenia e na melancolia. Talvez o aspecto mais inovador desse fragmento esteja contido na frase em que Freud faz coincidir o estágio do narcisismo com a constituição do ego. Resta saber se o ego se constitui em função da unificação dos instintos libidinais que o investe, ou se aquele torna possível o seu investimento por conta de ter recém se constituído. No fragmento abaixo, Freud considera que a posição libidinal não é jamais abandonada completamente, de forma que os investimentos que dele emanam estarão susceptíveis de a ele retornar em determinadas condições. O que testemunhamos, até o momento, são as bases para o estabelecimento do conceito de identificação narcísica, segundo o qual, diante da perda de um objeto libidinal, a quantidade de libido investida deverá retornar ao ego.

Embora ainda não estejamos em posição de descrever com exatidão suficiente as características dessa fase narcísica, na qual os instintos sexuais até então dissociados se reúnem numa unidade isolada e catexizam o ego como objeto, já temos motivos para suspeitar que essa organização narcísica nunca é totalmente abandonada. Um ser humano permanece até certo ponto narcisista, mesmo depois de ter encontrado objetos externos para a sua libido. As catexias de objetos que efetua

são, por assim dizer, emanções da libido que ainda permanece no ego e pode ser novamente arrastada para ele. A condição de apaixonado, que é psicologicamente tão notável e é o protótipo normal das psicoses, mostra essas emanções em seu máximo, comparadas com o nível do amor a si mesmo (FREUD, 1913 [1912-13], p.99).

Mais uma vez, Freud, através da exceção e dos estados patológicos, compreende a normalidade. O narcisismo, como fase normal e depois como remanescente presente no psiquismo ao longo da vida, surge dos estudos da paranoia, da megalomania e da onipotência do pensamento. Outra ideia importante nesse texto é aquela em que o ser humano nunca abandona totalmente seu narcisismo. A implicação imediata dessa afirmação pode ser notada por ser ela a base sobre a qual Freud irá postular, no texto sobre o narcisismo, o conceito de ideal de ego – a instância herdeira do narcisismo, que nunca é renunciado completamente e é conservado como um ideal –, ao lado das noções que abarcam as bases da autoestima, a qual depende dos resquícios do narcisismo vivenciado na infância. O narcisismo jamais totalmente abandonado torna possível dar sustentação para a noção de que o ego é um lugar para o qual a libido sempre pode retornar quando necessário – em situações de frustração, perda e de separação. O “estar apaixonado” seria o extremo do esvaziamento libidinal, ou do emanamento da libido para os objetos, como Freud preferia. Já psicose seria o outro extremo, o polo que representa o narcisismo, em que toda a libido estaria investida no ego. Neste último caso, a relação com o mundo externo e a ligação com os objetos ficam completamente prejudicadas.

Ainda em *Totem e Tabu*, Freud realiza uma associação entre o narcisismo e o pensamento onipotente, que será abordada mais tarde em *Introdução ao narcisismo*.

Os homens primitivos e os neuróticos, como já vimos, atribuem uma alta valorização — a nossos olhos, uma *supervalorização* — aos atos psíquicos. Essa atitude pode perfeitamente ser relacionada com o narcisismo e encarada como um componente essencial deste. Pode-se dizer que, no homem primitivo, o processo de pensar ainda é, em grande parte, sexualizado. Esta é a origem de sua fé na onipotência dos pensamentos, de sua inabalável confiança na possibilidade de controlar o mundo e de sua inacessibilidade às experiências, tão facilmente obtíveis, que poderiam ensinar-lhe a verdadeira posição do homem no universo. Com relação aos neuróticos, encontramos que, por um lado, uma parte considerável desta atitude primitiva sobreviveu em sua constituição e, por outro, que a repressão sexual que neles ocorreu ocasionou uma maior sexualização de seus processos de pensamento. Os resultados psicológicos devem ser os mesmos em ambos os casos, quer a hipercatexia libidinal do pensamento seja original, quer tenha sido produzida pela regressão: narcisismo intelectual e onipotência de pensamentos. (FREUD, 1913[1912-13], p. 100).

Há, nesse fragmento, uma comparação entre o homem primitivo e o homem neurótico, no sentido de que em ambos predomina o pensamento onipotente, que nada mais é do que

uma supervalorização dos atos psíquicos – um componente essencial do narcisismo. Freud compara o desenvolvimento da humanidade com o desenvolvimento do sujeito – uma comparação entre a filogênese e a ontogênese. A fase animista, dos povos primitivos, corresponderia à fase do narcisismo no desenvolvimento libidinal do indivíduo, em que se acredita na onipotência do pensamento e na possibilidade de controlar o mundo em função da sexualização de seus processos (de pensamento). A fase religiosa corresponderia à fase da escolha do objeto, cujo protótipo é a ligação da criança com os pais, e, por último, a fase científica, representada como a maturidade em que o homem renuncia ao princípio do prazer e busca os objetos de seu desejo no mundo externo. A arte seria o único campo em que é mantida a onipotência dos pensamentos, no qual a realização dos desejos se torna possível graças à ilusão artística, uma ilusão que produz efeitos emocionais como se fossem reais.

Com vimos, o conceito de narcisismo se desenvolve gradualmente nos textos freudianos. Surge de modo embrionário nos debates da Sociedade Psicanalítica de Viena, no campo das discussões sobre a gênese da homossexualidade e, aos poucos, é deslocado para o campo das psicoses, até ser definitivamente incorporado aos estágios do desenvolvimento em *Totem e Tabu* (1913[1912-13]). Após essa publicação, Freud finalmente irá dedicar um texto exclusivo ao tema do narcisismo, no qual examina detidamente seus aspectos e propõe uma série de ideias originais para a psicanálise. Nesta breve apresentação, observamos, também, de que maneira Freud parte de situações particulares ou patológicas para, então, retirar generalizações para a vida psíquica normal. É nesse sentido que nas psicoses, estado de adoecimento mais grave que as neuroses em geral, é possível observar processos psíquicos muito primitivos em ação e, a partir disso, compreender a formação do psiquismo e seus processos primários. No tocante à melancolia, vimos, também, que os processos psíquicos que compõem a região conceitual do narcisismo estão a ela relacionados, e que a partir de sua compreensão, seus mecanismos poderão ser elucidados. Passaremos, a seguir, às contribuições do artigo *Introdução ao narcisismo*, que possibilitaram a elucidação dos mecanismos distintivos da melancolia.

3.6 Introdução ao narcisismo: elementos para a teoria da melancolia

Finalmente, em 1914, Freud publica o artigo cujo conceito de narcisismo é o elemento central. *Introdução ao narcisismo* tem como objetivo formalizar o termo enquanto conceito, explicitar suas contribuições, assim como definir o seu lugar e função na teoria psicanalítica. Freud integra oficialmente o conceito de narcisismo ao arsenal teórico da psicanálise, realizando as reacomodações necessárias de seus elementos diante dessa inovação, seja no

campo da teoria dos instintos, cuja necessidade era a de encontrar um lugar para a libido egóica (o narcisismo é um investimento da libido no ego, o que cria uma aproximação entre instinto sexual e instinto de autoconservação do ego), seja ainda no campo da tópica psíquica – então compreendida como inconsciente, pré-consciente e consciente – em que se torna preciso situar o ego, assim como conhecer melhor o seu funcionamento.

Laplanche (1985) considera o artigo em questão como um verdadeiro questionamento da teoria freudiana em seu conjunto, constituindo uma espécie de monumento teórico psicanalítico. Lembremos que o conceito de narcisismo atua com destaque em três dos cinco artigos metapsicológicos publicados. Ele toma a cena na segunda parte de *Os instintos e seus destinos* (1915), na discussão sobre a ambivalência; tem papel central em *Luto e melancolia* (1917[1915]), constituindo a base a partir da qual Freud explica a psicodinâmica da melancolia; e é a principal característica do fenômeno da alucinação e do sonho, conforme foi abordado em *Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (FREUD, 1917a [1915]).

Em *Introdução ao narcisismo*, encontra-se o essencial das teses apresentadas nos trabalhos anteriores, além de uma série de teorizações e apontamentos inéditos. Laplanche (1985) condensa a tese de Freud sobre o narcisismo em três posições básicas. A primeira consiste em definir o narcisismo como amor de si mesmo por meio de um investimento libidinal de si; a segunda consiste em definir esse investimento libidinal de si mesmo, como passando necessariamente pelo investimento libidinal do ego. E a terceira consiste em considerar que o investimento libidinal do ego é inseparável da própria constituição do ego humano. Pretendemos efetuar, aqui, uma apresentação detalhada dessas posições, a partir do artigo sobre o narcisismo, o qual, além de ser conhecido por suas contribuições ao desenvolvimento da segunda teoria do aparelho psíquico, ofereceu os elementos fundamentais para a elucidação da melancolia e de seus processos psíquicos, elementos fundamentais em nosso estudo.

Introdução ao narcisismo (FREUD, 1914) é composto de três seções, cujas contribuições abordaremos em sua ordem de apresentação original. Esquemáticamente, podemos resumir cada seção da seguinte maneira:

A primeira seção refere-se à definição do narcisismo enquanto investimento libidinal no ego, no estabelecimento do narcisismo primário e secundário, e na decorrente distinção entre libido egóica e libido objetal. A segunda seção consiste em uma distinção substancial entre dois modos originais de relação objetais, o modo de apoio e o modo narcísico. A terceira seção, por sua vez, foca-se na introdução do conceito do ideal de ego, enquanto instância

diferenciada do ego, na diferenciação entre idealização e sublimação, e na definição dos elementos responsáveis pela autoestima.

Vale ressaltar, ainda, que Freud omite completamente de seu artigo qualquer referência ao mito de Ovídio, assim como a referência a história do conceito na teoria psicanalítica, da qual encontramos, logo no segundo parágrafo, apenas a lembrança do nome de Sadger, o primeiro teorizador do conceito na psicanálise.

A primeira seção do artigo representa uma tentativa de ajustar o conceito de narcisismo à teoria da libido e à divisão fundamental dos instintos em sexuais e de conservação. Ao mesmo tempo, Freud expõe os motivos que o levaram a formular um narcisismo primário como fase do desenvolvimento e um narcisismo secundário como resultado do retorno da libido para o ego. O autor procura reunir o que já fora formulado até o momento sobre o tema em questão, e inserir definitivamente, em sua teoria, o narcisismo como elemento geral do funcionamento psíquico e não mais exclusivamente correlativo aos processos psíquicos psicopatológicos.

Freud situa o narcisismo em relação à problemática da psicose, preocupando-se em justificar a sua não consideração desse aspecto pela psicanálise até recentemente. Segundo o autor, o fato de a psicanálise ter se debruçado sobre as neuroses de transferência e os sintomas associados aos instintos sexuais fez com que não fosse dada atenção suficiente ao papel dos instintos de autoconservação e ao ego, enquanto instância recaladora do desejo sexual. Assim, Freud reconhece que a demora em compreender o que vem anunciar nesse artigo se deveu ao privilégio da dimensão do instinto sexual, em detrimento daquilo que se lhe opõe, o instinto de conservação. A noção de narcisismo, no entanto, não se afasta em nenhuma medida de sua teoria da libido e de suas construções acerca do instinto sexual.

Logo de início, o narcisismo, que havia sido definido por Paul Näcke⁴⁹ em 1899 como uma perversão, na qual o indivíduo trata o próprio corpo como objeto sexual, é deslocado de seu sentido patológico e psiquiátrico e situado em sua psicologia do inconsciente como um estágio normal na evolução psíquica: “[...] apareceu a conjectura de que uma alocação da libido que denominamos narcisismo poderia apresentar-se de modo bem mais intenso e reivindicar um lugar no desenvolvimento regular do ser humano” (FREUD, 1914, p.14). Nos casos de narcisismo descritos por Näcke e Ellis, que se distinguem pelo prazer na

⁴⁹ Mais tarde, em nota acrescentada à edição de 1920 de *Os três ensaios*, Freud reconheceria que foi, na verdade, Havelock Ellis o primeiro a utilizar o termo narcisismo, ainda em 1898. Ellis, em sua obra *Autoerotismo, um estudo psicológico*, utilizou o termo narcisismo para descrever um tipo determinado de comportamento perverso, o qual relacionou com o mito de Narciso.

contemplanção e nas carícias do próprio corpo, o que permanece para Freud é a tomada do próprio corpo como se este fosse um objeto sexual, na medida em que ele é “tratado como um todo, afagado, contemplado e acariciado: contemplanção, cuidados e carícias são constituição e confirmação da forma total, do limite, do invólucro fechado que constitui o revestimento cutâneo” (LAPLANCHE, 1985). Com isso, Freud opera o deslocamento habitual, segundo o qual a expressão de uma patologia atual representa uma regressão a organizações e funcionamentos arcaicos do psiquismo, aumentados ou deformados. Diante disso, se um adulto pode tomar a si mesmo como objeto sexual, isso pode não se tratar apenas de um distúrbio atual, mas da reedição de uma organização primitiva do desenvolvimento. O patológico revela, ao observador atento, as etapas do desenvolvimento inicial do psiquismo, que permanecem encobertas na vida adulta normal. Diante do contexto de surgimento e de sua definição na psiquiatria clássica (Näcke), Freud se preocupa em “retirar o termo narcisismo de sua vinculação exclusiva com a patologia sexual e garantir-lhe um lugar no desenvolvimento regular do homem, confirmando assim a posição defendida quando da alusão ao conceito no caso Schreber” (SIMANKE, 1994, p.120).

Como sabemos, a conduta narcisista foi observada, inicialmente, nos homossexuais, que elegem como objeto de amor um representante de si mesmo. O estudo da *homossexualidade* levou Freud – por meio das contribuições de Sadger e Stekel – a postular a existência do estágio de narcisismo presente no desenvolvimento da libido, ao qual o homossexual está ainda preso, não conseguindo se liberar do amor vivido por si mesmo no início de seu desenvolvimento. Além da conduta homossexual, o narcisismo recebeu atenção no meio psicanalítico quando se procurou compreender as parafrenias e um de seus principais sintomas, a megalomania, encontrada não só nas paranoias e nas esquizofrenias, mas, também, entre as características da vida anímica dos povos primitivos e das crianças. Foi justamente a tentativa de compreender as psicoses (esquizofrenia e paranoia) sob as premissas da teoria da libido que levou Freud a supor um narcisismo primário e normal no desenvolvimento inicial.

3.7 A regressão da libido e a libidinização do ego nas psicoses

Mesmo pretendendo fazer do narcisismo um elemento do desenvolvimento psicosexual normal, Freud não deixa de realizar contribuições importantes à teoria das psicoses, as quais, por sua vez, também elucidam elementos da normalidade. Segundo Laplanche (1985), um duplo aspecto pode ser ressaltado nesse processo: a retração da libido ao ego, como uma reedição do narcisismo da primeira infância e caracterizado pelo

desinteresse pelo mundo exterior; e, correlativamente a esta retração, a descoberta de que a libido se fixa em um objeto diferenciado, privilegiado e internalizado, o próprio ego. Esses dois processos serão, poucos anos mais tardes, considerados os elementos centrais da psicodinâmica da melancolia, pois seu mecanismo será formulado a partir de um retorno ao narcisismo, ou seja da constatação da regressão da libido e seu investimento no próprio ego.

De acordo com o exposto anteriormente, nas *parafrenias* (esquizofrenia e paranoia), duas características importantes foram destacadas e analisadas por Freud (1914): a megalomania e o desinvestimento extremos dos objetos na realidade, sem seu decorrente reinvestimento dos objetos na fantasia, como no caso das neuroses de transferência. Ao se interrogar sobre o destino conferido à libido em casos de parafrenia, Freud postula que o seu destino passa a ser o investimento no próprio ego, o que corresponde a uma regressão ao narcisismo, que, assim, causa os delírios de grandeza que dela se fazem acompanhar. O delírio de grandeza, enquanto sintoma característico das parafrenias, sugere que o ego está superinvestido de libido, reproduzindo um funcionamento da libido que já existira em condições normais na infância, mas que fora sobreposto por conta das modificações exigidas ao longo do desenvolvimento: “isso nos leva a apreender o narcisismo que surge por retração dos investimentos objetais como secundário, edificado sobre um narcisismo primário que foi obscurecido por influências várias” (FREUD, 1914, p.16). Desse modo, o narcisismo primário seria um ponto de fixação ao qual o sujeito regride quando apresenta distúrbios como as parafrenias, considerando-se que a fixação desempenha um papel determinante nas afecções mentais (SIMANKE, 1994).

A megalomania permite compreender que a “libido retirada do mundo externo foi dirigida ao Eu, de modo a surgir uma conduta que podemos chamar de narcisista” (FREUD, 1914, p.16). A megalomania seria apenas a ampliação e o explicitamento de um estado que já havia existido anteriormente no desenvolvimento do indivíduo, o estágio do narcisismo primário. Já o narcisismo que surge em função da retirada dos investimentos objetais é considerado um *narcisismo secundário*, que foi edificado sobre o estado anterior. Vemos, portanto, de que maneira Freud (1911, 1914) coloca a problemática narcísica atrelada às psicoses: são elas que revelam a existência do narcisismo, em função desse estágio constituir o eixo central em torno do qual se estabelece a doença.

No entanto, a compreensão psicanalítica da psicose, por meio da noção de abandono da realidade externa, não foi uma ideia genuinamente freudiana. Segundo o próprio Freud (1917[1916-1917]), esta se deve a Abraham, que havia sugerido, ainda em 1908, que a principal característica da demência precoce (esquizofrenia) é a ausência de investimento

libidinal nos objetos. Se nesses pacientes a libido não estava normalmente investida nos objetos, impõe-se a questão de saber o que acontece com a libido retirada dos objetos. De acordo com Freud, Abraham responde a essa questão sem hesitar: “*ela se volta novamente para o ego e esse retorno reflexivo é a fonte da megalomania na demência precoce*” (FREUD, 1917 [1916-1917], grifo nosso). Tal ideia é aceita por Freud e torna-se, para ele e para a psicanálise, em geral, a chave para explicar de modo mais preciso os fenômenos psicóticos e a melancolia.

É no contexto dos destinos libidinais que Freud (1914) faz uma reserva ao termo de introversão da libido sugerido por Jung, reservando-o apenas para descrever a maneira como ocorre o abandono da relação com a realidade nas neuroses de transferência (neurose obsessiva e histeria). Nesses casos, diferentemente das parafrenias, o abandono do objeto ocorre apenas parcialmente: os neuróticos obsessivos e histéricos mantêm a relação erótica com os objetos na fantasia, substituindo pessoas reais por objetos imaginários, e deixam de tentar alcançar as metas de satisfação relativas a esses objetos. No caso dos parafrênicos, ocorre uma retirada da libido das pessoas e coisas do mundo externo, análogo ao caso da neurose, sem que, no entanto, ocorra a sua substituição por objetos na fantasia. Quando Freud acusa Jung de utilizar indiscriminadamente o conceito de introversão da libido, ele tem a intenção de conservar o termo apenas para as neuroses, nas quais a libido é retirada dos objetos externos e investida nos objetos da fantasia. Para Freud, é importante manter essa distinção, pois, no caso das neuroses, a libido funciona essencialmente segundo o modo dos instintos sexuais, enquanto, no caso das psicoses, a libido é retirada dos objetos e investida no ego (narcisismo), funcionando segundo o modo dos instintos de autoconservação do ego. Segundo Terrazas (1990), esse é o motivo para Freud se referir à introversão em um sentido oposto ao narcisismo, uma vez que a introversão é entendida como o retorno da libido para os objetos da fantasia, enquanto o narcisismo consiste no retorno da libido para o ego.

Freud já demonstra, em o *Caso Schreber* (1911), que, quando a realidade é substituída por objetos da fantasia nos casos de parafrenias, trata-se de um movimento secundário de tentativa de cura, realizado a partir do mecanismo de projeção, em que a libido é reconduzida para o mundo externo e seus objetos, produzindo, assim, a conhecida deformação da realidade – movimento que pode ser observado, por exemplo, nos delírios de perseguição dos paranoicos. Cabe fazer aqui, ainda, alguns apontamentos sobre a psicose. Em *Introdução ao narcisismo* (1914), Freud estaria tentando compreender a psicose por meio do modelo da neurose, levando em conta que os sintomas são efeitos de um conflito e, por conta disso, são dotados de sentidos. Na neurose, encontra-se o esquema básico frustração – introversão –

regressão ao ponto de fixação – conflito – sintoma. Tanto na psicose, quanto na neurose, haveria uma frustração e a conseqüente regressão da libido para o mundo interno em suas origens. Mas, na psicose, a regressão enquanto reação à frustração, ao invés de investir libidinalmente os objetos da fantasia – o que corresponde à introversão neurótica –, investiria o próprio ego. Para Hornstein (1989), a distinção entre introversão neurótica e regressão psicótica assinala a diferença entre a neurose e a psicose, na medida em que, na regressão, ao invés de se recorrer a objetos e modos de satisfação arcaicos como na neurose, volta-se para uma etapa autoerótica, na qual o problema central é a constituição de um ego diferenciado do não-ego: “haveria uma frustração X, que coloca uma crise nessa estrutura psíquica, onde o centro da gravitação da problemática não é o complexo de castração, mas a possível dissolução do eu” (HORNSTEIN, 1989, p.172). Haveria uma regressão do funcionamento egóico (ou uma regressão à etapa de constituição do ego e do estabelecimento de suas funções) e, nesse sentido, os sintomas psicóticos trazem à tona um conflito não elaborado; os delírios, as alucinações e a megalomania seriam frutos de um movimento secundário e defensivo diante de um conflito.

Na neurose, os sintomas advindos da introversão e da regressão a certos pontos de fixação correspondem a uma espécie de satisfação substitutiva, uma formação de compromisso que envolve o retorno do reprimido. Já na psicose, a regressão seria uma tentativa de elaborar o problema da dissolução do ego, tendo como conseqüência o predomínio de formas primárias de organização da experiência e o funcionamento introjetivo-projetivo – o que torna necessário incluir, entre os elementos centrais da psicose, um tipo específico de angústia, a angústia de desintegração (Hornstein, 1989). Com *O Caso Schreber* (1911), Freud oferece, pela primeira vez, suas contribuições ao campo das psicoses. Nesse estudo, Freud dota de consistência certas ideias que vinha desenvolvendo de maneira tímida, e que somente o reconhecimento do narcisismo permitiu desenvolver mais satisfatoriamente. Mas, de acordo com Hornstein (1989, p.157), Freud jamais chegou a fazer uma proposição definitiva acerca da origem da psicose. No entanto, Freud formulou uma teoria da psicose por meio do estabelecimento de noção de uma regressão ao funcionamento de processos psíquicos arcaicos, que estão situados na origem do aparelho psíquico:

Um brevíssimo comentário acerca de Freud e a psicose. Em um dos primeiros trabalhos, de 1894, ele formula que, diferentemente da neurose, na psicose haveria um repúdio da realidade, não haveria simplesmente um recalçamento de algo, mas a não incorporação simbólica de um acontecimento. Em *A interpretação dos sonhos*, Freud diz que há um processo primário e um processo secundário, e que é como se a psicose funcionasse segundo o processo primário [...](HORNSTEIN, 1989, p.157).

O processo primário é a modalidade de funcionamento que caracteriza o inconsciente, que não leva em conta a realidade, e reinveste as representações de desejo diante da realidade frustrante, dando origem à satisfação alucinatória. Funciona de acordo com o princípio do prazer, ou seja, a atividade psíquica que busca descarregar as cargas de energia acumuladas diretamente e se retira dos atos que podem suscitar desprazer. No processo primário, a energia se desloca livremente, segundo os mecanismos de condensação e deslocamento, passando de uma representação a outra sem barreiras (FREUD, 1900). Em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico*, Freud (1911) afirma que, na psicose, encontramos o tipo mais extremo de afastamento da realidade, em que o doente procura negar o acontecimento que provocou a loucura. Mas também os neuróticos assim procedem, ou seja, dão as costas à realidade por considerá-la insuportável, embora se limitem à apenas algum fragmento da realidade, e não a ela em seu conjunto. Assim, a psicose se caracteriza por um afastamento da realidade e da decorrente predominância do processo primário na atividade psíquica. No *Caso Schreber*, Freud (1911) propõe mecanismos de defesa específicos da psicose, como o predomínio da projeção, o retorno sobre si mesmo e a indiscriminação ego/não-ego, ao mesmo tempo em que se pergunta “se o que diferencia a neurose da psicose é só um tipo de defesa, ou se o ponto central é não só a existência de algum tipo de defesa, mas a estrutura do eu” (HORNSTEIN, 1989, p.157). Em *Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos*, Freud (1917a[1915]) caracteriza o mundo representacional do psicótico demonstrando que a sua linguagem é pautada pela referência narcísica ao próprio corpo e que ele se encontra submetido à ação do processo primário, tratando a palavra como coisa.

Mais tarde, no registro da segunda tópica e da última dualidade pulsional, “o que integra Freud na teoria da psicose, é a defusão pulsional, a importância que tem a regressão, ao nível da pulsão de morte e o incremento da agressividade” (HORNSTEIN, 1989, p.158). Diante do exposto, Hornstein (1981) procura sustentar a posição de haver uma angústia de desintegração na base das psicoses. Para Laplanche (1985, p.74), na psicose, a libido flutuante ou mais ou menos bem controlada coloca o sujeito no limite do transbordamento da angústia, compreendendo o combate psicótico “sempre como uma tentativa desesperada para demarcar novamente um certo território”. Isso ocorre devido à regressão da libido ao ego, no qual vai dar-se uma tentativa de ligação da energia libidinal liberada pela frustração; essa tentativa de ligação aparecerá nas formas de megalomania ou de hipocondria. Na primeira, os limites do ego se estenderão até os espaços cósmicos e, no segundo, ao contrário, tais limites se reduzirão às dimensões do órgão doente.

Assim, a psicose envolveria uma regressão ao autoerotismo, fase em que a imagem de si mesmo não se dá de forma totalizada, em que o ego corporal encontra-se fragmentado. Seriam características da psicose: (1) que os sintomas psicóticos têm um sentido, sendo o retorno de um conflito não elaborado, (2) que as defesas da psicose são distintas da neurose, (3) que há uma perturbação na linguagem e na simbolização e, finalmente, (4) que existe um transtorno na relação com a realidade.

Em *Luto e melancolia*, Freud adotará o termo *identificação narcísica* para se referir ao processo de regressão da libido ao ego. No caso da melancolia, Freud sugere, já em *Luto e melancolia*, que a sombra do objeto é projetada sobre o ego mediante a regressão do investimento libidinal para o ego. Em 1921, Freud dirá que a retirada da libido no objeto, observada na melancolia, é acompanhada de sua introjeção no ego, mediante identificação. Na identificação, diz Freud, “o Eu se enriqueceu com os atributos do objeto, “introjetou-o”, na expressão de Ferenczi” [...]; “o objeto foi perdido ou renunciou-se a ele; então é novamente instaurado no Eu, e este se altera parcialmente conforme o modelo do objeto perdido” (FREUD, 1921, p. 73).

Esses elementos, aqui desenvolvidos no contexto da psicose, estão fortemente atrelados à elucidação da melancolia, o que, talvez, possa justificar a sua habitual aproximação às psicoses observadas nos trabalhos psicanalíticos sobre aquela afecção.

3.8 Reformulações e contribuições à teoria dos instintos: a libido do ego como possibilidade de abordagem das psicoses e da melancolia

Ainda na primeira seção de *Introdução ao narcisismo*, Freud (1914) propõe uma distinção básica no campo do narcisismo, distinguindo-o entre um narcisismo primário e um secundário. O narcisismo primário designa um estado originário, um estágio infantil do desenvolvimento, em que a libido está investida no ego e que é anterior ao investimento libidinal de objeto, enquanto o narcisismo secundário designa o restabelecimento de um estado narcísico, em função da retirada da libido do mundo externo para o ego. Assim, o narcisismo primário é um estado original, presente no “desenvolvimento regular do ser humano”, caracterizado como “o complemento libidinal do egoísmo do instinto de conservação, do qual justificadamente atribuímos uma porção a cada ser vivo” (FREUD, 1914, p.14-15). Tal afirmação referente à complementaridade dos instintos e à distinção entre dois narcisismos traz implicações significativas, que examinaremos a seguir.

Os instintos de conservação do ego, cujo protótipo é a fome e cuja energia é denominada de interesse, são considerados como anteriores aos instintos sexuais, ao mesmo

tempo em que possuem a capacidade de autossustentação. O elemento significativo da passagem anterior reside na alusão a um complemento libidinal (ou seja, sexual) para o instinto de conservação. Vimos que Freud se esforçou para manter a oposição entre essas duas classes de instinto, que estão constantemente em conflito, noção sobre a qual o autor estabeleceu sua etiologia da neurose. O termo libido, reservado somente para a energia dos instintos sexuais, se aproxima, agora, dos instintos de autoconservação, dotando-os complementarmente de porções de instintos sexuais. O egoísmo (interesse do ego) consiste no investimento do instinto de autoconservação no ego, ou seja, no interesse enquanto energia de autoconservação, que o ego mantém por si mesmo. Dessa maneira, o egoísmo se opõe ao narcisismo, que é definido como o investimento do instinto sexual (de sua energia, a libido) no ego. Mediante essa afirmação, torna-se difícil identificar o ego exclusivamente aos instintos de autoconservação, já que este é fruto de um duplo investimento. Logo adiante, a questão se tornará mais complexa.

Para Terrazas (1990), a definição do narcisismo como complemento libidinal do egoísmo resulta em um jogo entre narcisismo primário – proveniente do interesse egoísta pela vida – e o narcisismo secundário – proveniente da frustração vivenciada na relação com o objeto libidinal e da sua conseqüente regressão para o ego, para o qual haviam se voltado os interesses egoístas em função de tal objeto ser aquele que se ocupava da satisfação dos interesses do ego (satisfação do instinto de autoconservação). Disso resulta, completa o autor, um duplo modo de funcionamento que dá conta do conflito característico da dinâmica psíquica.

Seguindo adiante nas formulações de *Introdução ao narcisismo*, Freud (1914) revela ter identificado, na vida anímica dos povos primitivos e das crianças, traços que, quando isolados, aparecem na megalomania, sob a forma da chamada onipotência de pensamentos. Esta se caracteriza pela superestimação do poder dos desejos e atos psíquicos, como já fora abordado minuciosamente em *Totem e Tabu* (1913), no qual os traços comuns entre os povos primitivos e as crianças foram comparados segundo a fórmula de que a ontogênese (desenvolvimento do indivíduo) repete a filogênese (desenvolvimento da espécie). Os traços de megalomania (delírio de grandeza) presentes na vida anímica dos povos primitivos, que também podem ser atribuídos à atitude das crianças frente ao mundo externo, caracterizam-se por: (1) uma superestimação do poder de seus desejos e atos psíquicos, a onipotência dos pensamentos, (2) uma crença na força mágica das palavras, e (3) a magia como uma técnica particular de se relacionar com o mundo externo, a partir da aplicação das duas grandiosas premissas anteriores. Na raiz dessa superestimação, haveria uma grande quantidade de

investimento primário do ego nas fases iniciais do desenvolvimento, tanto do desenvolvimento ontogenético quanto do filogenético. A partir desses fenômenos, Freud (1914) edifica a ideia de um investimento libidinal originário do ego, que persiste atuante na vida psíquica, de maneira que seu investimento pode ser avançado para os objetos e recuado novamente, quando necessário. Segundo Simanke (1994), o que se forma com essa ideia é a imagem de uma reserva inicial de libido no ego que, com o avanço do desenvolvimento, passa a ser reduzida pelos contínuos e progressivos investimentos objetais. O reconhecimento dessa dinâmica libidinal, caracterizada pelo envio e recuo da libido ao ego, leva Freud a postular uma oposição entre libido do ego e libido de objeto, e a insistir na ideia de uma relação de complementaridade entre ambas, em que o crescimento de uma acarreta o empobrecimento da outra.

Segundo Freud, dois estados extremos representam, de maneira evidente, a dinâmica entre libido do ego e libido de objeto: em um extremo, o estado de enamoramento, como o ápice da mais elevada fase do desenvolvimento, em que ocorre o abandono de si mesmo a favor do investimento objetal; no extremo contrário, a paranoia em suas fantasias de fim de mundo, que representa o refluxo de todo o investimento libidinal para o ego. Entretanto, a distinção entre libido do ego e libido objetal não existe durante o estágio do narcisismo primário, pois as energias psíquicas encontram-se juntas e “apenas com o investimento de objeto se torna possível distinguir uma energia sexual, a libido, de uma energia dos instintos do Eu” (FREUD, 1914, p. 18).

A compreensão de que a libido pode investir tanto um objeto externo como o próprio ego (narcisismo) leva à distinção entre libido do ego e libido de objeto. Para Freud, o valor dessa distinção está na diferenciação entre as características dos processos neuróticos e psicóticos. Conforme demonstram Laplanche e Pontalis (1998), o termo objeto utilizado na expressão libido de objeto é empregado no sentido restrito de objeto exterior, sem considerar que, em um sentido mais amplo, o ego também consiste para a libido em um objeto de investimento do instinto, como foi revelado pelo narcisismo. Os autores ainda acrescentam que as expressões libido objetal e libido do ego dizem respeito ao ponto de chegada da libido e não ao seu ponto de partida, isto é, sua fonte. Assim, tal distinção introduz uma subdivisão dos instintos sexuais, em libido de objeto e libido do ego, mas estritamente em função de seu objeto de investimento: o ego ou o objeto externo. No entanto, nos estados de narcisismo, seja no narcisismo primário ou secundário, libido e interesse (instinto sexual e instinto de autoconservação) coincidem, fazendo com que não seja possível distingui-las no ponto de vista da observação.

Em *Os instintos e seus destinos*, Freud procura esclarecer os destinos tomados pelos instintos sexuais em relação aos instintos do ego, afirmando que os primeiros “apoiam-se inicialmente nos instintos de conservação, dos quais se desligam apenas aos poucos, e seguem também na busca de objeto os caminhos que lhes mostram os instintos do Eu” (1915, p.63). Os caminhos a que Freud se refere, nessa passagem, são os objetos de satisfação dos instintos do ego, que se tornam, também, objetos de satisfação dos instintos sexuais. Portanto, ao se nutrir do leite materno e saciar os instintos do ego (conservação), o bebê experimenta a satisfação do prazer erógeno na região oral, propiciado pelo contato com o seio, satisfação esta ligada aos instintos sexuais e constituindo-se como um meio de satisfação autoerótico⁵⁰. Assim, uma parte dos instintos sexuais “permanece a vida inteira associada aos instintos do Eu, dotando-os de componentes libidinais, que na função normal são facilmente ignorados, e apenas quando há doença surgem claramente” (FREUD, 1915, p.63). Freud nos remete à situação em que os instintos do ego conservam-se compostos também de libido, resquícios da situação inicial dos instintos, sendo possível, assim, falar em libido do ego. Ficamos com a impressão de que Freud sugere uma espécie de fusão ou imbricamento entre as duas classes de instintos em relação à dinâmica instintual. A libido do ego, ou seja, a energia sexual investida no ego é facilmente ignorada na função normal, e só se mostra atuante de maneira visível em situações patológicas como as parafrenias, por exemplo.

Sobre a distinção entre as duas classes de instintos, ao fim da primeira seção de *Introdução ao narcisismo*, Freud justifica porque insiste em manter sua hipótese de uma diferenciação primordial entre um instinto do ego ou de autoconservação (assim definido pela primeira vez, em 1910, em *Perturbação psicogênica da visão*) e um instinto sexual. Mas podemos nos perguntar se, ao criar a classe de libido do ego e libido de objeto, não seria mais compreensível abolir a existência de um instinto do ego, não sexual. Se foi descoberto que o ego, enquanto representante dos instintos não sexuais, é também investido de libido, por que não manter esta última como a única energia psíquica atuante no aparelho psíquico, conforme a sugestão feita por Jung?

Diante de tal questão, Freud apresenta vários fatores a favor da diferenciação originária entre instintos sexuais e instintos do ego (autoconservação) - diferenciação que corresponde à separação popular entre amor e fome, como a sua utilidade para a análise das neuroses de transferência. Levando em conta a biologia, entende-se que o ser humano está

⁵⁰ Mais tarde, na XXI conferência introdutória, Freud indicará que a mãe é o primeiro objeto de satisfação ligado ao instinto sexual (Freud 1917[1916-1917]).

submetido a uma dupla função: a sua própria conservação, por meio da satisfação da fome, e a conservação da sua espécie, enquanto depositário do plasma germinal que se transmite por meio da relação sexual. Embora Freud se esforce para afastar da psicologia tudo o que é diferente dela, inclusive a biologia, no tocante a essa diferenciação entre instintos sexuais e do ego ele se escora essencialmente na biologia, e afirma que essa hipótese poderia ser abandonada se, “a partir do trabalho psicanalítico mesmo avultar outra suposição, mas aproveitável, acerca dos instintos” (1914, p.21).

Se Freud insiste em manter a distinção dos instintos em duas classes básicas e em defender a hipótese de que a perda da realidade na esquizofrenia deve-se à retirada da libido para o ego, é porque se apoia no modelo do conflito psíquico que fundamenta a sua teoria das neuroses, conforme mostramos anteriormente. Aí reside o seu interesse em conservar a distinção entre interesse sexual e interesse em geral, fazendo corresponder este último aos instintos do ego. Essas duas classes de instintos, com metas opostas, sustentam o conflito psíquico como a raiz da explicação das neuroses. Mas como o conflito psíquico, que origina a neurose, não é concebível sem um dualismo instintual, a divisão entre libido do ego e libido do objeto torna-se o abrigo do dualismo, situado, agora, no próprio campo da sexualidade (TERRAZAS, 1990). Segundo o autor, Freud não podia ainda antever, nesse momento, o caráter indomável da sexualidade originária, isto é, enquanto sexualidade anárquica e não ligada, que vai ser conceituado, ainda de acordo com o autor, alguns anos mais tarde, sob a insígnia do instinto de morte.

A partir do narcisismo, “a primeira teoria das pulsões começa a demonstrar suas debilidades” e ainda, a “insuficiência desta teoria fica mais clara ao longo dos artigos de metapsicologia, nos quais Freud, por diversas vezes, revela a disposição de abandoná-la, no caso de dispor de uma teoria mais proveitosa”– (SIMANKE, 1994, p. 122). Tal abandono se dará apenas cinco anos mais tarde, em *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920), quando assistiremos a construção de uma nova dualidade instintual que opõe Eros e Tânatos. Vemos que a introdução do narcisismo e a conseqüente introdução da libido do ego começam a abalar alguns postulados fundamentais de sua teoria, o que obriga Freud a redefinir suas posições e admitir o parentesco entre o instinto de autoconservação e o instinto sexual, reunidos sob a categoria das pulsões de vida.

3.9 As relações entre autoerotismo e narcisismo

Ainda na primeira seção de *Introdução ao narcisismo*, Freud (1914) coloca em relevo uma questão fundamental, que nos remete ao núcleo da temática do narcisismo e dos

problemas que a introdução desse conceito traz à teoria psicanalítica. Freud (1914, p. 18) formula a questão de saber “que relação há entre o narcisismo, de que agora tratamos, e o autoerotismo, que descrevemos como um estágio inicial da libido?”. Para o autor, essa questão “nos leva ao centro das dificuldades do tema” [do narcisismo]. No entanto, tal questão é respondida *en passant* por Freud, pois ele não fornece esclarecimentos suficientes acerca da relação entre narcisismo e autoerotismo, de maneira que a psicanálise permanece, até a atualidade, com a tarefa de desvendar e compreender tais relações. Até 1914, temos a seguinte configuração: o autoerotismo é definido, nos *Três ensaios* (FREUD, 1905), como a atividade do instinto sexual que obtém prazer no próprio corpo. Tal atividade surge no momento da amamentação, apoiada na satisfação da necessidade de nutrição gerada pelo instinto de autoconservação e, mais tarde, se separa dele, constituindo o autoerotismo. Compreender essa questão é importante para a melancolia, pois o narcisismo consiste no ponto de fixação dessa afecção.

Encontramos uma primeira formulação sobre o autoerotismo em uma carta enviada a Fliess, em 9 de dezembro de 1899. Nela, Freud se refere ao problema da escolha da neurose, ou seja, à questão de saber por que uma pessoa adoece de histeria ao invés de paranoia, por exemplo. Ou, dito de outra forma, o que leva alguém a desencadear uma ou outra doença psíquica diante de um trauma ou de uma frustração? Freud comenta ter encontrado uma pista para a investigação desse problema, antevendo uma importante ligação entre a escolha da neurose e a sexualidade. No contexto de compreensão etiológica da paranoia, Freud situa o autoerotismo, na origem da vida sexual, como a primeira forma de satisfação.

A mais inferior das camadas sexuais é o auto-erotismo, que dispensa qualquer objetivo psicosexual e visa apenas às sensações localmente gratificantes. Depois dele vem o alo-erotismo (homo ou hetero-erotismo), mas é certo que ele continua a existir como uma corrente subjacente. (FREUD 9-12-1899 in MASSON, 1986, p.391).

Enquanto a histeria e a neurose obsessiva são consideradas aloeróticas, na medida em que sua via principal consiste na identificação com a pessoa amada, a paranoia é considerada uma forma de regressão que “dissolve a identificação, reinstaura todas as pessoas amadas da infância que foram abandonadas”. Essa regressão “dissolve o próprio ego nas pessoas externas” e se deve a uma “irrupção da corrente auto-erótica, um retorno a um estado anterior” (FREUD, 9-12-1899, in MASSON, 1986, p.391). A conclusão de Freud é que as relações particulares entre o autoerotismo e o ego original poderiam revelar a natureza da

paranoia. Como sabemos, tal relação será extensamente desenvolvida no *Caso Schreber*, considerando o viés do narcisismo, (FREUD, 1911).

A respeito do autoerotismo, cabe destacar que, além de estar situado no núcleo da vida sexual como a camada mais inferior, sua atividade sexual ocorre de maneira parcial, ou seja, “visa apenas sensações localmente gratificantes”. A sua presença no início da vida sexual e a sua atividade parcial de satisfação são noções que caracterizam o autoerotismo em toda a obra freudiana, praticamente sem mudanças: o início da atividade do instinto sexual de forma independente sempre será considerado como parcial e autoerótico. Uma terceira característica a ser considerada, ainda na carta a Fliess acima citada, é a continuidade do autoerotismo enquanto atividade concomitante ao alioerotismo, mesmo depois que este último se estabelece. Em *Os três ensaios*, por exemplo, Freud (1905) associa a satisfação sexual de beijar os lábios de um objeto sexual a uma reedição da atividade autoerótica original do chuchar. De acordo com essa primeira definição de autoerotismo, que permanecerá ao longo da teoria freudiana, o autoerotismo jamais desaparece e persiste ao lado de atividades sexuais unificadas. Para Baranger (1991), a principal implicação da passagem retirada da carta a Fliess reside na definição do autoerotismo como a fase mais original da evolução psicosexual, ao lado da inclusão de relações particulares com os objetos nas situações constitutivas dessa fase, o que levará Freud a diferenciá-la do narcisismo, anos depois.

Por volta de 1910, ao introduzir o narcisismo em sua teoria, Freud procura situá-lo em relação ao desenvolvimento psicosexual e à atividade autoerótica da libido. Na reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena, de 10 de novembro de 1909, Freud define o narcisismo como “*um estágio do desenvolvimento necessário na passagem do autoerotismo ao amor de objeto*” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1978, p. 307).

Em *Leonardo da Vinci*, Freud (1910) afirma que, no homossexualismo, ocorre uma regressão ao autoerotismo, isto é, um retorno a formas de satisfação do instinto sexual no próprio corpo; no entanto, essa regressão envolve um objeto por meio do qual se obterá tal satisfação: o objeto narcísico. Em outras palavras, a escolha objetual narcísica consiste em uma regressão à atividade autoerótica do instinto sexual. Essa regressão ocorre em função de uma fixação no amor desfrutado durante a infância na relação com a figura materna – é a fixação à mãe fálica que propicia um retorno ao autoerotismo e à eleição de objetos narcísicos, conforme observado na homossexualidade. No entanto, é preciso ter em mente que a regressão ao narcisismo, nesse contexto, consiste em dizer que o sujeito regrediu a um estágio em que o ego não se distingue do objeto. Segundo Simanke (1994), no livro sobre *Leonardo da Vinci*, Freud (1910) refere-se ao narcisismo situando-o, ainda que implicitamente, no

caminho que leva do autoerotismo para o amor objetal, por meio da constituição do ego como imagem de si, o qual é tomado como primeiro objeto, por via da unificação da atividade instintual. É por ver na mãe fálica (dotada de um pênis) um igual que o menino a toma como objeto, o que torna capaz de substituir essa escolha por uma identificação. Assim, o narcisismo tem a função de realizar a transição da satisfação autoerótica para o amor objetal aloerótico: é investindo primeiramente em um outro como imagem de si mesmo que, pela primeira vez, elegemos um objeto de satisfação sexual. O passo seguinte, no desenvolvimento da relação de objeto, seria o investimento objetal propriamente dito. Segundo Simanke, a forma como autoerotismo e narcisismo se articulam nesse texto, como veremos a seguir, nos dá

a impressão de que narcisismo é o modo de escolha de objeto que resulta de uma fixação na fase auto-erótica. O narcisismo terá, ainda, que distinguir-se do autoerotismo enquanto fase antes que possa constituir-se em um modo de operação psíquica particular” (SIMANKE, 1994, p.118)

No *Caso Schreber*, Freud (1911) finalmente distingue o narcisismo do autoerotismo, como o fizera inicialmente na reunião de 9 de novembro de 1909 da Sociedade Psicanalítica de Viena, de modo que ambos passam a representar estágios distintos e sucessivos no desenvolvimento psicosexual. O narcisismo será caracterizado como “*um estágio, no desenvolvimento da libido, pelo qual se passa no caminho do autoerotismo ao amor objetal*”, no qual ocorre a síntese da pluralidade dos instintos parciais em uma única unidade, tornando o ego o primeiro objeto total da criança (FREUD, 1911, p. 80). Pode-se levantar a hipótese de que o narcisismo é apenas a primeira das muitas sínteses pelas quais vão passar os instintos componentes da libido e que, ao mesmo tempo, essa síntese coexistirá com a continuidade da atividade parcial e autoerótica da sexualidade. Talvez, definir uma síntese instintual da libido sob a forma do narcisismo indique a possibilidade de constituição de um ego enquanto unidade, por meio de seu investimento como objeto total. Assim, relação de objeto total e relação autoerótica, enquanto atividade parcial da libido, podem coexistir lado a lado.

Ao apresentar o narcisismo como fase de transição necessária para a constituição do amor objetal, Freud o retira do campo exclusivo da psicopatologia (paranoia) e o integra no desenvolvimento normal. Os estados psicopatológicos relacionados ao autoerotismo e ao narcisismo (esquizofrenia e paranoia) passam a ser remetidos a esses estágios por meio da noção de fixação.

Diante da consideração do autoerotismo como estágio inicial da libido, presente desde 1909, Freud (1914) se pergunta sobre o que leva à passagem do autoerotismo ao narcisismo, afirmando que deve haver uma nova ação psíquica para que este seja constituído:

[...] é uma suposição necessária, a de que uma unidade comparável ao Eu não existe desde o começo no indivíduo; o Eu tem que ser desenvolvido. Mas os instintos autoeróticos são primordiais; então deve haver algo que se acrescenta ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que se forme o narcisismo (FREUD, 1914, p.19).

Essa passagem nos obriga a examinar duas questões. A primeira refere-se à afirmação de que o autoerotismo é o estágio inicial da libido, isto é, o estágio precoce dos instintos sexuais primordiais, e de que maneira ele se constitui; a segunda questão consiste em compreender que nova ação psíquica é necessária para que o narcisismo ocorra e qual é a sua relação com o pressuposto de que o ego precisa ser desenvolvido.

Ao reconhecer um investimento primário de libido no ego, como fruto de um processo de unificação dos instintos sexuais, Freud parece estar tentando entender os processos envolvidos na evolução do ego, enquanto um objeto total e diferenciado, com o que surge a representação de si mesmo e de um corpo unificado. Ao mesmo tempo, é necessário explicar a passagem de um estado inicial de relação de objeto autoerótico e fragmentado, no qual a atividade da libido é parcial, localizada e independente de um objeto externo (o objeto parcial do instinto autoerótico está no próprio corpo e coincide com sua fonte) para uma relação com um objeto total e externo do qual se dependa. Em nosso ponto de vista, a constituição do ego enquanto unidade e a constituição de relação de objeto total é o núcleo dos problemas que envolvem o narcisismo, desde que levando em conta dois pressupostos da teoria freudiana: não existe um ego desde o início, ele precisa se desenvolver; e não existe relação sexual com um objeto total desde o início, a sexualidade também precisa passar por uma evolução, partindo de um princípio em que exerce atividade parcial até o momento ideal em que atinge sua maturação sob a primazia dos genitais e estabelece uma relação de objeto total com um objeto de amor (sexual). Freud busca resolver tais problemas ao definir um investimento primário de libido no ego, temporariamente, que forma um reservatório de libido no ego, favorecendo sua constituição, e que, a partir dele, a libido poderá ser investida nos objetos. O investimento primário de libido no ego (que corresponde ao narcisismo de *Introdução ao narcisismo*) serve, então, a dois fatores: constituir um ego e, ao mesmo tempo, um reservatório de libido – que, por sua vez, possa ser enviada aos objetos e constituir as relações de objeto.

No entanto, é preciso considerar que Freud oscila entre as várias concepções de autoerotismo, de narcisismo e de suas relações, sem que se seja possível apreciar com clareza uma evolução cronológica (BARANGER, 1991). Conforme mostramos, a partir da introdução do narcisismo na teoria freudiana, por volta de 1910, há uma série de ocorrências do novo conceito que buscam diferenciá-lo do autoerotismo infantil enquanto uma constelação psíquica distinta, que precede e prepara os investimentos objetais: “*é sobre o pano de fundo do autoerotismo que a noção de narcisismo se constitui, e é em relação a ele que deve ser discutida*” (SIMANKE, 1994, p.114). Procuramos sublinhar, aqui, que a relação entre narcisismo e autoerotismo, na teoria freudiana, é basculante, e não suficientemente clara.

Enquanto em alguns textos Freud (1911, 1914) considera o autoerotismo como fase de desenvolvimento da libido prévia ao narcisismo, em outros o considera como um modo de satisfação característico da fase narcisista, como em *O instinto e seus destinos* (1915). Além disso, em determinados textos, o autoerotismo é definido como etapa caracterizada pela ausência de investimento de objeto, enquanto, em outros, Freud admite a coexistência do autoerotismo com as relações objetais, ou ainda, que ele se apresenta posteriormente ao estabelecimento de tais relações. Como vemos, o tema é amplo e complexo e nos interessa, aqui, compreender em que medida o autoerotismo se relaciona com o narcisismo e nos permite perceber a constituição do ego e da relação de objeto.

A noção de autoerotismo surge, de fato, na psicanálise, em *Três ensaios da teoria da sexualidade*, para designar o estado originário de fragmentação do instinto sexual: “Na infância, portanto, a pulsão sexual *não está centrada* e é, a princípio, desprovida de objeto, ou seja, *auto-erótica*” (FREUD, 1905, p.220, grifo do autor). O instinto sexual autoerótico, fragmentado, acha-se disperso em uma série de instintos componentes, os chamados instintos parciais, que buscam atingir sua meta de satisfação de forma isolada e independente. No período do autoerotismo, os instintos não são dirigidos para os objetos, mas encontram a satisfação no próprio corpo, nas chamadas zonas erógenas. Estas são, ao mesmo tempo, fonte do instinto e objeto de sua satisfação, o que significa que a satisfação autoerótica ocorre na própria fonte da excitação do instinto: os lábios erogenizados são a fonte do instinto sexual e, ainda, o objeto por meio do qual obtém a satisfação.

No entanto, situar o autoerotismo como estágio inicial da libido não corresponde a designá-lo como o primeiro momento do desenvolvimento da vida do indivíduo em sua relação com o mundo. Na realidade, o autoerotismo é uma atividade que se constitui a partir

de uma vivência originária, processo que apresentaremos mais adiante. Segundo Terrazas (1990), os *Três ensaios* apresentam um primeiro tempo do desenvolvimento do indivíduo, em que não é possível distinguir satisfação sexual e nutrição, ocasião em que o seio constituía-se como o mais originário objeto de satisfação do instinto. Nesse contexto, o autoerotismo é situado como o início do desenvolvimento sexual, o que não coincide necessariamente com o início do desenvolvimento do indivíduo. Compreender o autoerotismo como o estado mais primordial não significa, necessariamente, que ele esteja presente desde o início da vida, mas, mais precisamente, presente desde o início da vida sexual independente dos instintos de autoconservação. Estamos de acordo com Terrazas (1990) quando de sua afirmação de que o autoerotismo, ao ser definido como o primeiro estágio independente da sexualidade – o estágio auto, da volta do instinto sobre si mesmo – não é absolutamente o primeiro, mas somente o primeiro tempo da constituição da sexualidade, sucedendo uma configuração ainda mais primordial.

Nesse mesmo sentido, Laplanche e Pontalis (1998) analisam a primeira teoria do autoerotismo, contida em *Três Ensaio*s, e mostram que seu modelo, representado pela satisfação obtida no ato de chuchar, é secundário a uma fase mais originária, em que o instinto sexual se satisfaz em um objeto externo – o seio –, ainda apoiado no instinto de autoconservação (fome). Assim, é somente ao separar-se da fome e do momento de nutrição que o instinto sexual (oral) perde o seu objeto e torna-se autoerótico. Esse é o início da vida sexual, em que a satisfação é obtida independentemente e sem recorrer a um objeto.

Diante disso, o autoerotismo, enquanto uma atividade sem objeto, não pressupõe que ele aconteça antes de qualquer relação de objeto ou que o início da vida seja anobjetal; seria mais exato dizer que, no autoerotismo, “o modo natural de apreensão do objeto se acha clivado: a pulsão sexual separa-se das funções não sexuais (a alimentação, por exemplo) nas quais se apoiava e que lhe indicavam a sua meta e o seu objeto” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998, p.48). Desse modo, mais do que localizar o autoerotismo em um tempo determinado, importa considerá-lo como o momento em que “a sexualidade se separa do objeto natural, se vê entregue à fantasia e por isso mesmo se cria como sexualidade” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998, p.48).

Essas considerações nos levam a uma questão, também fundamental, a respeito da relação de objeto na teoria freudiana. A noção de relação objetal no contexto freudiano corresponderia ao investimento de objeto total por parte do instinto sexual independente, em oposição à relação parcial (narcísica ou autoerótica) que se caracteriza pela satisfação libidinal e relação de objeto parcial e indiferenciado com o ego. Para Terrazas (1990), o termo

objetal, no registro da psicanálise freudiana, significa, sobretudo, a capacidade do sujeito de amar uma imagem derivada do ego e do semelhante como um todo, ou seja, capacidade de relação de objeto total. Em *Os instintos e seus destinos*, Freud (1915) afirma que um instinto ama um objeto que procura para sua satisfação, e adverte que as designações amor e ódio são reservadas para a relação do ego total com os objetos e não se aplicam às relações dos instintos com os objetos. Assim, para a relação com os objetos que são úteis à conservação do ego, utilizamos a expressão “temos necessidade deles”, e não que o amamos, enquanto que amar designa a relação do ego com seu objeto sexual apenas quando começa a síntese de todos os componentes da sexualidade. A conclusão de Mezan (1998), diante dessas afirmações, é que Freud considera que os termos de amor e ódio são reservados para a relação do ego com os objetos totais, relação esta que é considerada diferente daquela dos instintos parciais, capazes de se satisfazerem sobre objetos fragmentados. Diante disso, compreende-se que não há sentido em designar como amor (relação de objeto total) a relação de objeto durante o autoerotismo ou narcisismo, e mais adequadamente seria falar em relação de objeto parcial. Residem aí, talvez, as conhecidas premissas kleinianas de relação de objeto parcial no início da vida, as quais predominam sob as relações de objeto total.

Ainda é preciso ter em mente, como uma noção básica do pensamento freudiano, que a função libidinal não aparece como algo pronto, mas que precisa ser desenvolvida, e que, conforme mostramos no capítulo anterior, tal percurso é amplamente conhecido sob o nome de desenvolvimento psicosssexual da libido. Freud preocupa-se em explicar por qual caminho a libido atinge a maturidade sob a primazia dos genitais. Inicialmente, Freud situa essa maturidade na puberdade; mas, com o desenvolvimento de sua teoria, ela é recuada para um período anterior, a fase fálica, por volta dos cinco anos. No entanto, tal desenvolvimento não é simples e nem facilmente explicado, já que aparece na obra de Freud cercado de várias contradições, dúvidas, mudanças e mesmo inconsistências⁵¹. Tendo em mente tais premissas e advertências, podemos voltar à compreensão do autoerotismo. Neste momento, nossa intenção é destacar algumas nuances desse período, mostrando que ele se constitui a partir de um tempo primeiro, em que o objeto desperta a sexualidade no bebê, e que a perda de objeto está no fundamento da atividade auto-erótica. Vejamos como se sucede esse processo.

A noção de autoerotismo, formulada no quadro da primeira dualidade instintual, prevê que a satisfação do instinto sexual se inicia, por apoio, na satisfação do instinto de

⁵¹ Basta levar em consideração que o principal livro sobre o tema, *Os três ensaios*, é constituído de, ao menos, quatro edições modificadas e aumentadas, ou seja, cinco versões: 1905, 1910, 1915, 1920 e 1924.

autoconservação: no momento de satisfação da necessidade de nutrição, o instinto sexual encontra possibilidade de satisfação no contato prazeroso da boca (zona erógena) com o seio e com a ingestão do alimento. Diz Freud (1905, p.171): “diríamos que os lábios da criança comportaram-se como uma zona erógena, e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa”. Ou seja, originalmente, a satisfação do instinto parcial oral, por meio de sua zona erógena predominante, a boca, é associada com a necessidade de ingestão de alimento, o que significa que “a atividade sexual apoia-se primeiramente numa das funções que servem a preservação da vida, e só depois torna-se independente delas”, no momento em que “a necessidade de repetir a satisfação sexual dissocia-se então da necessidade de absorção de alimento – uma separação que se torna inevitável” (FREUD, 1905, p.171). Em resumo, as atividades dos instintos sexuais infantis têm as seguintes características: “nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece objeto sexual, sendo autoerótica, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena” (FREUD, 1905, p.172).

O que se destaca, nessas noções, é o fato de que a sexualidade surge no contato com o objeto de satisfação do instinto de conservação (necessidade), ou seja, é no contato com o seio e com o fluxo cálido do leite materno, no momento da nutrição, que os lábios são erogenizados e descobrem um prazer que ultrapassa a simples satisfação da fome. Por isso, Freud refere-se à sexualidade surgindo por apoio à nutrição: as sensações prazerosas, sensuais, propiciadas no momento da nutrição, criam uma zona erógena, para a qual vão se dirigir os instintos sexuais, e propicia, ao bebê, uma satisfação particular de ordem sensual. É o despertar da sexualidade, do instinto sexual, ou, em outras palavras, do desejo. Na realidade, o que temos aqui é o modelo da vivência de satisfação e da constituição do desejo contido na *Interpretação dos sonhos* (1900), e o que nos é revelado nos *Três ensaios* é a dimensão sexual do desejo (FREUD, 1905). Assim, a amamentação é considerada o protótipo, o momento mítico de satisfação dos instintos de autoconservação (fome), ao mesmo tempo em que os instintos sexuais são despertados. No entanto, neste momento muito originário, a satisfação do instinto sexual ainda depende do instinto de autoconservação, aliás, sua satisfação somente é obtida em associação à nutrição e ao objeto correspondente. O que promove a passagem desse momento inicial para o autoerotismo?

Encontramos pistas mais claras sobre essa passagem, que leva à constituição do autoerotismo, nas *Conferências introdutórias*. Segundo vimos, inicialmente, bem no início da vida, o bebê está guiado pelo propósito de obter prazer, ou seja, satisfazer suas necessidades instintuais segundo o princípio do prazer. Vimos que a experiência de satisfação é propiciada

na alimentação, que satisfaz, simultaneamente, o instinto de autoconservação (nutrição) e o instinto sexual (libido). Por isso, diz-se que o instinto sexual inicial suas atividades apoiando-se na satisfação do instinto de autoconservação, cuja nutrição é o protótipo⁵². Enquanto estiver ligado às funções do instinto de autoconservação (a amamentação, por exemplo), o instinto sexual tem apenas um objeto, ou seja, sugar o seio materno faz deste o primeiro objeto de satisfação sexual que satisfaz, ao mesmo tempo, suas necessidades de alimento: “Sugar o seio materno é o ponto de partida de toda a vida sexual, o protótipo inigualável de toda satisfação sexual ulterior, ao qual a fantasia retorna muitíssimas vezes, em época de necessidade” (FREUD, 1917 [1916-1917], p. 319). A vida sexual surge com a estimulação dos lábios durante a nutrição; o contato com o seio erogeneiza os lábios e o constitui como fonte do instinto. A vida sexual emerge no contato com o objeto que o prazer sexual desperta.

A isso se segue o primeiro tempo da satisfação do instinto sexual independente, o autoerotismo, caracterizado pela separação da função sexual das não sexuais. Nesse período, o bebê aprende a separar o prazer de sucção da condição da amamentação e da presença do seio e do leite: “O componente erótico, que é satisfeito simultaneamente durante a sucção [nutricional], torna-se independente com o ato da sucção sensual; abandona o objeto externo e o substitui por uma área do copo do próprio bebê” (FREUD, 1917 [1916-1917], p. 333). É assim que o instinto sexual (oral) torna-se autoerótico: “o bebê, em sua atividade de sucção, abandona esse objeto e o substitui por uma parte do seu próprio corpo. Começa a sugar o polegar ou a própria língua” (FREUD, 1917 [1916-1917], p. 319). Esta, talvez, seja a primeira ocorrência, na evolução do psiquismo, de um processo em que, ao abandonar um objeto, o instinto o substitui por uma parte de si mesmo, em analogia à identificação narcísica, em que o objeto é substituído pelo ego.

Nos *Três ensaios*, Freud (1905) se refere à separação inevitável entre as atividades dos instintos quando a necessidade de repetir a satisfação sexual dissocia-se da necessidade de nutrição. Tal separação se deve a uma tentativa do bebê de alcançar a satisfação, independente do mundo externo que ele ainda não consegue dominar:

A criança não se serve de um objeto externo para sugar, mas prefere uma parte de sua própria pele, porque isso lhe é mais cômodo, porque a torna independente do mundo externo, que ela ainda não consegue dominar, e porque desse modo ela se proporciona como que uma segunda zona erógena, se bem que de nível inferior (FREUD, 1905, p.171).

⁵² Vem daí a noção de apoio, a qual tomaremos em consideração a respeito dos tipos de escolha de objeto.

Assim, o bebê torna-se independente do mundo na obtenção de prazer, podendo, por meio do autoerotismo, obter prazer em si mesmo, procurando objetos de satisfação libidinal no próprio corpo. Em suma, no início da vida, temos um período originário em que a satisfação sexual depende de um objeto externo, o seio (o primeiro objeto), que satisfaz, a um só tempo, o instinto de autoconservação e a libido. Dá-se, aí, a descoberta do prazer sexual e sensual. Em seguida, o bebê descobre a possibilidade de obter prazer independente do objeto e do momento de nutrição, e começa a satisfazer seu instinto sexual na atividade de chuchar, por exemplo. Tem início a atividade sexual que caracteriza o autoerotismo. O que leva à descoberta desse prazer independente e ao início do autoerotismo é a ausência do objeto.

Na época em que a mais primitiva satisfação sexual estava ainda vinculada à nutrição, a pulsão sexual tinha um objeto fora do corpo próprio, no seio materno. Só mais tarde vem a *perdê-lo*, [...] a pulsão sexual torna-se auto-erótica, e só depois [...] se restabelece a relação originária. Não é sem boas razões que, para a criança, a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro. (FREUD, 1905, p.210).

Esse fragmento destaca a passagem de uma condição de satisfação dependente do objeto (o seio materno) para uma forma de satisfação autoerótica, desencadeada pela perda do seio. Ou seja, a perda do objeto faz com que a relação de objeto seja substituída por uma relação com o próprio corpo. A perda do seio, como uma metáfora fundamental, será mais bem caracterizada em *Esboço de psicanálise*:

O primeiro objeto erótico de uma criança é o seio da mãe que a alimenta; a origem do amor está ligada à necessidade satisfeita de nutrição. Não há dúvida de que, inicialmente, a criança não distingue entre o seio e o seio próprio corpo. (FREUD, 1940[1938], p.202).

Dois pontos são explicitados nessa passagem. Primeiro, que o tipo de relação com o objeto, no momento inicial, já é erótico, ou seja, constitui-se como fonte de gratificação da libido, e, o mais importante, que essa relação é parcial, isto é, não ocorre com a pessoal total, mas apenas com o seio. Um terceiro ponto diz respeito à incapacidade do bebê de distinguir entre o seio e o próprio corpo, o que significa dizer que, do ponto de vista da criança, o seio é parte dela – trata-se de uma relação objetual narcísica, em que sujeito e objeto estão identificados, fusionados. Após esse momento inicial, “o seio tem de ser separado do corpo e deslocado para o “exterior”, porque tão frequentemente a criança o encontra ausente”; com isso “ele carrega consigo, como um ‘objeto’, uma parte das catexias libidinais” (FREUD, 1940[1938], p.202). Essa afirmação espelha aquela anterior, presente nos *Três ensaios*, mas agora explicita que o bebê perde o objeto na medida em que sente sua necessidade e o

encontra ausente. Os momentos de ausências do objeto de desejo, pelo qual se obtém a satisfação erótica, provocam o deslocamento do objeto para o exterior. Nesse momento, inicia-se o autoerotismo, a atividade independente dos instintos parciais componentes da libido. A seguir, Freud (1940[1938], p.202) afirma:

Este primeiro objeto é depois completado na pessoa da mãe da criança, que não apenas a alimenta, mas também cuida dela e, assim, desperta-lhe um certo número de outras sensações físicas, agradáveis e desagradáveis. Através dos cuidados com o corpo da criança, ela se torna seu primeiro sedutor.

Freud descreve, nessa afirmação, o momento posterior, em que a criança integra o seio que o alimentou na pessoa total da mãe, com quem passa a se relacionar como um objeto de satisfação libidinal, o mais fundamental – é a relação objetal propriamente dita. Encontramos, aqui, o complexo de Édipo como fruto de relações precoces. Ao dizer que “[...] a pulsão sexual torna-se auto-erótica, e só depois [...] se restabelece a relação originária”, Freud (1905, p. 210) se refere ao estabelecimento de uma relação de objeto total, agora em uma perspectiva aloerótica, baseada no restabelecimento de uma anterior, a primeira de todas as relações: a relação com o seio, com quem o bebê mantinha uma relação indiscriminada, como sendo parte de si mesmo. É baseado nisso que Freud termina por dizer: “Não é sem boas razões que, para a criança, a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro” (1905, p. 210). O objeto reencontrado é aquele original, do período em que, do ponto de vista da criança, era não mais que um seio nutridor, um objeto parcial e parte de si mesmo.

Vemos que a trajetória, que parte de uma situação precoce de indiscriminação com o objeto até o autoerotismo, é possibilitada pela perda do objeto, sob a forma de suas ausências. Em *Três ensaios* (1905), Freud afirma que a criança abandona o objeto porque lhe é mais cômodo, porque assim se torna independente do mundo externo que não consegue dominar, ou seja, o desprazer causado pela ausência do objeto impõe a necessidade de se buscar alternativas para satisfação, cuja saída é a atividade autoerótica. Diante do surgimento de um impulso instintual, é gerado um aumento de excitação no interior do aparelho psíquico, o qual, por sua vez, impõe-se ao lactante como necessidade de satisfação. Esse aumento de tensão é sentido como desprazeroso e impele à descarga pela ação da motilidade e ao investimento de representações do objeto ligado à vivência de satisfação. A ausência desse objeto é suprida pelo dedo, que é levado à boca como forma de satisfação autoerótica, isto é, pela descoberta de uma forma de satisfação sexual independente daquele. O que se caracteriza como perda de objeto é a ausência do objeto diante da necessidade de satisfação do instinto.

Podemos resumir este processo em termos esquemáticos, da seguinte maneira: (1) a **atividade sexual surge apoiada na nutrição**, ou seja, a necessidade de nutrição é primeira, enquanto necessidade somática, e provoca desprazer no psiquismo. A satisfação da fome, propiciada pelo alimento no contato com o seio, aplaca a necessidade somática, ao mesmo tempo em que erogeneiza a boca, despertando não só uma vivência de satisfação associada à cessação da fome, mas, também, uma vivência de prazer sensual, erótico, sexual. Surge a sexualidade apoiada na necessidade de nutrição. (2) **A passagem da situação originária de apoio do instinto sexual para sua atividade independente, isto é, para sua atividade autoerótica é desencadeada pela ausência do objeto.** A ausência do objeto impulsiona a atividade autoerótica, na medida em que o bebê, tomado pelo desprazer, não encontra o objeto e descobre a possibilidade de satisfação em si mesmo. Assim, o autoerotismo surge como uma atividade diferenciada e independente do instinto sexual. É o momento da perda do seio enquanto único objeto de satisfação.

Vemos, assim, que o autoerotismo é o primeiro tempo da vida sexual, mas não o primeiro tempo da vida do indivíduo. O autoerotismo diz respeito não propriamente a uma fase, mas à primeira forma de atividade sexual independente, que se inicia na fase oral do desenvolvimento libidinal e perdura, durante toda a vida, ao lado da atividade do instinto sexual unificado, tornando-se predominante no caso das perversões.

Até o momento, caracterizamos o autoerotismo e a sua constituição, explicitando sua emergência como a atividade do instinto sexual independente. Conforme salientamos anteriormente, a atividade do instinto sexual autoerótico é de natureza fragmentada e parcial, busca o prazer do órgão e tem seu objeto confundido com sua fonte, na medida em que a satisfação é obtida no próprio corpo (sem a intervenção de um objeto externo), no mesmo órgão onde é gerada a excitação do instinto sexual. Resta-nos, ainda, a tarefa de caracterizar a natureza dos processos psíquicos predominantes nesse período, que permitem a satisfação de natureza autoerótica.

No modelo da vivência de satisfação, Freud (1950 [1895]; 1900) descreve a relação do bebê com um objeto parcial e fragmentado, como o seio, por exemplo. Na experiência alucinatória, o bebê encontra um modo de satisfação impulsionado pela ausência do objeto diante do aparecimento do estímulo excitatório. O autoerotismo se aproxima dessa vivência, uma vez que o instinto sexual clama por satisfação, independentemente dos instintos de autoconservação, permitindo encontrar uma satisfação no próprio corpo e na atividade alucinatória. Lembremos que, na vivência de satisfação, Freud (1900) utiliza um modelo pautado nas necessidades vitais, que foram mais tarde reunidas na definição de instintos de

autoconservação. Podemos conceber uma necessidade de satisfação gerada pelo instinto sexual surgindo e podendo ser satisfeita de modo independente da presença do objeto. Pois, diferente dos estímulos excitatórios advindos do instinto de autoconservação, os instintos sexuais podem encontrar satisfação na atividade autoerótica, sem a presença do objeto. Assim, ao surgimento de uma excitação sexual na região oral, o aparelho vai investir as representações de objetos associadas e gerar, ao mesmo tempo, uma alucinação do objeto e o movimento reflexo de sucção, dando origem ao chuchar. Esse processo permitirá o alcance da descarga da excitação e a decorrente liberação da sensação de prazer. Segundo mostramos, a emergência do instinto sexual ocorre em apoio à satisfação das necessidades de autoconservação. A necessidade de satisfação é dirigida, em um momento inicial, a objetos (o seio) e, em seguida, na ausência do objeto externo, ao próprio corpo. A ausência do objeto é o que possibilita a atividade autoerótica, isto é, a atividade independente dos instintos sexuais. É dessa forma que podemos afirmar que o autoerotismo está mais próximo dos processos primários e do princípio do prazer, do que do processo secundário e do princípio de realidade. Dessa maneira, compreende-se que a forma de satisfação autoerótica é regida pelo modelo dos processos primários, segundo os quais toda a elevação de quantidade de excitações no interior do aparelho psíquico é prontamente descarregada.

São as modificações (inibição) derivadas dos processos psíquicos iniciais, impulsionadas pelos instintos, que levarão ao desenvolvimento do aparelho psíquico até a relação de objeto, passando pela formação do ego e pela constituição do narcisismo.

Isso nos leva à afirmação de Freud (1914), que atenta para a necessidade do desenvolvimento de um ego, o qual não pode estar presente desde o início e, ao mesmo tempo, para a necessidade de uma ação psíquica para a constituição do narcisismo.

Tendo esclarecido o conceito de autoerotismo e as características fundamentais desse período, passemos ao passo seguinte, que consiste em compreender a ação psíquica necessária para a constituição do narcisismo e a sua relação com o desenvolvimento do ego.

3.10 A constituição do narcisismo e o desenvolvimento do ego

Freud parte do pressuposto de que “[...] uma unidade comparável ao Eu não existe desde o começo no indivíduo; o Eu tem que ser desenvolvido”; ao mesmo tempo, refere-se a “uma nova ação psíquica”, que se acrescenta ao autoerotismo, “para que se forme o narcisismo” (1914, p.19). Encontram-se, aí, duas questões importantes que precisam ser esclarecidas. Uma diz respeito à noção de que o ego não existe desde o início enquanto

unidade: ele precisa se desenvolver. E a outra situa o autoerotismo como anterior ao narcisismo e indica a necessidade de uma nova ação psíquica para constituir o narcisismo.

Segundo Laplanche (1985), o ego, em *Introdução ao narcisismo*, aparece já como instância e como uma unidade. A noção de que o ego tem de ser desenvolvido, nos traz a dimensão de um crescimento progressivo, e a necessidade de uma nova ação psíquica evoca um momento de instauração, “*uma mutação que vem precipitar o auto-erotismo na forma narcísica*” (LAPLANCHE, 1985, p.77). Em primeiro lugar, é pertinente destacar que o pressuposto da inexistência do ego, no início da vida, remonta às teses sobre o desenvolvimento do aparelho psíquico contidas em *O Projeto de uma psicologia científica* (FREUD, 1950[1895]). Esse pressuposto era necessário para justificar que as primeiras experiências de satisfação ocorrem de forma alucinatória, segundo as leis do processo primário (SIMANKE, 1994). Laplanche (1985, p.60) considera *O projeto* como “o grande texto freudiano sobre o ego”, por este conter uma reflexão muito mais centrada no problema do ego que em qualquer outro texto de Freud, considerando inclusive *O ego e o id*. Segundo o autor, a noção de ego sempre esteve presente na teoria freudiana, tendo sido renovada continuamente por sucessivas contribuições teóricas, sob a forma de concepções específicas que lhe atribuem funções bem determinadas no aparelho psíquico, como prefigurações isoladas do que vai constituir o todo dessa instância na segunda tópica.

De acordo com a tese do *Projeto*, a tendência original e principal do aparelho é a eliminação de estímulos. Diante de excitações advindas das necessidades vitais, como a fome, por exemplo, o bebê seria tomado de um grande desprazer, por conta do aumento de quantidades⁵³ geradas em seu aparelho neuronal⁵⁴. Ao vivenciar a primeira satisfação de uma necessidade, em função da cessação do estímulo devido à descarga de excitações acumuladas em seu aparelho, o bebê experimentaria sensações de prazer. À descarga de quantidades, Freud (1950[1895]) denominou satisfação. No caso do estímulo causado pela fome, uma ação específica teria que ocorrer para que fosse possível a satisfação. Tal ação específica seria a apresentação do seio e a conseqüente ingestão do leite. O sistema denominado Ψ (memória) teria a função de reter traços mnêmicos da percepção do objeto que possibilitou a satisfação,

⁵³ Segundo Laplanche (1985), a noção de quantidade representa o aspecto econômico da teoria, e deriva das observações clínicas de Freud a respeito das representações hiperintensas nos casos histéricos, noção apresentadas em *Estudos sobre a histeria*. Assim, a quantidade que percorre os sistemas neuronais nada mais seria que o afeto que percorre o aparelho psíquico.

⁵⁴ A noção de um aparelho neuronal, ou uma organização de neurônios, é correlata à noção de representação. Assim, ao se referir à ocupação de neurônios, pode-se inferir que, na realidade, Freud estaria tratando de investimento de representações. O aparelho seria, então, mais apropriadamente um sistema ou organização de representações, cujo elemento excitatório seria o afeto (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998).

assim como das sensações e dos movimentos reflexos. Com isso, se formariam os primeiros traços de memória, em que estariam associados o objeto (o seio), o movimento reflexo (a sucção) e a sensação prazerosa proporcionada pela descarga. Diante o reaparecimento do estímulo, o aparelho colocaria em ação a tendência a eliminar as excitações por meio da ocupação dos traços de memória associados à primeira vivência que possibilitou a satisfação. Assim, a representação de objeto ligada à sensação de prazer seria ocupada (investida) pelas excitações, bem como o movimento reflexo de sucção; essa ocupação dos traços de memória daria origem a uma alucinação do objeto. Por instantes, o bebê permaneceria em uma vivência de satisfação alucinada. À tendência de investir representações de objeto diante da origem de um estímulo endógeno, Freud denominou desejo. E ao processo que visa à ocupação desmedida de representações objetivando a descarga imediata das excitações, Freud chamou de processo primário, que consiste em uma livre propagação de excitação, no interior do aparelho, até a geração de imagens alucinatórias. O desejo obedeceria às leis do processo primário, em que as energias atuantes no aparelho se encontrariam em estado livre e não ligadas. Sua natureza representaria uma tendência compulsiva à descarga, por meio do superinvestimento de representações.

Voltando ao caso hipotético, o estímulo da fome permaneceria atuante e crescente e, diante da imagem alucinada e do movimento de sucção, o bebê se frustraria, pois o leite não vem e o desprazer permanece. A formação do ego ocorreria na medida em que o aparelho começasse, a partir de uma energia mantida constante, a realizar a atividade de inibir a satisfação alucinatória de desejo. Assim, o ego de *O projeto* tem função essencialmente inibidora e é caracterizado por uma massa dominante de representações ligadas. A permanência de um nível de investimento constante de energia (de origem endógena), em seu interior, permite ao ego inibir os processos primários que levam à alucinação e ao consequente desprazer.

A alucinação é o resultado da livre passagem de quantidades de energia no interior do aparelho neuronal, mais especificamente na região em que se alojam as recordações dos objetos hostis e gratificadores. Isto significa dizer que o ego se constitui ao exercer a função fundamental de inibir o processo primário e permitir a distinção entre percepção e recordação. Segundo Laplanche (1985), o ego executa um processo de ligação que retém e imobiliza a energia no sistema de fantasias e, com isso, impede a energia de circular livremente e de superinvestir as representações – o que provocaria a alucinação. A partir de *O projeto*, Laplanche (1985) demonstra que o ego, enquanto uma formação particular no interior dos sistemas de memória, constitui-se como um objeto interno, investido pela energia do aparelho.

Este “ego-objeto” narcísico é suscetível de ação ao realizar uma dupla função: a função inibidora, que é a função de ligação do afeto com as representações, e a função defensiva, designada pelo termo repressão. Portanto, o ego exerce uma função primordial, que é a inibição dos processos primários e a ligação das excitações livres, impedindo, desse modo, a formação da alucinação (diante da necessidade de satisfação gerada pelo instinto que impulsiona o reinvestimento da lembrança da vivência de satisfação) e da liberação do desprazer (diante da lembrança da vivência de dor/defesa primária). O ego é, então, o resultado do estabelecimento do processo secundário, o qual é estabelecido por uma massa de representações ligadas por um limite psíquico, cuja representação é a superfície corporal. Segundo Mezan (1998), desde os momentos iniciais da obra freudiana, é possível destacar uma concepção de ego como uma organização psíquica em contato com o mundo externo, caracterizada pela percepção e controle da motilidade e, ao mesmo tempo, em contato com o mundo interno, isto é, em contato com o aparelho mental propriamente dito. Assim, desde o início, o ego é concebido como fruto de um desenvolvimento responsivo às necessidades de adaptação do aparelho psíquico, diante da realidade e do mundo interno. O seu não desenvolvimento significaria a morte para o indivíduo, por conta de deixá-lo entregue à alucinação e ao desprazer sem fim. Ao realizar a função de inibir o desejo e o processo primário, o ego se apodera das quantidades geradas no interior do aparelho e as mantém controladas, em estado ligado. Com isso, essas excitações passariam a obedecer às leis do processo secundário, o qual é caracterizado pelo escoamento controlado das excitações, assim como a ocupação em baixo nível das representações.

É fundamental considerar esse processo inicial do desenvolvimento do aparelho psíquico para que possamos compreender a nova ação que dará origem ao narcisismo. Isso nos permite explicar diversos aspectos que caracterizam o narcisismo, como a constituição do reservatório de libido, a unificação da imagem de si mesmo, a constituição de um ego total, por qual motivo o ego se torna um objeto de amor, e por quais processos ocorre a passagem de uma atividade autoerótica independente para a relação de objeto total. Isso ocorre por meio da tarefa de inibição dos processos primários, o que permite, ao armazenamento das energias anteriormente livres, formando um sistema separado com funções específicas, o ego.

Frente a isso, a nova ação psíquica a que Freud (1914) se refere consistiria justamente na necessidade de constituição de um ego como imagem unificada de si mesmo, pela qual o sujeito se representa, permitindo à libido tomar essa imagem representacional de si como um objeto total, em oposição à fase anterior, na qual os instintos autoeróticos seriam parciais, fragmentados, desconectados e independentes. Segundo Freud, “os instintos autoeróticos são

primordiais”, ou seja, vêm primeiro ao ego e ao narcisismo, e para que se constitua o narcisismo, “deve haver algo que se acrescenta ao autoerotismo, uma nova ação psíquica” (FREUD, 1914, p.19). Grinberg (1991) assinala que, sem dúvida, este algo que precisa ser acrescentado ao autoerotismo é o ego e que é possível supor que sua formação constitui um processo gradual que se inicia desde o começo da vida, pelo qual deve existir um ego rudimentar relacionado ao objeto desde o início da vida. De qualquer maneira, insiste o autor, toda a definição de narcisismo é inseparável de uma definição de ego. Etchegoyen (1991), na mesma direção, afirma que o postulado do narcisismo primário coloca a questão de saber qual a posição ocupada pelo autoerotismo na teoria freudiana. Em *Introdução ao narcisismo*, segundo Etchegoyen (1991), a predominância do autoerotismo é substituída pela predominância do narcisismo justamente quando sobrevém, como novo ato psíquico, o investimento libidinal do ego.

Resta-nos, ainda, nos voltarmos para a insistente questão, presente no pensamento freudiano, a respeito de um narcisismo primário e originário. Laplanche (1985) propõe a distinção entre duas correntes presentes na teoria freudiana a respeito do narcisismo. Uma delas advém do narcisismo de *Introdução* (FREUD, 1914), e a outra remete a *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (FREUD, 1911a). Aquela considera o narcisismo fruto de relações objetais precoces, e define esse conceito como o investimento da libido no ego. Já a segunda corrente é considerada mais problemática, pois *não* define o narcisismo como um investimento libidinal no ego, já que o situa em um estágio mais primitivo do desenvolvimento, anterior à diferenciação de um ego.

Essa segunda corrente alimenta as interpretações que afirmam um narcisismo anobjetal. Assim, em *Formulações*, Freud (1911a) apresenta a imagem de um estado primordial, fechado sobre si mesmo, protótipo do estado do sono e do sonho – ou seja, um aparelho funcionando com o mínimo de energia constante em seu interior e submetido às leis dos processos primários. Os estímulos endógenos, como a fome, produziriam um aumento de excitação no interior do sistema, cuja descarga se daria pela satisfação alucinatória de desejo. Laplanche observa que somente a “ausência persistente da satisfação” levaria o aparelho fechado sobre si mesmo a abandonar essa posição (1915, p.75). No entanto, segundo o autor, o próprio Freud reconhece que esse modelo se trata mais de uma ficção teórica do que de uma situação observada fenomenologicamente. A possibilidade do modelo está ancorada na presença constante dos cuidados maternos diante das necessidades vitais do bebê, cujas ausências, mesmo quando raras e breves, provocam o aparecimento do desejo e da realização alucinatória do desejo. Para Laplanche (1985), impõe-se a questão de saber se é possível

conceber uma gênese real da relação objetal, unicamente pela pressão interna (estímulos endógenos) e por meio da alucinação primitiva. Laplanche considera que “a alucinação supõe um conteúdo representativo mínimo”, que nada mais é do que o superinvestimento de imagens do objeto de satisfação, o que supõe uma clivagem primeira, entre a satisfação imediata de uma necessidade e os signos que acompanham toda satisfação retardada que é trazida pelo outro (1985, p.76). Assim, a alucinação nasce da insatisfação de um desejo e cessa pelo mesmo motivo, pois “uma certa insatisfação encontra sua saída na alucinação, mas que para além de um determinado limite energético, a via alucinatória é abandonada” (LAPLANCHE, 1985, p.76). A alucinação da satisfação “resolve”, a princípio, mas logo se torna intolerável para o organismo. A satisfação proporcionada pela alucinação, nesse sentido, é mais a realização do desejo do que a satisfação do desejo, e pressupõe que elementos presentes no momento da vivência de satisfação já tenham sido constituídos internamente sob a forma de representações de objeto. A seguir, nos voltaremos ao problema a respeito da diferenciação entre estes dois modelos de narcisismos, um definido em *Introdução ao narcisismo*, e outro predominante no pensamento freudiano principalmente após 1915.

3.11 Breve nota sobre as relações entre o autoerotismo e o narcisismo depois de 1914

A definição do autoerotismo como precursora do narcisismo perdura somente até 1914. Já em 1915, em *Os instintos e seus destinos*, o narcisismo é definido como “a fase inicial de evolução do Eu, durante a qual os instintos sexuais têm satisfação autoerótica” (FREUD, 1915, p.70). Freud faz coincidir o narcisismo com o autoerotismo, que em *Introdução ao narcisismo* era tido como anterior. Se acompanharmos essa transposição ao pé da letra, considerando nossas conclusões anteriores, temos que, no autoerotismo, o instinto sexual independente não investe o objeto total – o mundo exterior e seus objetos não estão investidos como objetos totais, realisticamente percebidos – e procura satisfazer-se no próprio corpo, de maneira localizada, fragmentada e parcial; as fontes de satisfação sexuais são as zonas erógenas do próprio corpo (zona oral). Esse período, conforme mostramos, não é primeiro, mas sucede à fase em que a satisfação sexual é dependente da satisfação de autoconservação.

Em 1915, Freud sustenta não só a equivalência entre o narcisismo e o autoerotismo, mas, também, com o início da constituição do ego: “Habituo-nos a chamar de narcisismo, sem pôr inicialmente em discussão o nexos entre autoerotismo e narcisismo, a fase inicial de evolução do Eu, durante a qual os instintos têm satisfação autoerótica” (FREUD, 1915, p.70).

De partida, formulemos a seguinte questão: por que fazer coincidir o autoerotismo com o narcisismo? Freud conceituou o autoerotismo como a fase que antecede o narcisismo, na qual os instintos sexuais são parciais e podem se satisfazer com qualquer objeto, na medida em que se tornam independentes do instinto de autoconservação. Assim, o narcisismo primário se identifica, após 1914, à atividade autoerótica, na medida em que busca os objetos de satisfação sexual em si mesmo, de maneira parcial e fragmentada. É nesse sentido que Freud (1915) afirma que o objeto é o que há de mais contingente no instinto.

Já o narcisismo de *Introdução ao Narcisismo* foi considerado como a unificação dos instintos parciais que exercem sua atividade autoerótica, e seu investimento no primeiro objeto total, o ego. Conforme mostramos, para que possa se constituir o narcisismo, como imagem de si integrada, é necessário supor a constituição de um ego, sob a forma de uma nova ação psíquica. Com isso, temos que a constituição do narcisismo se torna dependente da formação do ego, e, conforme vimos, sua formação ocorre aos poucos, ao passo em que inibe justamente a satisfação autoerótica. Por conseguinte, o recuo do narcisismo se justifica por considerar a formação do ego como um processo gradual. Ao inibir as atividades do processo primário, vai se constituindo um sistema específico, o ego, que se apodera das energias até possibilitar sua constituição unificada. Assim, o narcisismo primário coincidiria com o processo de formação do ego, enquanto, o secundário, com o ego já formado e constituído, passível de um investimento de objeto total. O ego unificado seria, então, o resultado da saída do narcisismo primário e não de seu início.

Um importante desenvolvimento haveria de ser feito agora na teoria do narcisismo. Bem no início, toda a libido se acha acumulada no id, enquanto o Eu ainda está em formação ou é fraco. O id envia parte dessa libido para investimentos objetais eróticos, e com isso o Eu fortalecido procura apoderar-se dessa libido objetal e impor-se ao id como objeto de amor. O narcisismo do Eu é então um narcisismo secundário, subtraído aos objetos (FREUD, 1923, p.58).

No início, o ego ainda é fraco, estando em formação. A libido acumulada no id investe os objetos de desejo, ou seja, as representações de objeto parciais, segundo o processo primário, ansiando a satisfação. Ao realizar a ação de inibir os investimentos de objeto, o ego se apodera da libido, e, com isso, começa a se fortalecer. Dessa forma, mantendo a libido sob seu controle, o ego passa a dominar a carga de investimentos, e a manter a libido em seu interior sob a forma de um armazenamento constante. Logo, o ego se impõe como objeto de amor. E com a descoberta da própria imagem, das unificações experimentadas, o ego constitui-se como instância unificada e diferenciada.

O processo de formação do narcisismo primário é explicado pela identificação. Esta foi, inicialmente, apreciada na identificação homossexual de Leonardo da Vinci, e recebeu atenção especial de Freud (1917[1915]), como um processo fundamental da melancolia. O conceito de identificação, por vezes, um tanto obscuro, é introduzido justamente para explicar o processo de formação do ego, ou seja, na medida em que o ego inibe o superinvestimento das representações de objetos, ele se apodera dessas representações e dos afetos que a elas correspondem. Com isso, temos que o ego se torna um precipitado dos investimentos originários do aparelho psíquico: “o caráter do Eu é um precipitado dos investimentos objetivos abandonados” (FREUD, 1923, p.36). Ao tecer essas considerações, estamos já considerando, como se pôde notar, formulações concernentes à segunda tópica, a qual reserva um lugar privilegiado ao conceito de identificação como o processo formador do aparelho psíquico. Diante do exposto, o surgimento do ego enquanto unidade psíquica é contemporâneo ao narcisismo do qual trata o artigo *Introdução ao narcisismo*, e acaba por ser considerado um período mais tardio, enquanto o autoerotismo passa a ser considerado a atividade do narcisismo primário, tempo em que o ego começa a reunir elementos para se constituir. Assim, a libido que aflui para o ego, mediante as identificações, constitui o narcisismo secundário, ou seja, uma imagem de si unificada. Ao contrário, os investimentos primários de objeto, parciais e fragmentados, são considerados atividades autoeróticas, e compõem o narcisismo primário. É nesse sentido que Simanke (1994, p.130) afirma que “o narcisismo contemporâneo à formação do ego e que toma este como objeto terá que ser descrito como secundário”. Diante disso, o narcisismo secundário (aquele narcisismo conceituado em *Introdução*), definido como a representação de si mesmo e o reservatório de libido que afluirá para os objetos, é a constituição do ego enquanto objeto de desejo, na medida em que o instinto passa a investir a si-mesmo enquanto um todo integrado. O eu, no início, é uma massa fragmentada, formada por representações de objetos parciais, os quais constituem o armazenamento primitivo de libido no interior do aparelho psíquico, cuja ação é direcionada pelo processo primário e pelo desejo. Somente com a inibição desses processos, em seu interior, o ego passa a funcionar segundo o processo secundário, e a dominar a libido, rumando para sua integração.

No entanto, conforme é possível observar, o ego, no início, segundo essa descrição, se assemelha ao id e à atividade inconsciente (caracterizada por processos primários). Frente a isso, torna-se evidente que Freud postule, em *O eu e o id*, a constituição do ego enquanto uma parte que se diferencia aos poucos do id, e que, ao mesmo tempo, conserva, para sempre, uma parte inconsciente. Não é por acaso que, em *Esboço de psicanálise*, Freud se refere a um id-

ego indiferenciado no início da vida, o qual constitui um acúmulo inicial de libido, chamado de narcisismo primário absoluto. Se seguirmos as indicações de *O projeto*, temos que o “começo” do ego, enquanto sistema fragmentado e parcial, ocorre devido às inscrições dos primeiros traços mnêmicos da vivência de satisfação, como possibilidade de armazenamento de quantidades constantes no interior do aparelho. É nesse sentido que o ego se constitui como reservatório de libido narcísica. Laplanche (1985) observa, a este respeito, que o ego deve sempre manter armazenada uma energia constante e, por mais que ele envie investimentos a um objeto se empobrecendo de quantidades de libido, ele permanece como lugar de uma reserva permanente de energia, mantendo, em si, certo nível mínimo. Assim, Freud (1950[1895]) vai diferenciar uma parte fixa do ego, o chamado núcleo do ego, na qual não se pode falar propriamente de processos secundários e uma parte móvel, constituída pela parte inibidora e pelos processos secundários. Portanto, entendemos que situar um narcisismo primário absoluto no início corresponde ao armazenamento inicial das quantidades excitatórias advindas dos estímulos endógenos, mas sob a forma de representações de traços parciais do objeto percebido na vivência de satisfação, assim como as demais sensações que a acompanha, como o prazer, o movimento reflexo etc. Finalmente, esse narcisismo primário inicial estaria mais próximo da satisfação alucinatória de desejo e dos processos primários. Não teríamos, aqui, a concepção de um sistema fechado que se constitui de forma anobjetal, pois, segundo Freud (1923) procurou mostrar, o ego inicial começa a se constituir a partir do processo de identificação com os objetos externos, e que, podemos assim afirmar, tais objetos precisam receber a caracterização apropriada: na verdade, a identificação é com os objetos parcialmente percebidos e introjetados por meio das primeiras representações na fantasia. O objeto faz-se presente, enquanto objeto percebido parcialmente, como uma imagem frontal do seio, ou de uma mão, por exemplo. É com esses objetos que o ego vai se identificar, ao impedir seu investimento alucinatório, se moldando como parte deles. Com a inserção dos processos de identificação como constitutivos do ego, o narcisismo deixa de significar um estado puramente anobjetal, e passa a ser considerado como a internalização das relações com o outro (SIMANKE, 1994). Frente ao exposto, podemos postular que, por narcisismo, Freud compreenderia não a ausência de relações objetais, mas a presença de relações de natureza muito específica, como procuramos descrever anteriormente. Assim, Freud fará coincidir o narcisismo e o autoerotismo, considerado a satisfação autoerótica como característica do estágio narcísico:

Originalmente, bem no começo da vida anímica, o Eu se acha investido instintivamente, e em parte é capaz de satisfazer seus instintos em si mesmo. A esse

estado chamamos de narcisismo, e de autoerótica a possibilidade de satisfação. Nesse tempo o mundo exterior não está investido de interesse (falando de modo geral) e não faz diferença no que toca à satisfação (FREUD, 1915, p.74).

Se considerarmos, conforme Freud (1915) o fez em *Os instintos e seus destinos*, o autoerotismo como a atividade do narcisismo original, qual é a atividade própria que caracteriza este período? O autoerotismo caracteriza o livre exercício dos instintos parciais, o que corresponde a afirmar que o instinto, nesse período, tem como objetivo o prazer de órgão, e o objeto que serve de caminho para a obtenção da satisfação pode ser qualquer coisa – é a indiferença em relação ao mundo externo que assume predominância nesse período. O autoerotismo, conforme a definição o evoca, consiste em um duplo movimento: o desvio de atividades que surgiram apoiadas nas necessidades vitais e foram despertadas em sua orientação para o objeto (o seio) e, um retorno dessa atividade sobre o próprio corpo, por meio do investimento na fantasia (LAPLANCHE, 1985). Essa característica é a que melhor se adequa para que a atividade instintual do narcisismo primário, a do objeto - no início parcialmente percebido -, ser indiferente para a obtenção da satisfação. À medida que essa atividade é inibida e o ego se constitui, a relação com a realidade passa a ser menos pautada na fantasia, fato que permite a constituição de relações de objeto propriamente ditas, de natureza total e que fazem diferença na obtenção da satisfação. Compreendemos, então, que, no início, o ego se acha investido instintivamente enquanto possibilidade de satisfação autoerótica por meio do superinvestimento das representações de objetos constituídas na fantasia.

Para finalizar, gostaríamos de chamar a atenção para a distinção de dois tempos paradigmáticos da evolução do aparelho psíquico, os quais foram se apresentando ao longo do texto. Assim, é possível distinguir duas séries correlatas, a de dois egos, dois narcisismos e duas formas de relação de objetos. **Os dois egos:** (1) um ego inicial, id-ego indiferenciado, fragmentado, parcial, mais próximo do princípio do prazer e do processo primário, mas começando a se diferenciar por meio da inibição desse processo arcaico e, com isso, originando o processo secundário por meio da ligação das energias livres e acumulando energias sob a forma de um reservatório. É caracterizado pela atividade autoerótica dos instintos sexuais. (2) Desse primeiro ego destacamos um segundo: o ego constituído, total, já formado enquanto instância diferenciada, cujos elementos predominantes são os processos secundários, as energias ligadas e o princípio de realidade. É investido como primeiro objeto total da libido, constitui um reservatório de libido, do qual pode investir a libido ou fazê-la recuar. Exerce a função de inibição e de repressão. **Os dois narcisismos:** (1) um narcisismo

primário ou originário, cuja caracterização é correlata à do ego inicial e rudimentar, da atividade de satisfação autoerótica etc. (2) um narcisismo secundário, fruto da identificação com os objetos parciais arcaicos e correlato do ego total. **Dois modos de relação de objetos:** (1) uma forma de relação de objeto parcial, fragmentado, investido na fantasia enquanto representações. Indiferença em relação ao objeto externo real. É correlato do ego inicial e do narcisismo primário. (2) uma segunda forma de relação de objeto total, fruto do investimento da libido advinda no ego total, formado pelo narcisismo secundário.

3.12 Entre a parafrenia, a hipocondria e as doenças orgânicas

Segundo Freud (1914), as parafrenias (esquizofrenia e paranoia) são a principal via de acesso ao estudo do narcisismo e da psicologia do ego, de maneira análoga ao lugar conferido às neuroses de transferência (neurose obsessiva e histeria) na compreensão dos impulsos instintuais libidinais (instintos sexuais). Vemos, mais uma vez, que Freud recorre aos estados psicopatológicos para compreender aspectos que compõem a vida psíquica geral: “*mais uma vez teremos de descobrir, a partir dos exageros e distorções do patológico, o que é aparentemente simples no normal*” (1914, p.25) No entanto, Freud menciona a dificuldade do estudo direto do narcisismo, em função das peculiaridades o envolvem. Ou seja, a principal via de acesso ao narcisismo, que é a análise clínica das parafrenias, não permite realmente uma compreensão da psicologia do ego, ao passo que, o que resta de possibilidade, são as conjecturas e comparação dos diversos estados em que é possível encontrar em ação os elementos narcísicos. A observação direta do desenvolvimento psíquico não é possível, e só se pode conhecê-la, de fato, por reconstrução através do que nos revelam os estados alterados de normalidade e as psicopatologias.

Além das parafrenias, Freud propõe tomar outras vias que permitem alcançar uma compreensão mais completa do narcisismo enquanto estágio de desenvolvimento e o seu papel na vida psíquica. São elas: as doenças orgânicas, a hipocondria e a vida amorosa dos sexos. Freud explora os desdobramentos do conceito de narcisismo em cada um desses estados, sempre em comparação com as parafrenias. Encontramos, aqui, o método de comparação utilizado em *Luto e melancolia*, em que Freud (1917[1915]) compara dois estados de alteração da normalidade, o luto sendo entendido como um fenômeno normal de deformação do funcionamento psíquico habitual. Do mesmo modo, os aspectos encontrados nos estados de apaixonamento e nas doenças orgânicas também são considerados esperados e normais. Freud (1914) articula tanto os transtornos patológicos entre si, como as condutas narcisistas presentes em sujeitos acometidos de graves afecções, e em sujeitos cujo

desenvolvimento é considerado regular ou normal. Segundo Terrazas (1990), a psicanálise freudiana procura delimitar certos traços particulares que compõem o indivíduo, empregando, como metodologia de trabalho, o estabelecimento de conexões ou articulações entre esses elementos soltos, assim como entre o patológico, encontrado na observação clínica, e o normal, que é, por sua vez, conjecturado ou reconstruído por inferência. Para o autor, é nesse contexto metodológico que podemos situar a afirmação de Freud, segundo a qual, para a observação psicanalítica, o narcisismo não é uma perversão – como definiu Paul Näcke a partir de sua visão psiquiátrica –, mas um complemento libidinoso do egoísmo, inerente à pulsão de autoconservação. Em outras palavras, esclarece Terrazas (1990), o narcisismo é um tema que remete ao interesse por viver de cada sujeito em seu jogo instintual geral, e conseqüentemente, parece conotar tanto o registro da neurose, quanto da psicose. É justamente esta metodologia, a de reconstruir a normalidade desde suas alterações, que vai permitir a Freud (1914), ao longo do artigo, ir estabelecendo articulações entre o que é mais exagerado ou deformado e, com isso, aceder a aspectos da estrutura do aparelho psíquico, o qual, nessa ocasião, consiste no narcisismo.

Diante disso, o que se pode aprender do comportamento da vida psíquica mediante as *doenças orgânicas*? Também nas pessoas com algum tipo de doença orgânica se verifica um desinteresse pelas coisas do mundo externo, isto é, uma retirada temporária da libido antes investida em objetos de amor e a sua regressão para o ego, de maneira análoga àqueles que sofrem de afecções narcísicas. Encontra-se, nos doentes, um egoísmo característico e a coincidência entre libido e interesse do ego. Mas tal estado é passageiro e o investimento objetal é restabelecido após o doente curar-se de sua doença orgânica. Durante o estado de retração da libido, processo normal enquanto dura o adoecimento, observa-se que “*libido e interesse do Eu têm aí o mesmo destino e são de novo inseparáveis*”, como no estado de narcisismo primário (FREUD, 1914, p.26). Também no sono, de maneira análoga, há uma retração da libido, “mais precisamente para o desejo de dormir”, e, “em ambos os casos vemos, ainda que seja apenas isso, exemplos de mudanças na distribuição da libido graças à mudança no Eu” (1914, p.26). Freud irá explorar isso melhor em *Complemento metapsicológico a teoria dos sonhos* (1917a[1915]), ao apresentar o sono e os processos do sonho como protótipos do narcisismo.

Semelhante à doença orgânica, encontra-se, nos hipocondríacos, a retirada da libido dos objetos do mundo externo e a sua concentração sobre o órgão fonte do problema. Mas enquanto nas doenças orgânicas há mudanças físicas facilmente demonstráveis, na hipocondria as sensações penosas são difíceis de serem observadas. Entretanto, Freud (1914,

p.28) reconhece, também na hipocondria, mudanças orgânicas, e encontra na erogenidade – característica de todos os órgãos – uma explicação para a mudança nas sensações corporais: “para cada alteração dessas na erogenidade dos órgãos poderia haver uma alteração paralela no investimento libidinal do Eu”, e em função disso, deveríamos procurar em tais fatores “o que se acha na base da histeria e o que pode ter, na distribuição da libido, o mesmo efeito que a doença material dos órgãos”. Assim, Freud considera haver uma relação entre a hipocondria e a parafrenia, na medida em que ambas dependem da libido do ego.

Conforme vimos anteriormente, no tocante ao mecanismo de adoecimento nas neuroses de transferência, o estabelecimento da neurose se deve a um represamento da libido sexual, decorrente de um obstáculo que se opõe à sua satisfação (frustração). Referindo-se a essa explicação, Freud sugere que os fenômenos da hipocondria e da parafrenia resultam de um represamento da libido do ego.

[...] se já estamos familiarizados com a ideia de ligar o mecanismo de adoecimento e formação de sintomas nas neuroses de transferência, o progresso da introversão à regressão, a um represamento da libido de objeto, então podemos nos aproximar também da ideia de um represamento da libido do Eu, e pô-la em relação com os fenômenos da hipocondria e da parafrenia (FREUD, 1914, p. 28).

Assim, Freud dá mais um passo no que concerne à etiologia das parafrenias, supondo que a frustração estaria não só na origem dos estados neuróticos, mas, também, na dos estados psicóticos, sendo que a natureza da libido frustrada difere-se na medida em que as neuroses de transferência envolvem uma frustração na esfera da libido objetal, enquanto que as parafrenias envolvem uma frustração da libido do ego⁵⁵. Mas por que o represamento da libido no ego também é sentido como desprazeroso? Segundo Freud (1914, p.29), a resposta está no princípio de que o desprazer é, normalmente, expressão de um aumento de tensão: “é uma quantidade do suceder material que aqui, como em outros lugares, se transforma na qualidade psíquica do desprazer”.

Aí também se encontra a justificativa para que o aparelho psíquico abandone o narcisismo primário e passe a investir os objetos. Freud recorre a uma explicação quantitativa, segundo a qual a necessidade da psique investir a libido em objetos surge quando o investimento libidinal do Eu supera uma determinada média. Segundo Freud (1914, p.29), “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar”. Em

⁵⁵ Hipótese que será investigada também no caso da melancolia, já que Freud (1917[1915]) irá reconhecer, em sua origem, um represamento da libido narcísica.

outros termos: uma parte de nosso narcisismo nos protege contra o adoecimento, mas é preciso investir a libido nos objetos para não adoecer devido ao aumento de libido represada no ego. A neurose, conforme mostramos, resulta de um represamento da libido, em razão dos obstáculos ao seu escoamento, quando não se podem encontrar meios para sua satisfação.

Encontramos, aqui, o princípio que rege o psiquismo: todo aumento de energia gera uma tensão sentida como desprazer e, por isso, o psiquismo tem como princípio eliminar ou, ao menos, diminuir as quantidades de energia em seu interior (FREUD, 1915). A função do aparelho psíquico é, portanto, “lidar com excitações que de outro modo seriam sentidas como penosas ou de efeito patogênico”, o que se dá por meio de uma elaboração psíquica (trabalho psíquico), que atua no sentido de desviar internamente as excitações que não encontram, externamente, a possibilidade de descarga direta (FREUD, 1914, p.30). A noção de trabalho, ou elaboração psíquica, aparece continuamente nos escritos de Freud, designando a tarefa realizada pelo aparelho psíquico de conferir um destino às excitações que chegam até ele. Cada psicopatologia é, assim, o resultado de um trabalho psíquico distinto, ou de destinos particulares conferidos ao excesso libidinal.

Mas no princípio é indiferente, para uma tal elaboração interna, se ela ocorre em objetos reais ou imaginários. A diferença mostra-se apenas depois, quando o voltar-se da libido para objetos irreais (introversão) conduz a um represamento da libido (FREUD, 1914, p.30).

A megalomania torna possível semelhante elaboração interna da libido que retornou ao ego, e, apenas diante do fracasso de tal elaboração, o represamento de libido no ego pode torna-se patogênico, incitando o processo de cura – que, ao observador, aparece como a manifestação da doença. A “cura” consiste na tentativa de restabelecimento de investimento de objeto que, devido a determinadas distorções, manifesta-se como deformação da realidade sob a marca do delírio.

Freud resume as contribuições anteriores acerca da parafrenia, por meio da observação da hipocondria, a fim de estabelecer uma diferenciação entre o grupo parafrênico e as neuroses de transferência. Nas neuroses de transferência, a libido impedida de satisfação é investida em objetos da fantasia, enquanto, nas parafrenias, a libido, sob as mesmas condições, retorna ao ego. A megalomania (delírio de grandeza) consiste, portanto, em uma maneira da psique lidar com a quantidade de libido represada no ego, e corresponde à introversão da libido direcionada às formações da fantasia nas neuroses de transferência. De forma similar, a hipocondria das parafrenias corresponde à angústia encontrada nas neuroses de transferência: ambas resultam do fracasso da função psíquica de lidar com a quantidade de

energia represada. Mediante trabalho psíquico, a angústia característica das neuroses de transferência pode ser dissolvida, ao se conferir ao excesso de libido outros destinos, como a conversão, a formação reativa e a formação protetora (fobia). Já nas parafrenias, a função do trabalho psíquico pode ser reconhecida na tentativa de restauração, causadores das características marcantes desse quadro patológico. Finalmente, Freud estabelece o seguinte esquema referente à retirada parcial da libido dos objetos na parafrenia:

Como a parafrenia frequentemente – senão a maioria das vezes – acarreta um desligamento só parcial da libido em relação aos objetos, no seu quadro pode-se distinguir três grupos de manifestações: 1) as de normalidade conservada ou neurose (manifestações residuais); 2) as do processo patológico (de desligamento da libido em relação aos objetos, e também a megalomania, a hipocondria, o distúrbio afetivo, todas as regressões); 3) as de restauração, em que a libido se apega novamente aos objetos, à maneira de uma histeria (*dementia praecox*, parafrenia propriamente) ou de uma neurose obsessiva (paranoia). (FREUD, 1914, p. 31).

Freud (1914) distingue, nessa passagem, três grupos de fenômenos componentes da manifestação parafrênica. O primeiro, resíduos de alguma normalidade ou neuroses remanescentes, o segundo, manifestações do processo de adoecimento e, o terceiro, manifestações ocasionadas pela tentativa de restituição da libido objetal.

3.13 A vida amorosa dos seres humanos e os tipos de escolhas de objeto

Após examinar as contribuições derivadas da observação das doenças orgânicas e da hipocondria, Freud considera uma terceira via de acesso ao estudo do narcisismo: a vida amorosa dos seres humanos. Esta nos remete ao modo particular de relação objetal entre os homossexuais, uma vez que a noção de escolha narcísica emergiu como fato clínico nas apresentações de Sadger, durante as reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, e como teorização no livro de Freud sobre *Leonardo da Vinci*. É nesse terreno que “se acha o mais forte motivo que nos levou à hipótese do narcisismo” (FREUD, 1914, p.32). Lembremos que, ao tomar conhecimento desse tipo de escolha predominante entre os homossexuais, Freud sugere, ainda nas reuniões da Sociedade, que ela consiste na reedição de um amor outrora vivido, e propõe o narcisismo como uma etapa do desenvolvimento em que o sujeito toma a si mesmo como objeto amoroso. Ou seja, a partir desse tipo de escolha narcísica, revelado pelos homossexuais, Freud lança luz sobre uma modalidade de relação objetal característica de todos os seres humanos.

Inicialmente, Freud retoma as suas teorias do apoio e da vivência de satisfação, que datam respectivamente de *Os três ensaios* e de *A interpretação dos sonhos*, para afirmar que as crianças e os adolescentes escolhem seus objetos sexuais baseados em suas vivências de

satisfação primárias. Vimos, anteriormente, que a atividade dos instintos sexuais emerge apoiada na satisfação dos instintos do ego, ou seja, o bebê experimenta as primeiras satisfações sexuais eróticas em estreita ligação com as funções vitais de autoconservação. Assim, o ato de mamar se torna não só um meio de satisfação do instinto de autoconservação, mas, também, fonte de uma vivência de satisfação sexual autoerótica, que modela as futuras relações objetais. Nesse sentido, os instintos de conservação acabam por indicar à sexualidade seu primeiro objeto: o seio materno.

O desamparo inicial do ser humano impõe a necessidade de um objeto cuidador para satisfazer as suas necessidades vitais; no contato do bebê com o objeto cuidador, surgem as primeiras satisfações sexuais: a sexualidade emerge no contato erogeneizador com o seio nutriz, e apenas em um momento posterior, os instintos sexuais tornam-se independentes dos instintos de autoconservação, buscando a satisfação em partes de seu próprio corpo. Posteriormente, a criança aprenderá a amar, como objeto total, as pessoas que se ocupam de seus cuidados e satisfazem suas necessidades. Esse é um resumo da teoria do apoio, que já havia sido amplamente desenvolvida em *Os três ensaios*. Desse modo, os primeiros objetos sexuais escolhidos pela criança explicam-se por este apoio inicial entre os instintos, já que, geralmente, tais objetos estão entre as pessoas encarregadas de nutrição, cuidado e proteção. Freud (1914) denomina esse tipo de escolha sexual de *escolha objetal de apoio*, o que revela uma modelação do desejo a partir das primeiras relações objetais.

Já em *Interpretação dos sonhos* (1900) e em *Três Ensaios* (1905), Freud buscava compreender as primeiras relações objetais parciais como modeladoras do desejo, na medida em que o impulso a investir as representações de objeto constituídas no interior do aparelho psíquico, diante do surgimento de um estímulo endógeno, vai se atualizar sob a marca de uma compulsão à repetição. É nesse sentido que o encontro com o objeto é compreendido como um reencontro, já que este será permeado pela atualização do desejo sob a forma da compulsão à repetição. São essas modelações arcaicas do desejo que se atualizam na relação analítica, constituindo a chamada relação transferencial, que permite o processo analítico. No entanto, tais formulações precedem o postulado do narcisismo como fase presente no início do desenvolvimento. Assim, da mesma maneira que as primeiras satisfações por apoio são modeladoras, o postulado da fase narcísica, que leva do autoerotismo para a relação de objeto, também mostra a sua influência nas escolhas de objeto.

Frente a isso, a retomada da teoria do apoio, em *Introdução ao narcisismo*, serve para situar as postulações já estabelecidas diante de formulações emergentes: Freud prepara o terreno para inserir uma segunda modalidade de escolha objetal, que havia permanecido

obscura até o momento, e o narcisismo passa a ser tão atuante nas relações de objeto quanto a já conhecida escolha por apoio. Trata-se de outro tipo de escolha sexual, revelado pela análise de pessoas que sofreram algum tipo de perturbação no início de seu desenvolvimento libidinal: os homossexuais não escolhem seu posterior objeto sexual segundo o modelo da mãe que os nutre, mas conforme a si mesmos.

Segundo Freud, os homossexuais “buscam a si mesmos como objeto amoroso, evidenciando o tipo de escolha de objeto que chamaremos de narcísico” (1914, p.32). Mas a modalidade narcísica de escolha de objeto não se restringe ao campo exclusivo da homossexualidade, sendo descoberta como constitutiva de todo ser humano. Por meio da noção de escolha narcísica, Freud circunscreve um modo de relação objetal, marcado por processos psíquicos determinados, que estão na base da predisposição às neuroses narcísicas. Freud revela que os indivíduos que efetuam sua escolha sob a modalidade narcísica são os mais propensos a apresentarem quadros psicopatológicos como a paranoia, a esquizofrenia e a melancolia. Aliás, a análise da melancolia encontra na escolha narcísica o seu elemento central.

No entanto, estes dois tipos de escolha – por apoio ou narcísica – não resultam, necessariamente, em duas classes diferenciadas de pessoas. Na verdade, “para cada pessoa ficam abertas ambos os caminhos da escolha de objeto, sendo que um ou outro pode ter a preferência” (FREUD, 1914, p.32-33). As duas modalidades de escolha são possíveis, por se tratarem de atualizações dos dois objetos sexuais originários do ser humano: “Dizemos que o ser humano tem originalmente dois objetos sexuais: ele próprio e a mulher que o cria, e nisso pressupomos o narcisismo primário de todo indivíduo, que eventualmente pode se expressar de maneira dominante em sua escolha de objeto” (FREUD, 1914, p.33). Evidencia-se uma tese básica de Freud, a de que as primeiras vivências de satisfação, obtidas nas relações com os objetos amorosos primitivos, são modeladoras das futuras relações objetais. No entanto, Freud considera que não só a relação com o objeto externo se torna determinante, mas aquela vivida com o próprio ego também pode ser atualizada nas futuras relações objetais, o que torna muito mais complexa a sua teoria.

Parte-se, então, da seguinte premissa: além da satisfação obtida com a pessoa cuidadora, o bebê experimenta a satisfação advinda de outro objeto particular, o próprio ego. A relação com este é permeada por satisfações narcísicas de completude e de perfeição. Essas formas de satisfações arcaicas, propiciadas pela formação do ego como unidade e do seu investimento pela libido, também são atuantes no modo como o indivíduo se relaciona com seus objetos em busca de prazer. Tanto o modo por apoio, quanto o modo narcísico são

modeladores. A escolha por apoio, embora ocorra, inicialmente, na relação parcial com o seio, evolui até o investimento de objeto total. Na verdade, trata-se de um modo que, embora tenha uma base muito primitiva, será atualizado nas relações edípicas e influenciarão na escolha da neurose. Por isso, ela está mais próxima das neuroses de transferência. No entanto, vale destacar que o caminho que leva até a escolha de objeto total por apoio passa, antes, pela vivência de relações parciais de duas naturezas: com o objeto externo primário (o seio) e com o próprio corpo (autoerotismo). Essas relações levam à primeira relação de objeto total, que é estabelecida não com a pessoa cuidadora, mas, por definição, com o próprio ego enquanto unidade. É só a partir da constituição do narcisismo (enquanto investimento libidinal e formação de uma unidade egóica) que se torna possível, secundariamente, passar às relações de objeto total.

Se retomarmos o caminho do desenvolvimento proposto por Freud, teríamos, teoricamente, a seguinte linha evolutiva: a princípio, tem-se a relação por apoio, em que os instintos se satisfazem com um objeto externo parcial, cujo paradigma é o seio e o leite. Em seguida, tem-se a forma de relação autoerótica, na qual os instintos sexuais se tornam independentes dos de autoconservação e se satisfazem no próprio corpo. Aqui, também, se trata de uma modalidade de relação parcial. Ao que segue, tem-se a primeira relação de objeto total, em que a satisfação é obtida no próprio ego: o narcisismo. E é somente a partir daí que o investimento total de objeto pode entrar em cena, e a satisfação pode, finalmente, ser vivenciada com um objeto total externo.

Assim, temos que o ego é o primeiro objeto total, e é a sua constituição que permite a passagem para o investimento de objetos totais na realidade. Isso nos leva a entender que a relação objetual narcísica é, na realidade, o resultado de fixações no primeiro objeto total, quando este coincide com o próprio ego – já que, para Freud, só podemos considerar amor uma relação de objeto total. Em outros termos, é devido a complicações vivenciadas na passagem do narcisismo para o autoerotismo, que o sujeito terá a marca do narcisismo em suas relações objetais. Com isso, é possível afirmar que a relação objetual de apoio, como total, corresponde a um tempo mais evoluído no desenvolvimento do que a modalidade narcísica – sendo que esta última é, na verdade, a mais arcaica e reveladora de problemas na constituição das primeiras relações de objeto total.

As implicações dessa definição de modalidade narcísica de relações de objeto são enormes, e são elas que abrem uma via de acesso à clínica das psicoses e da melancolia. Isso porque, até então, Freud se pautava no modelo do apoio para sustentar a técnica da análise de transferência: a reedição dos amores primários na relação com o analista. Mas esse modelo

somente permite analisar as neuroses de transferência (neurose obsessiva, histeria), pois se entende que as parafrenias não permitem a relação transferencial devido às suas características narcísicas, opostas às relações de objeto. No entanto, ao reconhecer uma modalidade narcísica de relação de objeto, Freud reconhece, ao mesmo tempo, a existência de um modo particular de relação objetal predominante nas parafrenias e na melancolia. Abre-se o caminho para que se torne possível uma clínica das psicoses, ainda por meio da análise da transferência, mas uma transferência de natureza particular, isto é, narcísica, e não erótica, como no caso das neuroses histéricas ou obsessivas. Frente ao exposto, se considerarmos que existe relação objetal na psicose, ainda que narcísica, esta também pode ser atualizada na relação com o analista, o que viabiliza um acesso às neuroses narcísicas por meio da análise desse tipo específico de transferência. Mas, como sabemos, não será Freud quem irá extrair essas consequências de suas próprias teorias, mas outros psicanalistas, como Klein, Lacan, Rosenfeld, Bion, entre outros que, a partir do reconhecimento de tais contribuições, desenvolverão técnicas analíticas próprias à clínica das psicoses.

A essa observação anterior, no entanto, uma importante ressalva: Freud considerava as parafrenias mais próximas do autoerotismo do que do narcisismo, o que nos levaria a supor a predominância de relações parciais e não totais nessas afecções. Com isso, vemos que as coisas não se passam de forma tão simples, pois Freud (1915) vai fazer recuar o narcisismo primário até o autoerotismo e, ato contínuo, o narcisismo que corresponde ao investimento do ego total será considerado um narcisismo secundário. Assim, seria necessário distinguir duas formas de relações narcísicas: uma parcial, segundo o narcisismo primário, na qual não há ego integrado, cuja atividade predominante de satisfação é o autoerotismo; e uma segunda modalidade, que é a mais próxima da qual Freud trata em *Introdução ao narcisismo*, caracterizada por relação de objeto total, de acordo com o narcisismo secundário, com a presença de um ego integrado, cuja atividade de satisfação libidinal é o investimento em si mesmo como corpo integrado. A essa última corresponderia a escolha objetal narcísica apresentada por Freud (1914) em *Introdução ao narcisismo*.

Outro ponto de fundamental importância é compreender que, em toda relação objetal, temos investimentos mistos, isto é, narcísico e de apoio. Teríamos, diante disso, duas formas básicas de escolha de objeto total, em ação nas relações objetais, sendo que uma delas pode predominar. No caso da melancolia, que constitui nosso interesse de pesquisa, Freud (1917[1915]) designará que o tipo de escolha predominante é o narcísico, e disso resultará toda a instalação da psicodinâmica melancólica, assim como a definição de sua forma de regressão e de seus pontos de fixação.

3.14 Idealização e superestimação sexual na escolha de apoio

Em *Introdução ao narcisismo* (1914), Freud ilustra, de maneira quase caricata, a diferença entre estes dois modos de relação objetal: o amor objetal completo é considerado o de apoio e predomina, caracteristicamente, nos homens. Já o tipo narcísico é, caracteristicamente, predominante nas mulheres.

De acordo com a modalidade de apoio, uma pessoa pode amar: (a) a mulher nutriz ou (b) o homem protetor. Assim, nutrição e proteção, características básicas das necessidades de autoconservação, definem a escolha por apoio. Esse tipo de escolha objetal exhibe, entre suas características, a “*superestimação sexual*” do objeto, o que corresponde a uma transposição do narcisismo original infantil do sujeito para o seu objeto sexual (FREUD, 1914, p.33). A superestimação sexual “*permite que surja o enamoramento*” (isto é, da paixão), e caracteriza-se, fundamentalmente, por “um empobrecimento libidinal do eu em favor do objeto” (FREUD, 1914, 33). Freud (1914) considera que um aumento do narcisismo original em fases posteriores da vida “não é propício à constituição de um regular amor objetal com superestimação sexual”.

A superestimação sexual é resultado, segundo Freud (1914), do processo psíquico chamado idealização. Ou seja, a superestimação sexual consiste na idealização do objeto amado. Freud (1914) define a idealização como um processo que ocorre com o objeto, por meio do qual ele é aumentado psiquicamente sem alterações em sua natureza, consistindo, assim, em um processo que pode ocorrer tanto no âmbito da libido objetal quanto da libido do ego. Frente a isso, Freud considera que a superestimação do objeto sexual é um estigma narcísico, na medida em que corresponde à idealização do objeto sexual como fora um dia idealizado o próprio ego.

Portanto, nos fica a seguinte questão: se Freud está diferenciando dois grupos básicos de escolhas objetais, por que definiu a característica determinante do tipo de escolha de apoio como derivada do narcisismo infantil? Que relações guarda o processo de idealização, que corresponde à superestimação sexual, com o narcisismo da infância, e como pode ela caracterizar a relação por apoio que se opõe à narcísica?

Alguns anos mais tarde, em *Psicologia das massas e análise do Eu*, Freud (1921) volta a abordar o tema da superestimação sexual e do enamoramento. O capítulo VIII é intitulado *Enamoramento e hipnose*, e volta-se, entre outras questões, para o fenômeno da superestimação sexual, do qual resulta a idealização do objeto. Freud examina os processos psíquicos que estariam na base do amor, comparando-os com os da hipnose e os da formação de grupos. A sua tese é a de que, entre estes três estados – de estar amando, estar hipnotizado

e fazer parte de uma formação de grupo – encontramos uma característica em comum: o ser amado, o hipnotizador e o líder do grupo constituem objetos idealizados para o sujeito, isto é, pessoas que foram colocadas no lugar do ideal do ego. São objetos que desfrutam, da parte do sujeito, de certa liberdade quanto à crítica, e da elevação de suas características e qualidades, as quais são altamente valorizadas.

Ao abordar o amor, Freud (1921) adverte o leitor de que esse fenômeno não é simples e nem unívoco, o que indica uma gama diversa de possibilidades que pode ser incluída dentro dele.

Freud (1921, p.69) toma, como ponto de partida para a compreensão do amor o enamoramento, sua forma mais comum, o qual designa uma forma de amor sensual caracterizada pelo “investimento de objeto por parte dos instintos sexuais para satisfação direta”. Quando a satisfação é alcançada, o amor sensual tende a se extinguir; no entanto, a tendência de seu retorno leva a um duradouro investimento libidinal do objeto, de tal forma que será possível amá-lo também nos intervalos sem desejo. Assim, Freud (1921) distingue duas formas básicas de expressão dos instintos sexuais, as correntes inibidas e não inibidas em sua meta, as quais podem aparecer de forma individual ou mista. Freud vai trabalhar com a premissa energética, de que o amor é a expressão da busca de satisfação libidinal. Por isso, parte de um modelo mais simples, que é a do amor sensual, o qual poderia ser mais bem designado por desejo sensual, o simples desejo por um objeto com fins de descarga do instinto sexual por meio da relação sexual. Assim que o sujeito alcança a descarga sexual, a excitação psíquica que levou ao investimento do objeto é descarregada, de tal modo, que o objeto não seria mais desejado, até que uma nova tensão sexual se estabeleça no interior do aparelho psíquico e incite o sujeito para a busca de satisfação por meio de uma relação sensual com um objeto. Desse modo, Freud vai, durante todo este texto sobre o enamoramento e a hipnose, trabalhar com a premissa de que a ligação com os objetos e os processos psíquicos envolvidos estão sujeitos ao acúmulo e descarga do instinto sexual. É a dinâmica dessa energia sexual que estará em jogo na relação com o objeto e definirá os modos de ligação com aquele.

Nesse sentido, no desenvolvimento da vida amorosa, o “*amor sensual*” (desejo sensual) tem seu primeiro objeto nos pais, ainda na fase edípica. Com a repressão característica dessa fase, esse amor sensual se transforma em um “*amor terno*”, o qual Freud (1921, p.70) denomina de instintos “*inibidos em sua meta*”. Mesmo tendo passado pela repressão, a corrente de amor sensual continua a existir de maneira inconsciente. Com isso, Freud (1921) diferencia duas formas básicas de expressão do amor: o *amor sensual*, com tendências à satisfação das metas sexuais diretas, e o *amor terno*, com tendências sexuais

inibidas em suas metas. É a combinação dessas duas formas básicas e a quantidade presente de cada uma delas, em uma relação com o objeto, que caracteriza as diferentes expressões amorosas. A partir disso, Freud supõe uma síntese entre os laços sensuais e os laços de ternura. Segundo o autor (1921), o esperado é que, na adolescência, quando essas duas modalidades de correntes amorosas ressurgem, elas alcancem um determinado grau de síntese, resultando na forma de amor objetual mais completa, na qual cooperam instintos não inibidos e instintos inibidos em sua meta. Portanto, temos a forma de amor “completa”, na qual se aspira à satisfação sexual direta e, nos intervalos do desejo, o amor é mantido pela satisfação dos instintos sexuais inibidos em sua meta, o amor terno. Mas, lembra Freud (1921), existem casos em que essas duas expressões dos instintos sexuais permanecem separadas, como, por exemplo, no caso de homens que têm sentimentos ternos, pela mulher que admira, e sentimentos sensuais por mulheres que despreza. Diante da definição das duas formas de amar, Freud (1921, p.71) chega à seguinte sentença: “a intensidade do enamoramento, em contraste ao puro desejo sensual, pode ser medida segundo a contribuição dos instintos inibidos em sua meta”. Assim, temos, de um lado, o amor que é fruto do desejo sensual, o qual busca somente a satisfação sexual direta; de outro lado, o amor terno, inibido em sua meta, que torna possível uma ligação duradoura com um objeto. No caso do enamoramento, o “estar apaixonado”, sua intensidade depende da contribuição dos instintos de ternura.

Nesse ponto, Freud (1921) introduz uma discussão sobre o fenômeno da superestimação sexual que, segundo o autor, salta às vistas nos quadros de enamoramento. De que maneira é caracterizado o fenômeno da superestimação sexual presente nos quadros de enamoramento? Freud (1921) afirma que, nesta, o objeto sexual goza de certa isenção de crítica e de uma supervalorização de todos os seus atributos. Com isso, temos, aqui, as características de uma relação distorcida pela idealização, a qual aumenta psicologicamente as características do objeto amado. De certa parte, a idealização é um processo que resulta de um fator econômico, um acúmulo de libido, investido sobre o objeto (seja ele o ego ou um objeto externo), o qual será engrandecido psicologicamente. Diante disso, Freud (1921) atribui à repressão das tendências sensuais o aumento da intensidade da superestimação sexual. Segundo o autor, nos casos em que há repressão do desejo sensual, a idealização pode produzir a ilusão de que se ama o objeto sensualmente por suas qualidades mais elevadas, mesmo que só o desejo sensual tenha contribuído para o enamoramento. Em outras palavras, o sujeito será vítima de um autoengano: para ele, o objeto é desejado sensualmente por suas qualidades de personalidade, atitudes etc., em suma, por qualidades sublimes, enquanto, na

realidade, o objeto pelo qual o sujeito está enamorado pode ter sido escolhido por permitir a satisfação dos desejos sensuais. Com isso, Freud (1921) está construindo bases para o argumento de que o instinto sexual que se expressa sob a forma de desejo sensual, uma vez inibido, empresta sua quantidade energética (libido) para o engrandecimento das qualidades do objeto, isto é, para uma distorção de sua real condição operada pelo processo de idealização. Lembremos da premissa básica com a qual a psicanálise freudiana opera: de que a energia gerada no interior do aparelho não desaparece simplesmente, mas precisa ser descarregada ou utilizada de alguma maneira. Nesse sentido, para Freud (1921), o processo psíquico que está na base da superestimação é a idealização, a qual é responsável pelo que o autor chamou de falseamento do juízo, que distorce a percepção da real condição do objeto.

Vejamos, rapidamente, algumas precisões sobre esse conceito. Em *Introdução ao narcisismo*, Freud (1914) definiu a idealização como um processo psíquico que pode incidir tanto na esfera da libido objetal como na esfera da libido narcísica. Segundo Freud (1914), a libido é narcísica enquanto está investida no ego, por isso é chamada libido do ego, e se torna libido objetal quando investida no objeto. Originalmente, a libido está toda investida no ego sob o estado de narcisismo e, desse investimento originário, ela emana para os objetos, como o corpo de uma ameba que emite e recua seus pseudópodes. Essa imagem representa, para Freud (1914), a dinâmica básica da libido, de tal forma que quanto mais se emprega uma, mais se empobrece a outra. Diante disso, ao estado enamoramento corresponde a “mais elevada fase de desenvolvimento a que chega esta última [libido de objeto]” (FREUD, 1914, p.17) Assim, a idealização é fruto de um excesso de libido narcísica, que, ao não ser descarregada, incide sobre os investimentos de objetos. Conseqüentemente, o objeto se torna engrandecido, ou seja, superestimado. No caso da superestimação sexual, estaríamos perante um superinvestimento na esfera da libido de objeto, o qual passa a ser tratado da mesma maneira que o ego idealizado, isto é, superinvestido de libido. Assim, segundo Freud (1921, p.71) “percebemos que o objeto é tratado como o próprio Eu”, e que neste caso, “no enamoramento, uma medida maior de libido narcísica transborda para o objeto”.

É nesse ponto que as coisas se complicam, pois Freud (1914) está considerando o enamoramento como o estágio mais desenvolvido da relação de objeto. Entretanto, é nele que, também, encontramos as distorções provocadas pela idealização do objeto amoroso. Portanto, surge uma contradição: em *Introdução ao narcisismo* (FREUD, 1914) a escolha amorosa por apoio exhibe, como característica básica, a superestimação sexual, cujo processo psíquico, a idealização, é considerada, por Freud (1921), um fenômeno mais próximo da escolha narcísica do que da forma de apoio. Em outros termos: a superestimação sexual é um traço da

escolha narcísica ou da escolha de apoio? Em 1921, Freud parece designar a superestimação sexual como característica da escolha objetal narcísica.

Para compreender mais precisamente os processos psíquicos no enamoramento e na superestimação sexual, Freud (1921, p.73) vai recorrer à análise dos estados de enamoramento em que a superestimação sexual do objeto é muito alta, apresentando quadros de “*fascínio*” e “*servidão enamorada*”. Freud antevê, nesses casos, um empobrecimento do ego em favor da idealização do objeto. Com as tendências sexuais impelidas para o segundo plano, a superestimação sexual aumenta ainda mais, e o sujeito se torna cada vez mais modesto e menos exigente, enquanto o objeto é cada vez mais sublime e precioso, isto é, mais idealizado. Assim, Freud (1921, p.72) afirma que o objeto toma “posse do inteiro amor-próprio do eu”, em outros termos, “o objeto consumiu o eu”. Freud (1921, p.72) reconhece, ainda, que “traços de humildade, de restrição de narcisismo e de self-injury estão presentes em todo caso de enamoramento”, cujo aumento ou predominância se deve “ao recuo das reivindicações sexuais”. Na medida em que não haja satisfação sexual direta na relação, o excesso de libido provoca um acúmulo que é direcionado para a superestimação que tende a crescer; “pois a cada satisfação sexual a superestimação sexual experimenta uma redução” (FREUD, 1921, 72). Desse modo, no enamoramento, a satisfação sexual permanece, temporariamente, em segundo plano, como possível meta futura. Ainda sobre o papel das relações dos impulsos inibidos e não inibidos em sua meta no enamoramento, Freud (1921) afirma que os primeiros são os responsáveis por criar laços duradouros entre as pessoas por não serem capazes de plena satisfação; enquanto os impulsos sexuais não inibidos, mediante sua descarga, sofrem uma extrema redução toda vez que atingem sua meta. Com isso, temos que o amor sensual se extingue com a satisfação e, para que a ligação com o objeto seja duradoura, “é preciso que esteja mesclado desde o início com componentes puramente afetuosos, ou seja, inibidos em sua meta, ou que experimente tal transformação” (FREUD, 1921, p.75).

Finalmente, no enamoramento extremo, diante do objeto, as funções de consciência e instância crítica do ideal do ego (as quais discutiremos mais adiante) cessam suas operações, o que leva Freud (1921, p.72) a formular a seguinte sentença: “O objeto se colocou no lugar do ideal do Eu”. Assim, no caso do enamoramento extremo, o ego se torna empobrecido, entrega-se ao objeto e coloca-o no lugar do ideal de ego, tornando possível descrever esse quadro “como se o Eu introjetasse o objeto”, ou seja, “o objeto foi conservado, e como tal é sobreinvestido por parte e à custa do Eu” (FREUD, 1921, 73).

Diante do exposto, vemos que a superestimação sexual consiste no abandono do próprio narcisismo, em prol do objeto: a idealização seria um processo psíquico característico da saída do narcisismo infantil, na medida em que o sujeito renuncia ao narcisismo e se abre para as relações objetais. A carga de investimento objetal no ego (libido do ego) que caracteriza o narcisismo será investida no objeto (libido de objeto) e, com isso, este é engrandecido psiquicamente, ao mesmo tempo em que se produz um empobrecimento da libido egóica. Dessa forma, o enamoramento consiste no processo de idealização do objeto, no qual a libido do ego é levada para o objeto, causando um empobrecimento da reserva libidinal narcísica. Na escolha por apoio, a obtenção de gratificação seria secundária, advinda da relação com o objeto, na medida em que este corresponde ao investimento libidinal.

A diferença entre a escolha narcísica e a por apoio encontraria, aqui, sua explicação: no caso da primeira, o ego procuraria um objeto que produza o incremento de seu narcisismo, e, no caso da segunda, a satisfação seria advinda da relação objetal, secundária ao empobrecimento da libido do ego e do narcisismo, como nos revela o caso da superestimação sexual. Diante disso, não seria incorreto afirmar que, para o sujeito narcísico, o par ideal é aquele que o escolhe por apoio lhe oferecendo toda a sua libido narcísica.

3.15 Fascínio e indiferença na escolha objetal narcísica

Freud (1914) procura, ainda, definir as características da escolha objetal narcísica, por meio da ilustração de alguns casos observados comumente na vida cotidiana. Inicialmente, segundo o tipo de narcísico, uma pessoa pode amar conforme *o que ela mesma é*. Essa modalidade constitui um subtipo de escolha objetal narcísica, a qual Freud (1914) atribuiu às mulheres muito belas. Estas, devido à maturação de seus órgãos sexuais femininos durante a puberdade, são tomadas de um incremento de seu narcisismo original, que as torna autossuficientes. Elas amam apenas a si mesmas, em grande intensidade, e têm uma grande necessidade em serem amadas – “e o homem que lhes agrada é o que preenche tal condição” (FREUD, 1914, p.34). Assim, nesta subcategoria da escolha narcísica, teríamos uma relação na qual o objeto é tomado somente para incremento de seu narcisismo, de seu amor próprio. Ela se nutrirá da admiração e dos elogios propiciados por um homem fascinado não só por sua beleza, mas, também, por sua constelação psíquica de autossuficiência. Portanto, Freud atribui o fascínio que essas mulheres exercem sobre os homens não somente à beleza, mas, principalmente, à presença de uma constelação psíquica particular, que ele chama de a autossuficiência narcísica. Para ilustrar esse argumento, Freud recorre a exemplos do fascínio que exercem pessoas que não renunciaram ao seu narcisismo, naqueles que abriram mão de

seu próprio narcisismo em prol do amor objetal. Tal fascínio é comparável ao que exerce o bebê sobre os adultos, por sua autossuficiência e inacessibilidade; de modo análogo, exercem também um fascínio narcísico, os animais que parecem não se importar com ninguém, cujo olhar é dotado de grande indiferença em relação ao mundo que os rodeia, como se pode observar no caso dos felinos e das aves de rapina, por exemplo. Também na literatura, Freud retira, como exemplo da fascinação que os narcísicos exercem nas pessoas “comuns”, os grandes criminosos e os humoristas; estes conseguem conservar sua coerência narcísica mantendo afastado de seu ego tudo o que os diminua. Em geral, os “narcisistas”, aqueles que gozam de uma fruição narcísica abandonada pelas pessoas em geral, exercem tal fascínio devido à conservação de seu estado de narcisismo original: “é como se os invejássemos pela conservação de um estado psíquico bem aventurado, uma posição libidinal inatacável, que desde então nós mesmos abandonamos” (FREUD, 1914, p. 34). A esta fascinação narcísica será atribuído, também, o domínio que exercem os líderes de uma massa sobre seus liderados (FREUD, 1921). Temos, aqui, a definição de uma importante característica da relação narcísica: o fascínio que o narcísico exerce sobre seu objeto de amor.

No entanto, não nos enganemos: a superioridade dessas pessoas não consiste em nada mais que uma ilusão, já que estão susceptíveis aos grandes problemas oriundos de sua posição narcísica. Tais pessoas podem depender mais do que nenhuma outra de, por exemplo, serem amadas de tal maneira que, quando não alcançam tal necessidade, caem doentes, melancólicas. É nesse sentido que o pré-requisito para a melancolia é uma a escolha objetal narcísica e, sua desencadeante, uma frustração na relação objetal vivenciada como perda de satisfação narcísica. Na medida em que a satisfação é perdida, o investimento narcísico regride para o ego, o qual, empobrecido e carregado de ambivalência, é tomado pelo conflito melancólico.

Freud (1914) aborda outra via possível de condução das mulheres narcísicas ao amor objetal: trata-se do misterioso e intenso amor nutrido por um filho a que dão à luz. Um filho constitui, para uma mulher, uma parte de seu próprio corpo que dele se diferencia e se constitui enquanto outro objeto – a quem podem amar segundo o pleno amor objetal. Freud (1914) lembra, também, do caso de mulheres que se sentiam masculinas antes da puberdade, as quais, devido à maturação de sua feminilidade, veem interrompida a inclinação anterior para a masculinidade, restando-lhes apenas a capacidade de almejar um homem como representante de um ideal masculino perdido.

Freud (1921) vai acrescentar, ainda, a respeito da escolha narcísica que, nela, o que se observa é uma busca por satisfações narcísicas:

Em não poucas formas da escolha amorosa torna-se mesmo evidente que o objeto serve para substituir um ideal não alcançado para o próprio Eu. Ele é amado pelas perfeições a que o indivíduo aspirou para o próprio Eu, e que através desse rodeio procura obter, para satisfação de seu narcisismo (FREUD, 1921, p.71).

Trata-se, nesse fragmento, de uma modalidade de escolha narcísica definida como em *Introdução ao narcisismo*. Freud (1914) faz alusão a um tipo de escolha narcísica que, diante de obstáculos reais, com os quais a satisfação narcísica se depara, a pessoa pode recorrer ao seu ideal de ego como uma forma de satisfação substitutiva: “a pessoa ama, em conformidade com o tipo de escolha narcísica de objeto”, aquilo “que possui os méritos que jamais teve”. Para esses casos, Freud (1914, p. 49) propõe a seguinte fórmula: “aquilo que possui o mérito que falta ao Eu para torna-lo ideal é amado”.

Assim, Freud (1914), a partir desses casos, extraídos da vida amorosa dos seres humanos, estabelece as formas possíveis de amar, isto é, as diferentes formas possíveis de escolha de objeto. Segundo o autor, uma pessoa pode amar:

- 1) Segundo o tipo de narcísico, (a) o que ela mesma é, como o caso das belas mulheres narcisistas, (b) o que ela mesma foi, como no caso do homossexual ou da mulher que vivenciou uma masculinidade em sua infância, (c) o que ela mesma gostaria de ser, como no caso daquilo que falta ao ego para torná-lo ideal, e (d) a pessoa que foi parte dela mesma, como no caso de um filho.
- 2) Conforme o tipo de apoio, (a) a mulher nutriz ou (b) o homem protetor.

De acordo com o que afirmamos anteriormente, o vínculo com um objeto conforme o tipo narcísico de escolha objetual é uma das principais pré-condições da melancolia. Nesse vínculo, frente a uma situação de perda, a libido pode regredir ao ego, através do mecanismo de identificação. Freud (1917[1915]), em *Luto e melancolia*, define a escolha narcísica como um vínculo paradoxal, o qual é caracterizado, ao mesmo tempo, por uma forte fixação no objeto e por uma fragilidade de vinculação. Trata-se de uma frágil ligação libidinal na qual, frente a qualquer situação de decepção, de ameaça, de omissão, de abandono ou de faltas por parte do objeto, a libido pode abandonar o objeto e retrain-se para o ego. A perda de objeto pode ser compreendida, mais amplamente, como modalidades de frustrações: obstáculos que se opõem à satisfação da libido objetual, e, no caso específico da melancolia, um obstáculo que se opõe à satisfação narcísica na relação com o objeto.

Mas em que consiste esse vínculo do tipo narcísico? Segundo Bleichmar, (1983), é possível distinguir, basicamente – no artigo de Freud sobre o narcisismo –, pelo menos dois tipos básicos de vínculos narcísicos, um explícito e outro implícito. O explícito, segundo o

autor, seria aquele em que a pessoa se vincula ao objeto por este apresentar uma semelhança com o ego que o elege, ou seja: “a eleição narcísica se faz a imagem e semelhança do ego” (BLEICHMAR, 1983, p.33). Segundo Freud (1914), esse seria o caso dos homossexuais, por exemplo, que elegem um objeto conforme o tipo narcísico de escolha objetal. Bleichmar (1983) compreende outro tipo de escolha narcísica presente no texto de forma implícita, aquela em que o sujeito se liga a algo que o engrandeça, que satisfaça seu narcisismo, que incremente sua autoestima. Esse é o caso a que Freud (1914) se refere, das mulheres que sentem uma grande necessidade de se sentirem amadas, que se apaixonam pelos homens que as elogiam e as admiram, que lhes permitem se sentir lindas e perfeitas, ou seja, que as hiperestimam. Bleichmar (1983, p.33) comenta sobre essas duas possíveis definições de eleição narcísica de objeto, contidas no artigo sobre o narcisismo de Freud, da seguinte maneira: “Vemos então que em Freud a eleição narcísica de objeto abarca tanto a eleição que se realizou à imagem e semelhança do ego como a que se realizou para elevar a autoestima, a vivência de perfeição, de plenitude, de onipotência”. Assim, segundo o autor, é possível distinguir entre a eleição narcísica de objeto à imagem e semelhança e a eleição narcísica de objeto cuja finalidade é restituir a autoestima.

3.16 Breve nota sobre a modalidade do amor dos pais por seu bebê: a superestimação sexual

Ainda na segunda seção de *Introdução ao narcisismo*, antes de encerrar sua exposição sobre a vida amorosa dos seres humanos, Freud (1914) aborda a natureza de um amor em particular: o amor que os pais nutrem por seus bebês. Segundo o autor, o “amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na sua transformação em amor objetal revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora” (FREUD, 1914, p.37). Vimos que o narcisismo primário, definido como uma fase do desenvolvimento, é supostamente localizado nas fases iniciais da vida humana, ainda na fase oral do desenvolvimento, e, por suas características próprias, é muito difícil de ser apreendido por observação direta. Segundo procuramos mostrar, sua apreensão ocorre por meio das observações das patologias, ou de determinados fenômenos mais gerais da vida relacionados ao narcisismo, como o sono, ou a atitude humana mediante uma doença, por exemplo. Assim, Freud (1914) afirma que o narcisismo primário é suposto por meio de inferência retrospectiva, a qual parte de um fenômeno atual, facilmente observável, e procura reconstituir suas origens no desenvolvimento. É dentre os vários fenômenos em que podemos inferir o narcisismo, que encontramos, em meio à vida amorosa dos seres humanos, o da atitude terna dos pais para

com seus filhos, o qual, segundo Freud (1914), consiste na revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo abandonado e projetado nos filhos. A relação afetiva de pais para com seus filhos é dominada pela marca da superestimação sexual que aparece como estigma narcísico na relação de objeto. Assim, os pais atribuindo, à criança, todas as perfeições e ocultando todos os defeitos, tendem a dispensá-la da obrigação de reconhecer as conquistas culturais que foram obrigadas a reconhecer em detrimento de seu narcisismo, e a reivindicar para ela as exigências e privilégios renunciados. Com isto, Freud estabelece que a modalidade do amor dos pais por seu bebê é caracterizada pelo tipo narcísico de escolha. Ao idealizar o seu bebê por meio da projeção de seus ideais, os pais estabelecem uma relação narcísica, e, ao mesmo tempo, propiciam a formação de um ego idealizado com o qual o bebê se identifica. Deste modo, o narcisismo pode ser entendido como sendo um fenômeno que depende da sustentação dos investimentos narcísicos dos pais em seu bebê.

3.17 A formação do Ideal de ego como herança do narcisismo originário

Sabemos, segundo mostramos anteriormente, que o adulto normal abandonou seu narcisismo infantil (libido do ego) em prol do investimento de objetos (libido objetal) e que a megalomania e os traços psíquicos, a partir dos quais se torna possível inferir o narcisismo originário, desapareceram em meio aos investimentos de objetos. No entanto, ao se perguntar sobre qual é o destino conferido à libido do ego (narcísica) e através de qual processo o narcisismo originário é abandonado na infância, Freud (1914) procura mostrar que a libido narcísica não é simplesmente dissolvida nos investimentos de objetos. Segundo Freud (1914), o que pressiona o ego para o abandono do narcisismo é o aumento de libido narcísica, o qual passa a ser sentido como desprazeroso pelo ego. Tendo em vista essa necessidade de abandono de renúncia em função da brusca pressão exercida pelo desprazer, qual é o destino conferido à libido (narcísica) do ego? É na ideia de repressão que ele encontrará explicação para esse processo, por meio do qual ocorre a renúncia do narcisismo originário e o decorrente investimento libidinal dos objetos sexuais.

Vimos, anteriormente, que os impulsos instituais sofrem repressão e dão origem a uma patologia mediante o estabelecimento de um conflito interno, em termos gerais, um conflito entre a libido e as ideias morais e culturais, as quais o indivíduo sente como determinante para si, de tal modo, que se submete às suas exigências. Diante desse conflito, Freud (1914, p.40) afirma que a força repressora parte da autoavaliação que o ego faz de si mesmo, e que este erigiu dentro de si o ideal pelo qual se mede, ou seja, o indivíduo “erigiu um ideal dentro de si, pelo qual mede o seu Eu atual”. Assim, Freud (1914) define essa formação do ideal como a

condição para a repressão. E é para esse ideal que se dirige a libido do ego que constitui o narcisismo primário originário. O ideal do ego surge como uma parte diferenciada do ego, por meio do deslocamento do narcisismo, e se constitui em um herdeiro do ego que recebe, como herança, parte da libido narcísica (libido do ego) e, com ela, se torna proprietário de toda “*preciosa perfeição*” desfrutada anteriormente pelo ego:

A esse ideal do Eu dirige-se então o amor a si mesmo, que o Eu real desfrutou na infância. O narcisismo aparece deslocado para esse novo Eu ideal, que como o infantil se acha de posse de toda preciosa perfeição. Aqui, como sempre no âmbito da libido, o indivíduo se revelou incapaz de renunciar à satisfação que uma vez foi desfrutada. Ele não quer se privar da perfeição narcísica de sua infância, e se não pôde mantê-la, perturbado por admoestações durante seu desenvolvimento e tendo seu juízo despertado, procura readquiri-la na forma nova do ideal do Eu. O que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal.

Freud (1914) parte da ideia recorrente em sua obra de que o aparelho psíquico não abandona facilmente uma satisfação libidinal desfrutada anteriormente. Com isso, o ego, diante da pressão exercida para o abandono do narcisismo (pressão exercida por admoestações do desenvolvimento e o despertar do juízo), procurará um modo de evitar a sua renúncia completa. A perfeição narcísica, que o indivíduo só consegue renunciar parcialmente, é readquirida por meio da relação com o ideal do ego. O ideal que um indivíduo projeta diante de si e por meio do qual mede seu ego atual é o substituto ou, mais exatamente, o herdeiro do narcisismo perdido da infância, durante o qual, ego e ideal coincidiam. Ao abandonar o narcisismo, ego e ideal deixam de coincidir; no entanto, a satisfação vivenciada nessa fase é novamente obtida a cada vez que, ao medir-se com o ideal do ego, o indivíduo pode constatar que se aproxima deste. Aqui, entramos no campo de formação da instância psíquica que se diferencia do ego e passa, por meio da energia obtida da libido do ego, a ter um funcionamento autônomo. A instância psíquica, chamada nesse período de ideal do ego, é a precursora do que Freud (1923) dominará mais tarde de superego. Nesse momento, Freud (1914, p.41) se refere a uma “instância psíquica especial” cuja tarefa seria de “assegurar a satisfação narcísica a partir do ideal do Eu”. Para atingir o propósito de obter satisfação narcísica, tal instância psíquica observa continuamente o ego atual, medindo-o pelo ideal, assumindo, assim, as características da conhecida “consciência moral”. Suas funções consistem na auto-observação e na autocrítica, de tal modo que exerce o papel de “censor” do aparelho psíquico, uma “instância censória”, afirma Freud (1914, p.43), como pode ser observado em ação na censura do sonho e no processo de repressão.

Atribuindo à ação do *Ideal de ego* o delírio de ser observado da paranoia, Freud (1914), mais uma vez, utiliza o recurso do intercâmbio entre o normal e o patológico. Nesse caso, o paranoico, diante do delírio de ser observado, se queixa de que todos os seus pensamentos são conhecidos, todas as suas ações vigiadas e notadas, assim como de vozes que entram em ação informando o funcionamento do ideal do ego, que lhes fala na terceira pessoa. Segundo Freud (1914, p.42), essa queixa de estar sendo observado - no senso comum, tomada apenas como fruto de um delírio que em nenhuma medida representa a realidade - representa a ação do ideal do ego e descreve, justificadamente, a verdade: “um tal poder, que observa todos os nossos propósitos, inteirando-se deles e os criticando, existe realmente, e existe em todos nós na vida normal”. O delírio paranoico apenas revela em um estado muito regressivo e com o funcionamento comprometido, a existência de uma instância que exerce um papel ininterrupto de autocrítica e auto-observação de si mesmo no funcionamento psíquico normal. A formação do ideal do ego é estimulada pela influência crítica dos pais intermediada pela voz, afirma Freud (1914, p. 42), “ao s quais se juntam no curso do tempo os educadores, instrutores e, como uma hoste inumerável de indefinível, todas as demais pessoas do meio (o próximo, a opinião pública)”. Assim, de início, a formação da instância crítica é uma corporificação da crítica dos pais , ao que se segue a crítica da sociedade, “processo que é repetido quando nasce uma tendência à repressão a partir de uma proibição ou um obstáculo primeiramente externos” (FREUD, 1914, p.43). A libido homossexual, a qual, segundo vimos anteriormente, serve de base para a formação dos instintos sociais, é guiada para a formação do ideal do ego, e encontrasatisfação em sua conservação. No caso da paranoia, o doente se revolta contra a sua instância crítica e procura se livrar de sua influência, lhe parecendo, então, que sua consciência moral vem de uma interferência hostil de fonte externa. Sabemos que a fonte, na realidade, é interna, mas o paranoico não deixa de revelar uma verdade, já que sabemos que a influência que atua na formação do ideal de ego é, inicialmente, a crítica advinda de fora.

A consciência de culpa foi originalmente medo do castigo dos pais, mais corretamente, da perda do seu amor; o lugar dos pais foi depois tomado pelo indefinido número de companheiros. Torna-se mais compreensível porque a paranoia é frequentemente causada pela ofensa ao Eu, pelo fracasso da satisfação no âmbito do ideal do Eu, e também porque a formação de ideal e a sublimação convergem no ideal do Eu, a involução das sublimações e eventual transformação dos ideais nos casos de parafrenia (FREUD, 1914, p.50).

Quanto ao ideal do ego, este importante conceito para se compreender a psicologia das massas contém, além de sua dimensão individual, como herdeiro do narcisismo primário, uma

dimensão social, como o ideal comum de uma família, classe ou nação. O ideal do ego exerce a função não somente de ligação da libido narcísica, mas, também, uma porção considerável da libido homossexual que retorna ao ego pela via do ideal – conforme Freud (1911) mostrou no *Caso Schreber*, a libido homossexual dessexualizada constitui as bases do instinto social. É justamente, revela Freud (1914, p.50), “a insatisfação pelo não cumprimento desse ideal” que libera libido homossexual transformada em consciência de culpa (angústia social).

Assim, Freud (1914) procura estabelecer, diante da definição do ideal do ego, a diferença e as relações entre formação ideal e sublimação. Segundo o autor, a sublimação é um processo que atua na esfera da libido objetal, o qual inibe o instinto de sua meta de satisfação sexual e o desvia para outra direção não sexual, descrevendo algo que ocorre no instinto: “a ênfase recai no afastamento ante o que é sexual” (FREUD, 1914, p.40). Já a idealização é um processo que ocorre com o objeto, por meio do qual ele é aumentado psiquicamente sem alterações em sua natureza, consistindo, assim, em um processo que pode ocorrer tanto no âmbito da libido objetal quanto no da libido do ego. Diante disso, a superestimação sexual do objeto consiste em uma idealização deste. Em resumo, segundo Freud (1914), a idealização descreve algo que ocorre com o objeto, enquanto, a sublimação, algo que ocorre com o instinto. Assim, a formação do ideal do ego é um processo distinto da sublimação do instinto. O ideal do ego requer a sublimação de seus instintos libidinais. A sublimação é um processo particular, sua iniciação pode ser estimulada pelo ideal, sua execução, no entanto, é independente de tal estímulo, como podemos observar, por exemplo, na formação da neurose; a formação ideal e a sublimação atuam distintamente: a primeira aumenta o nível das exigências do ego e, por isso, favorece a ocorrência da repressão, enquanto que, a segunda, representa uma saída possível para cumprir a exigência do ideal por outros meios, sem provocar a repressão.

Freud (1914) vai apontar, ainda, que a instância crítica também exerce um papel preponderante na formação dos sonhos. Segundo o autor, a formação dos sonhos acontece sob o domínio da censura, a qual sempre foi atribuída ao ego, que provoca a distorção dos pensamentos oníricos. Na *Interpretação dos sonhos*, Freud (1900) chamou de censura o lado das tendências repressoras que dominam o ego e se voltam contra os pensamentos oníricos. Por meio do narcisismo, Freud (1914) reconhece, agora no ideal do ego e nas exteriorizações dinâmicas da consciência, o papel de censor do sonho, partindo da premissa de que sua atividade (autocrítica e auto-observação) contribui para o conteúdo do sonho.

O ideal do ego terá papel determinante na elucidação da melancolia, uma vez que Freud (1917[1915]) reconhece nesta instância a ação acusadora que se voltará contra o ego identificado com o objeto perdido.

3.18 O amor próprio no indivíduo normal e no neurótico

Na última parte de seu artigo, Freud (1914) realiza uma discussão sobre o amor próprio no indivíduo normal e no neurótico à luz da descoberta do narcisismo. Para o autor, o amor próprio é uma expressão de grandeza do ego, na medida em que contribui para o seu aumento: tudo o que se tem, tudo o que se alcançou e todo resíduo do primitivo sentimento de onipotência confirmado pela experiência. Assim, Freud (1914) reconhece que o amor próprio depende intimamente da libido narcísica, apoiado em dois fundamentos: nas parafrenias o amor próprio é aumentado e, na neurose de transferência, diminuído; e na vida amorosa, ser amado aumenta o amor próprio, e não ser amado o rebaixa: “Ser amado representa o objetivo e a satisfação na escolha narcísica de objeto” (FREUD, 1914, p. 45).

A dinâmica da vida amorosa revela que o investimento libidinal dos objetos não aumenta o amor próprio e que a dependência do objeto tem efeito rebaixador, pois amar significa perder uma parte de seu próprio narcisismo, que só pode ser compensada sendo amada. Assim, Freud conclui que o amor próprio tem importante relação com o elemento narcísico presente na vida amorosa. Diante disso, uma fonte do sentimento de inferioridade, mencionada por Freud (1914) como secundária, reside na percepção da incapacidade de amar devido a distúrbios psíquicos ou físicos. O sentimento de inferioridade encontra suas fontes principais, segundo Freud (1914, p.46), no empobrecimento do ego, resultante da retirada de grandes quantidades de investimento libidinais, nas chamadas “tendências sexuais não mais sujeitas a controle”.

Portanto, Freud (1914) procura esclarecer as relações do amor próprio com os investimentos de objeto libidinais (erotismo). Se os investimentos eróticos estão em sintonia com o ego, “o amar em si, enquanto ansiar, carecer, rebaixa o amor-próprio, e ser amado, achar amor em troca, possuir o objeto amado, eleva-o novamente” (FREUD, 1914, p.47). De outro modo, se os investimentos objetais da libido experimentam uma repressão, “o investimento amoroso é sentido como grave diminuição do Eu, a satisfação amorosa é impossível, o reenriquecimento do Eu torna-se possível apenas retirando a libido dos objetos” (FREUD, 1914, p.47). Para o autor, este retorno da libido objetal ao ego consiste numa transformação de libido objetal em narcisismo, e representa um amor feliz, enquanto, também, um amor feliz que ocorra no mundo externo é capaz de corresponder ao estado do

narcisismo originário, no qual não se diferencia libido de objeto e libido do ego. Em outras palavras, o amor narcisicamente pleno é aquele em que sujeito e objeto não se diferenciam.

Diante das noções desenvolvidas, Freud (1914) tece uma série de considerações que se enquadram no campo das relações amorosas, do amor próprio e do ideal do ego.

Inicialmente, Freud (1914) afirma que o desenvolvimento do ego consiste no afastamento do narcisismo primário, o que gera um anseio pela restauração desse estado originário. O afastamento do narcisismo primário ocorre de dois modos: por meio do deslocamento da libido do ego para uma parte que se diferencia deste, uma instância censora imposta a partir da realidade externa (crítica dos pais), o que constitui o chamado ideal do ego, e pelo deslocamento da libido para um ideal do ego, o investimento libidinal de objetos externos, acarretando um empobrecimento do ego. Assim, Freud (1914) mostra que, ao se afastar do narcisismo primário, parte da libido é enviada para o ideal e outra parte para os objetos. Diante do distanciamento do narcisismo primário, o ego se empobrece em favor desses investimentos, e voltará a se enriquecer ao obter satisfação em dois campos: no da libido objetal e no da libido do ego deslocada para o ideal. A satisfação narcísica ocorrerá na medida em que o ego cumprir as exigências do ideal do ego. No campo da libido objetal, a satisfação ocorrerá quando o ego receber satisfações ligadas aos objetos. Freud (1914, p.48) resume da seguinte maneira as fontes do amor-próprio anteriormente apresentadas: “Uma parte do amor próprio é primária, resto do narcisismo infantil; outra parte se origina da onipotência confirmada pela experiência (do cumprimento do ideal do Eu); uma terceira, da satisfação da libido objetal”.

“Ser novamente o próprio ideal, também no tocante às tendências sexuais, tal como na infância – eis o que as pessoas desejam obter, como sua felicidade” (FREUD, 1914, p.49). O ideal do ego, que se desenvolve como instância crítica censora, estabelece uma série de limitações à satisfação libidinal nos objetos, rejeitando parte delas como intolerável. A perversão consiste em uma condição em que o ideal não se desenvolveu, o que torna a tendência sexual inalterada na personalidade. No estado de apaixonamento, ocorre um transbordamento da libido do ego para o objeto, o que eleva o objeto sexual a ideal sexual. No tipo objetal ou de apoio, a idealização do objeto sexual acontece na medida em que este preenche as condições de amor infantil: o apaixonamento acontece com base no cumprimento de condições de amor infantil e “tudo [na relação com o objeto] o que preencher tal condição de amor será idealizado” (FREUD, 1914, p.49).

O ideal sexual pode se colocar num interessante vínculo auxiliar com o ideal do Eu. Onde a satisfação narcísica depara com obstáculos reais, o ideal do Eu pode ser

usado para satisfação substitutiva. Então a pessoa ama, em conformidade com o tipo da escolha narcísica de objeto, aquilo que já foi e que perdeu, ou o que possui os méritos que jamais teve. A fórmula paralela à de cima é: aquilo que possui o mérito que falta ao Eu para torná-lo ideal é amado (FREUD, 1914, p.49).

Amar segundo o tipo de escolha narcísica constitui um vínculo entre o ideal sexual (objeto de amor idealizado) e o ideal do ego. Se o indivíduo se depara com obstáculos reais para obter satisfação narcísica (carência narcísica), então ele pode amar segundo preceitos do ideal do ego; o tipo de escolha narcísica é um tipo de relação idealizada. Ela consiste em amar “aquilo que já foi e que perdeu, ou o que possui os méritos que jamais teve” ou em outras palavras “aquilo que possui o mérito que falta ao Eu para torná-lo ideal é amado” (FREUD, 1914, p.49).

Freud (1914) se refere ao tipo de escolha narcísica como um recurso utilizado pelos neuróticos que, em função de excessivos investimentos de objeto, se encontram incapazes de cumprir as exigências de seu ideal do ego. Os neuróticos desses casos, após um grande esbanjamento de libido, afirma Freud (1914), vão utilizar a via de regresso ao narcisismo por meio da escolha de um objeto sexual ideal segundo o tipo narcísico, objeto este que contém as qualidades para ele inatingíveis – utilizando a fórmula anterior, amaram o ideal sexual que possui o mérito que falta ao ego para torná-lo ideal. Esse processo constitui um tipo de cura pelo amor; no entanto, em função das extensas repressões que estão na base da incapacidade de amar do paciente neurótico, acaba se convertendo em um empecilho a esse tipo de cura. Na realidade, afirma Freud (1914, p.50), esse tipo de cura pelo amor narcísico enseja um grande perigo, pois ela traz “os perigos de uma opressiva dependência de tal salvador”. Desta forma, pode-se reconhecer que a neurose melancólica em sua relação narcísica com o objeto é pautada pelo ideal de ego. A melancolia consiste em uma neurose que se forma a partir do estabelecimento de uma escolha narcísica de objeto. Na medida em que o objeto é perdido, a autoestima é abalada pelo fato de o melancólico não sentir-se amado pelo objeto. Segundo o exposto anteriormente, tudo indica que para o indivíduo melancólico, falta as bases narcísicas precoces da autoestima, o que lhe torna dependente dos ganhos narcísicos da relação estabelecida com os objetos narcísicos, ao mesmo tempo em que se tem uma grande dependência das realizações determinadas pelo ideal do ego.

Diante desta longa exposição em torno do conceito de narcisismo, é possível observar de que maneira Freud partiu de uma situação particular - a homossexualidade - e procurou compreendê-la à luz da teoria da libido, definindo, assim, a posição libidinal do homossexual

como narcísica. Vimos então que, ainda em 1909, nas reuniões da Sociedade de Psicanálise de Viena, Freud procurou compreender essa posição em relação ao desenvolvimento da libido e sugeriu a existência de um período narcísico, ainda no início da evolução psicosexual. Ao mesmo tempo, a noção de um investimento de libido no ego levou Freud a compreender a paranoia, uma patologia que demonstra um pobre investimento objetal e o predomínio do mecanismo de projeção. Ao mesmo tempo, ao efetuar o intercâmbio entre o normal e patológico, Freud pode sugerir uma série de processos psíquicos que foram apresentados no artigo sobre o narcisismo, no qual este é pensado em todas as suas implicações: ao sugerir o narcisismo como uma fase de desenvolvimento, tornou-se possível explicar uma série de processos, como a natureza dos investimentos libidinais, a origem e definição da instância crítica que se diferencia do ego, as bases da autoestima (amor próprio) e uma série de apontamentos em relação aos processos parafrênicos. É somente em *Luto e melancolia* que Freud irá articular esses elementos em torno de uma psicodinâmica específica que explique o mecanismo dessa afecção. Assim, o artigo *Luto e melancolia* pode ser tomado como herdeiro do narcisismo, e sua função, além de esclarecer os mecanismos desses estados, é abordar o mecanismo específico que permite ao sujeito abandonar o investimento de objeto via regressão da libido para o narcisismo. Desse modo, com o esclarecimento do mecanismo da melancolia, Freud esclarece, também, um mecanismo atuante na formação do aparelho psíquico. Com isso, é possível notar o quanto o intercâmbio entre o normal e o patológico exerce um intercâmbio contínuo na teoria freudiana. Portanto, *Luto e melancolia* pode ser tomado em duas dimensões: aquela mais evidente, que se refere à elucidação de tais estados, e uma mais indireta, que leva à compreensão de mecanismos arcaicos que só podem ser observados a partir de seu funcionamento nas psicopatologias.

CAPÍTULO 4 – A FORMAÇÃO DA TEORIA FREUDIANA DA MELANCOLIA

Na psicanálise, a temática dos estados depressivos não é simples e constitui uma diversidade de teorias e explicações, às quais corresponde a heterogeneidade mesma entre as diferentes escolas teóricas. Os pontos de vistas sobre a teoria freudiana dos estados depressivos também não é unívoco, o que resultou em diferentes interpretações das ideias de Freud a este respeito. Em função de *Luto e melancolia* ser comumente considerado um dos primeiros trabalhos eminentemente psicanalíticos sobre o tema, nossa intenção nesta pesquisa tem sido compreender os fundamentos de sua formação. Até o momento, realizamos um longo percurso, passando pelos aspectos gerais da depressão na atualidade, suas origens históricas e os problemas que os cercam. Abordamos os fundamentos etiológicos das neuroses de transferência, que foram formulados a partir do intercâmbio entre o normal e o patológico, assim como o contexto de formulação do conceito do narcisismo que, segundo nossa perspectiva, foi um dos principais fundamentos teóricos que permitiu a Freud elucidar o mecanismo da melancolia.

Neste capítulo, pretendemos apresentar os elementos que estiveram envolvidos mais diretamente na formulação da concepção freudiana de melancolia, e ressaltar seu contexto geral de formação, que é o do diálogo constante com seus discípulos. Em um segundo momento, realizamos uma apresentação do artigo *Luto e melancolia* (FREUD, 1917[1915]), procurando proporcionar uma visão integrada das formulações nele contidas.

4.1 Considerações gerais os estados depressivos na teoria freudiana

A abordagem freudiana a respeito dos estados depressivos se concentrou no termo melancolia. Entretanto, não existe um consenso na psicanálise atual sobre qual fenômeno clínico Freud se referia em *Luto e melancolia*, ao abordar o mecanismo da melancolia. Neste tópico, pretendemos abordar a questão da melancolia na teoria freudiana do ponto de vista de sua definição geral.

Em uma reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena, em 1910, Freud faz menção a uma possível univocidade da melancolia, afirmando que, embora as formas clínicas possam se apresentar de maneira diversa, seu mecanismo de formação seria o mesmo nas distintas apresentações da afeição (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p. 311, grifo nosso). Considerando as dificuldades apontadas anteriormente, compreendemos que o campo das depressões é formado por um amplo espectro de estados correlatos, o que é refletido pela falta de consenso entre os diferentes estudiosos que se dedicaram ao tema. No parágrafo de

abertura de *Luto e melancolia*, Freud faz uma observação sobre a dificuldade de definição da melancolia:

A melancolia, cuja definição varia mesmo na psiquiatria descritiva, apresenta-se em variadas formas clínicas, cujo agrupamento numa só unidade não parece estabelecido, e das quais algumas lembram antes afecções somáticas do que psicogênicas (Freud, 1917[1915], p. 171).

Ao abordá-la, Freud parece ter se deparado com dificuldades análogas às que constatamos em nosso trabalho. A primeira dificuldade é relativa ao grande número de definições a respeito da melancolia, mesmo na psiquiatria descritiva, que em sua época realizava um grande esforço para definir as doenças mentais em classes bem estabelecidas a partir da descrição de seus sintomas. Outra dificuldade recorrente refere-se à grande variedade de formas clínicas da melancolia, com traços tanto distintos, quanto semelhantes – o que cria um considerável desafio diante da tentativa de agrupá-las sob uma unidade. A terceira dificuldade é a constatação de que algumas formas de melancolia parecem indicar fatores orgânicos em sua etiologia, enquanto em outras, identifica-se um fator psicogênico inquestionável. Sobre esta última dificuldade, é preciso levar em conta que Freud, por volta de 1890, esforçou-se demasiadamente para discriminar as formas de neuroses orgânicas das psiconeuroses, para inserir seu campo de pesquisa e ação nestas últimas⁵⁶. Além disso, já na psiquiatria existia uma tendência em separar os estados depressivos em dois grupos, o que dominou este paradigma por muito tempo: um endógeno e outro exógeno. O primeiro consistia na classe de estados depressivos sem causa alguma aparente, o que levava os psiquiatras da época a situá-la em fatores hereditários orgânicos. A segunda classe, os estados depressivos exógenos ou adquiridos, consistiam em estados cujos fatores desencadeantes eram eventos bem determinados e, por isso, eram consideradas afecções de origem psicológicas. Assim, em relação à melancolia, Freud também terá essa preocupação em discriminá-la, ao menos, em dois grupos:

Sem contar as impressões disponíveis a qualquer observador, nosso material se limita a um pequeno número de casos, cuja natureza psicogênica não permitia dúvida. Assim, desde já renunciamos a toda pretensão de validade universal para nossas conclusões, e nos consolamos na reflexão de que, dados os nossos atuais meios de pesquisa, dificilmente poderíamos encontrar algo que não fosse *típico*, se não de toda uma classe de afecções, ao menos de um grupo menor delas (Freud, 1917[1915], p.171).

⁵⁶ Conforme é possível constatar a partir das cartas enviadas a Fliess. Ver por exemplo a carta de 21 de maio de 1894 e o rascunho D in MASSON, J. A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887 – 1904. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

Com isso, Freud toma partido das tendências classificatórias de sua época e divide a melancolia em duas classes, as orgânicas e as psicogênicas - restringindo as contribuições apresentada em *Luto e melancolia* ao grupo de melancolias psicogênicas. Dessa forma, delimita seu campo de pesquisa e ação, pois, segundo o autor, a psicanálise nada teria a contribuir sobre as melancolias de natureza hereditária⁵⁷. Ao retomar o assunto da melancolia em *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921), Freud confirmará esse ponto de vista:

Sabe-se que existem pessoas cuja disposição geral de humor oscila periodicamente, de um abatimento excessivo a uma elevada sensação de bem-estar, passando por um estado intermediário. Tais oscilações aparecem com amplitudes bem diversas, desde aquelas que mal se notam até as extremas, que na forma de melancolia e de mania interferem na vida do sujeito. Em casos típicos dessa má disposição cíclica, causas exteriores não parecem ter papel decisivo; quanto a motivos interiores, nesses doentes não se encontra algo mais ou algo diferente dos outros. Por isso nos acostumamos a ver estes casos como não psicogênicos (FREUD, 1921, p.96).

Dessa maneira, pode-se notar que Freud (1921, p.97) considera uma classe de melancolia não psicogênica, da qual ele distingue uma segunda classe: “trataremos de outros casos bem semelhantes de má disposição cíclica, que no entanto podem facilmente remontar a traumas psíquicos”. A classe das melancolias psicogênicas apresenta, como fator etiológico, traumas psíquicos sob a forma de “perda de um objeto amado, seja por morte deste ou devido a circunstâncias que forçaram a retirada de libido do objeto”, como os casos “em que o objeto foi abandonado porque se mostrara indigno de amor” (FREUD, 1921, p.98). Assim, é evidente para Freud que suas contribuições psicodinâmicas e etiológicas se restringem ao grupo de melancolias psicogênicas.

Vale destacar que a utilização, por Freud, do termo melancolia, em sua obra, contraria o uso corrente da psiquiatria da época, que adotara o termo psicose maníaco-depressiva. Parmentier (2001) considera que a publicação da sexta edição, de 1899, do tratado de psiquiatria de Kraepelin, que divide o campo da alienação em três grupos – psicose maníaco-depressiva, demência precoce e paranoia –, constituiu uma nova tendência no quadro nosológico da nascente psiquiatria contemporânea. Segundo a autora, Freud foi herdeiro do vocabulário da escola alemã de psiquiatria do século XIX, em que melancolia e depressão eram termos sinônimos. Deve-se a essa herança o estatuto particular da melancolia na obra de Freud, que recebe uma explicação inteiramente nova. Para a autora, esse legado permitiu conservar uma diferença entre a doença maníaco-depressiva e as outras patologias psíquicas,

⁵⁷ Conforme minutas da reunião do dia 30 de dezembro de 1915: “Os processos orgânicos que existem talvez por trás da melancolia não nos concerne” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983, p.312).

pois Freud enquadrava a melancolia em uma classe única, diferenciada das psicoses e das neuroses de transferência. Parmentier (2001) sugere que, se fizermos uma comparação entre as diferentes entidades clínicas na teoria freudiana, do ponto de vista da relação de objeto, notaremos que a melancolia, enquanto uma neurose narcísica, ocupa um lugar na charneira entre as neuroses de transferência, de um lado, e as psicoses (paranoia e esquizofrenia) de outro.

O termo depressão na obra freudiana, é reservado geralmente para descrever um afeto ou um sintoma que pode se encontrar em qualquer tipo de psicopatologia, inclusive na melancolia. Estes afetos ou sintomas depressivos se caracterizam por uma natureza penosa e aflitiva e se expressam como tristeza, desgosto, preocupação e inibição. Assim, encontramos em *Luto e melancolia* o seguinte: “exatamente como a mania e em absoluto contraste com a depressão e a inibição que há na melancolia” (FREUD, 1917[1915], p.188); e, em *Psicologia das massas e análise do Eu*: “a mudança para a mania não é um traço indispensável no quadro da depressão melancólica” (FREUD, 1921, p.188). Em ambos os casos, a depressão é tomada como um afeto sintomático que, ao lado da inibição, compreende o quadro da melancolia. Observamos ainda que, nesses dois casos, o termo foi utilizado no contexto de discussão sobre a mania. Esta constatação nos leva a compreender que Freud utilizava o termo depressão como um estado afetivo oposto à mania, e que o termo melancolia era reservado ao nome de um quadro psicopatológico específico, em que o afeto depressivo e a inibição, ao lado das autoacusações, formavam a fenomenologia clínica geral. Portanto, no contexto mais amplo de sua obra, é possível encontrar recorrentemente o termo depressão, empregado como um estado afetivo sintomático presentes em diferentes quadros, neuróticos ou psicóticos. Frente a isso, encontra-se no texto freudiano, ainda que não explicitamente, uma diferença entre melancolia e depressão: a primeira constitui-se em um quadro particular, cujos sintomas principais são ou depressão ou mania, e a segunda consiste em um afeto, que pode estar presente em qualquer afecção, como o caso da angústia, por exemplo (TEIXEIRA, 2007).

Finalmente, uma leitura atenta possibilita perceber que, na maior parte das vezes, os termos depressão e melancolia são usados de maneira distinta em seus textos. A melancolia, nesse sentido, seria um estado depressivo puro, muito intenso e acentuado, ao qual se acrescentam alguns elementos próprios. Assim, Freud utiliza o termo melancolia dentro de um campo teórico circunscrito, desenvolvido a partir de seu artigo *Luto e melancolia* (1917[1915]), cujos mecanismos particulares a diferenciava da neurose obsessiva, da esquizofrenia, da paranoia e de outras formas de afecções. Ao recorrer ao termo melancolia, Freud faz alusão aos processos psíquicos a ela associados, bem como a seus elementos

etiológicos. Já a depressão é caracterizada como uma forma de afeto componente da melancolia⁵⁸ e de outros quadros, sendo um termo utilizado de maneira mais livre.

Além disso, em 1924, Freud (1924[1923]) definiu a melancolia como uma *neurose narcísica*, com características específicas e distintas das psicoses (paranoia e esquizofrenia) e das neuroses de transferência (histeria, neurose obsessiva e fobia). Nesse sentido, a melancolia e seus aspectos etiológicos foram declaradamente relacionados à organização narcísica do sujeito. O elemento narcísico é, assim, predominante. A ambivalência, que caracteriza as autoacusações do melancólico, corresponde à regressão à fase oral preliminar narcísica do sadismo, em que a relação com o objeto está associada à sua incorporação por meio da introjeção. Cabe ressaltar, ainda, que a melancolia não é uma forma patológica do luto; o luto patológico se relaciona com a neurose obsessiva, o sadismo e o erotismo da fase anal e foi enfaticamente diferenciado da melancolia, uma vez que nele a capacidade de elaborar perdas também se encontra comprometida (FREUD, 1917[1915]). A definição da melancolia como uma neurose narcísica situou essa afecção psíquica em um lugar específico, diferenciado-a da psicose, e destacou o narcisismo como sua questão central – temos, aqui, a expressão do fenômeno de diminuição do valor de si mesmo, isto é, da autoestima do melancólico, representado pela autodesvalorização e pela falta de autoestima. Por outro lado, o sentimento de culpa, encontrado nas autoinjúrias e autoacusações dos melancólicos, destacou o papel da ambivalência que, ao lado do narcisismo, consistem em elementos centrais da melancolia.

Luto e melancolia (FREUD, 1917[1915]) tornou-se uma referência fundamental para que os psicanalistas desenvolvam suas teorias sobre os estados depressivos. No referido artigo, Freud apresenta o luto e a melancolia, demonstrando seus pontos de contato e suas diferenças. Haveria um trabalho do luto e um trabalho da melancolia: o primeiro consiste no sucesso da atividade de elaboração da perda, e seus processos psíquicos são considerados normais. O que está em pauta é o processo doloroso de desinvestimento libidinal do objeto perdido e seu investimento em um novo objeto. Já o trabalho da melancolia também é considerado uma atividade psíquica de elaboração de perda, mas seus processos psíquicos são entendidos como alterações ou desvios dos processos normais, em função da regressão ao narcisismo e aos aspectos ambivalentes deste período. Assim, o trabalho da melancolia é complicado pelo narcisismo, pela ambivalência, mas também pela repressão, pois acontece

⁵⁸ Em pesquisa anterior, realizamos uma análise minuciosa do texto freudiano para compreender a problemática em torno dos usos e significados do termo melancolia e depressão. “A Concepção freudiana de melancolia”, TEIXEIRA, 2007.

em sua maior parte no sistema inconsciente. No trabalho da melancolia, efetua-se uma atividade que procura manter a relação narcísica com o objeto no ego, embora o amor por ele seja aniquilado. Frente ao exposto, é possível efetuar a seguinte articulação: o trabalho de luto pode ser tomado como protótipo do trabalho psíquico efetuado nos estados de tristeza profunda, e o trabalho psíquico da melancolia, utilizado para esclarecer os diferentes tipos de estados depressivos. Nesse sentido, tomaríamos o luto como um paradigma para as reações normais diante de frustrações, decepções, perdas etc., que exigem, de alguma forma, um trabalho de desinvestimento da libido e resulta fenomenologicamente em tristeza e dor psíquica. Já a melancolia pode ser considerada como o paradigma a partir do qual seria possível elucidar os estados depressivos, cujo trabalho psíquico patológico, diante de perdas, coloca em relevo as dificuldades ligadas ao narcisismo do sujeito.

4.2 O contexto geral de elaboração de *Luto e melancolia*

Luto e Melancolia (FREUD, 1917[1915]) é um artigo curto, de poucas páginas, mas que ocupa um lugar central no pensamento psicanalítico. Segundo as notas de James Strachey sobre esse artigo, Freud expusera o tema de *Luto e melancolia* pela primeira vez a Ernest Jones, em janeiro de 1914, e falou sobre ele em uma reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena, em 30 de dezembro do mesmo ano. No entanto, ao consultar a correspondência de Freud e Jones entre o final de 1913 e meados de 1914, não encontramos nenhuma menção ao tema da melancolia. Quanto à reunião da Sociedade de Viena, trata-se de uma conferência de Tausk sobre a melancolia, seguida de uma série de observações de Freud. Essas observações apresentam uma síntese das noções que irão compor *Luto e melancolia*. O primeiro rascunho do artigo foi redigido em fevereiro de 1915 e enviado à Ferenczi e Abraham; a sua versão final foi concluída em 4 de maio do mesmo ano.

De acordo com Laufer (2011), o artigo *Luto e melancolia* foi produzido em um contexto histórico particular, o da primeira grande guerra que devastou a Europa, desfigurou a humanidade e instaurou um clima sombrio, caracterizado pelo luto e a dor da perda; a Grande Guerra trouxe à consciência a constatação de que o homem não é imortal, e que carrega consigo as armas destruidoras responsáveis pelo seu próprio assassinato. E, por isso, o luto coletivo e a dor individual reenviam à precariedade ontológica da vida mesma, isto é, à sua simples contingência. Assim, o próprio contexto da guerra coloca em pauta o tema da dor da perda, do luto e da melancolia. Entretanto, a grande História se insinua de forma particular na história pessoal de Freud. Laufer (2011) mostra que o luto e a dor da perda também imprimem sua marca no autor de *Luto e melancolia*, que não pode escapar nem de sua elaboração, nem

de sua redação. Entre muitos outros, ao menos dois acontecimentos significativos na vida pessoal de Freud merecem ser destacados: o alistamento de seus filhos Ernst e Martin nas forças militares e a morte de seu irmão mais velho, Emmanuel. Em relação ao primeiro fato, a partida de seus filhos ao front de batalha gerou em Freud a angustiante expectativa da experiência subjetiva do luto e inquietudes permanentes a este respeito, como podemos ler, por exemplo, na carta a Abraham, de 27 de março de 1915: “Meu filho escreveu do norte, que está vivendo em condições desagradáveis e difíceis e que não tem se sentido bem desde sua vacinação do tifo, mas que espera melhorar. Meu outro filho ainda está esperando ser enviado para Klagenfurt” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.302-303). Nesse mesmo sentido, Freud escreve, em 1º de abril de 1915, a Lou Andreas-Salomé:

O Dr. Abraham está atualmente na Alemanha em Eylau na Prússia ocidental. Meu filho mais velho está há dois meses no front, provavelmente na Galícia: ele se queixa sobretudo de vermes e das doenças artificiais provocadas pelas vacinações. Meu segundo filho está em Klagenfurt esperando por novas instruções (FREUD-ANDREAS-SALOMÉ, 1-5-1915).

O conteúdo das cartas a Abraham e a Andreas-Salomé são praticamente os mesmos, escrito em datas muito próximas. Freud se inquietava com a incerta situação de seus filhos no front de guerra. Abraham, com quem Freud se correspondeu intensamente nesse período, também seria enviado a um hospital militar, onde trabalharia como cirurgião e permaneceria longe da família, que residia em Berlim. As cartas trocadas com Abraham e Ferenczi evidenciam os sentimentos particulares de Freud em relação à guerra. Em 15 de dezembro de 1914, Freud escreve à Ferenczi:

Eu me encontro mais do que do nunca isolado do mundo neste momento, e eu estarei também mais tarde, devido ao fato das consequências terríveis da guerra; sei que escrevo atualmente para cinco pessoas, para você e alguns outros. A Alemanha não merecia minhas simpatias enquanto analista, e melhor nem falar de nossa pátria comum [Áustria]. [...] Na primavera, quando chegar o banho de sangue, eu terei, de minha parte, três ou quatro filhos. Minha confiança no futuro após a guerra está fortemente reduzida (FREUD-FERENCZI, 1996, p.43-44).

Freud estava isolado, desiludido, e sentia fortemente as consequências da guerra, além de colocar em questão o seu futuro. Ainda, se referia aos artigos que estava escrevendo como “filhos” – tratam-se, provavelmente, dos cinco artigos metapsicológicos que escreveu nesse período. Em 30 de dezembro de 1914, Freud escreve também a Abraham uma carta de tom muito sombrio, evocando a dureza dos tempos de guerra. A família de Abraham e a de Freud haviam sido atingidas por uma epidemia de gripe:

Eu sinto muito em saber que você ainda não está restabelecido, e que sua mulher agora também está doente. Nestes nossos tempos, é preciso, ao menos, ter saúde. Entre nós, a epidemia familiar cessou, mas Ernst deve permanecer acamado em Klagenfurt com uma grave angina, da qual ele, sem dúvidas, se restabelecerá somente lentamente. Evidentemente, ninguém pode fazer nada por ele. De acordo com a carta de hoje, ele retornou para o quartel, embora ainda febril. Eu sempre odiei a impotência e a miséria acima de tudo, e temo que ambos nos ameacem neste momento. Deuticke me avisou que ele não quer publicar o Jahrbuch em 1915, considerando que ele não pôde distribuir nem mesmo a edição de 1914. Ele disse que toda a sua atividade está reduzida, e ele cita o exemplo de renomados editores alemães que, em boa parte, suspenderam todos seus negócios durante a guerra. [...] meu próprio trabalho está parado. Eu não pude ir além de certas dificuldades, e devido ao meu humor, as descobertas que eu fiz até o momento não me agradaram muito. Por causa deste estranhamento, eu me pergunto frequentemente perdido sobre o que fazer comigo mesmo. O remédio óbvio, é claro, é aquele que geralmente recomendamos neste momento: ter paciência e aguentar. [...] Você talvez receba a *Teoria da sexualidade* antes desta carta. Desejando a todos vocês uma recuperação rápida, com devotada cordialidade, seu Freud (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.294).

Problemas de saúde, filhos na guerra, a ameaça da miséria e a impotência diante dos fatos, a interrupção das publicações psicanalíticas, o humor alterado, a dificuldade de trabalhar – todos esses elementos marcam os tempos da guerra e trazem dificuldades de natureza sombria e incerta. Freud entende que somente pode contar com a paciência para suportar tamanhas dificuldades.

Freud havia recém publicado a terceira edição dos *Três ensaios* e, como de costume, enviou um exemplar a Abraham, que o considerava seu livro preferido da obra freudiana. Em resposta a Freud, Abraham escreve, em 10 de janeiro de 1915, uma carta de poucas palavras, em tom de desesperança – apenas para manifestar o desejo de que ele e sua família estejam bem e parabenizá-lo pela publicação da terceira edição dos *Três ensaios*, afirmando estar estudando-a naquele momento. Diz ainda que, em função da guerra, talvez não pudesse visitar Freud em Viena, assim como era incerta a sua permanência em Berlim devido à sua atuação como médico de guerra – Abraham sentia que poderia ser enviado para algum hospital militar distante de sua família⁵⁹. Ao que se segue, Freud envia sua resposta a Abraham em 25 de janeiro de 1915:

Caro amigo, um longo tempo se passou desde o seu último lacônico e desagradável cartão postal, que devo escrever-lhe novamente. Primeiro sobre mim. Fisicamente, estou bem novamente e espiritualmente estável, mas não estou trabalhando e tenho abandonado tudo o que começo, inclusive algumas coisas bastante promissoras. Eu ainda acho que esta é uma longa noite polar, e que se deve esperar pelo nascer do sol novamente. Se isto é parte de um desenvolvimento progressivo ou somente um estado orgânico que vêm à tona agora, em meio a tanta privação, só pode ser decidido depois (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.295-296).

⁵⁹ De fato, Abraham acaba sendo enviado para hospitais em regiões distante de Berlim, na Prússia ocidental (FREUD-ABRAHAM, 2002). A despeito disso, continua a sua correspondência com Freud, praticamente sem interrupção.

Freud compartilha das dificuldades em que todos estavam imersos durante a guerra. Apesar de comentar de sua melhora física, tal como de seu humor, não deixa de se queixar da dificuldade em trabalhar e de acreditar em suas ideias promissoras. Refere-se a este período sombrio de privações como uma “longa noite polar”, a que restava somente esperar o nascer do sol para compreender e avaliar o significado das dificuldades que todos enfrentavam naquele momento. No entanto, ainda na mesma carta, Freud anuncia boas notícias, em tom sereno:

Sobre outras coisas, tenho boas notícias pra você. Eu temia que Heller se recusasse a continuar com a publicação das duas revistas. Isto não aconteceu. A decisão final não será feita até a próxima quinta, mas estamos de acordo que as novas séries anuais de ambas devem começar em um formato levemente reduzido, a *Internationale Zeitschrift* com 6 temas como antes, cada um com 4 assinaturas, e *Imago* com 4 temas de 6 assinaturas. Portanto, nossas expectativas sobre as revistas foram revertidas. Naturalmente, nós do círculo interno devemos escrever tudo nós mesmos, e prevemos uma grande quantidade para você (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.295-296).

A notícia de que os periódicos seguiriam sendo publicados soa para Freud como um fio de esperança, pois prezava bastante pela continuidade da produção do conhecimento psicanalítico durante os tempos de guerra. Freud contava com a contribuição de Abraham nos artigos para os números das revistas de psicanálise. Abraham, mesmo servindo nos hospitais de guerra, se dedicou a produzir artigos a pedido de Freud. Evidentemente, a boa notícia vem acompanhada de novas queixas e temores trazidos pela guerra, agora a respeito de seus filhos. Ainda nessa mesma, em carta de 25 de janeiro de 1915, podemos ver Freud se expressando em tom melancólico:

Na última manhã de quarta, entre dois trens, eu pude ver meu filho Martin vestido elegantemente como militar, antes de sua partida ao front da Galícia. Eu especulei com lucidez sobre a dúvida se nós os veremos novamente, e como. Atividade médica, permanentemente reduzida para um quarto; no mais, sem novidades. No último volume de sua semanal holandesa, van Eeden publicou um comentário sobre a guerra que ele havia me pedido, no qual eu deixei naturalmente a psicanálise falar. Minhas cordiais saudações, à você e aos seus, e aguardo suas notícias, de Berlim eu espero (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.295-296).

A guerra ameaça a vida de seus filhos e essa preocupação acompanha Freud nesse período. A sua atividade clínica foi consideravelmente reduzida e a sua produção científica diminuía, pois sua disposição para a produção intelectual também encontrava limitações. Como se não bastasse, outro fato considerável assolou Freud nesse período, a perda de seu irmão mais velho, Emmanuel. Este, que morrera em 17 de outubro de 1914, havia sido muito

importante na vida de Freud, conforme revela a carta enviada a Ferenczi, em 11 de novembro do mesmo ano:

Eu disse da última vez que, a cada dia, alguma coisa se esfacela. Ontem recebi a notícia da morte de meu irmão mais velho. Ele tinha, sem dúvida, oitenta e um anos, mas o comunicado disse: acidente ferroviário. Eu penso que ele não teria suportado a guerra; ele tinha uma grande vitalidade e chegou exatamente na mesma idade de meu pai. Eu hoje lamento que o Emden tenha afundado, nós éramos verdadeiramente apegados (FREUD-FERENCZI, 1996, p.32-33).

Assim, a morte de Emmanuel certamente trouxe impactos na vida emocional de Freud, já que aquele era seu irmão mais velho, a quem era apegado, e que coincidentemente sofreu um acidente fatal com a mesma idade em que seu pai morreu. Nas trocas de correspondências desse período com Abraham, Ferenczi e Lou Andreas-Salomé, percebe-se que Freud enfrentava momentos de oscilação de humor e desânimo, conforme mostra Lussier (2007) e Laufer (2011), em suas análises sobre o contexto biográfico de *Luto e melancolia*. Segundo os autores, Freud se queixa regularmente de seu mau-humor, de seu grande cansaço, de sua dificuldade para trabalhar em suas formulações psicanalíticas. Diante do exposto, alguns estudiosos apontam para um possível nexo entre esse contexto histórico-biográfico e a produção de artigos relacionados à temática da dor da perda, como *Luto e melancolia* (1917[1915]), *A transitoriedade* (1916[1915]), e *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (1915b).

4.3 *Luto e melancolia: um artigo metapsicológico*

É importante considerar que o artigo *Luto e melancolia* faz parte de uma época muito particular do desenvolvimento teórico freudiano: o contexto da metapsicologia. No primeiro semestre de 1915, Freud estava muito preocupado com a continuidade da publicação de seus periódicos de psicanálise durante a guerra. Na falta de artigos para publicar, Freud pedia a Abraham e Ferenczi, entre outros, que produzissem trabalhos para alimentar as próximas publicações das revistas *Imago* e *Zeitschrift*. No entanto, o próprio Freud, que acabava de publicar a terceira edição dos *Três ensaios* no final de 1914, encontrava dificuldades para produzir artigos. Mesmo assim, entre o final de 1914 e o início de 1915, Freud começa anunciar aos seus discípulos um novo projeto teórico em que estava envolvido. Jones recebe notícia dessa nova empreitada em 25 de dezembro de 1914:

Tudo o que queríamos cultivar e cuidar, agora temos que deixar à deriva. É claro que eu não temo o resultado final da causa, pela qual você é tão tocantemente dedicado, mas o futuro próximo, que só pode interessar a mim, me parece eclipsado sem esperanças, e eu não culparia nenhum rato que eu visse abandonando o navio afundando. Estou tentando agora reunir, em uma espécie de síntese, o que eu ainda

posso contribuir. É um trabalho que já rendeu muita coisa nova, mas que infelizmente está sendo perturbado por minhas bruscas mudanças de humor. (FREUD-JONES, 25-12-1914).

A síntese a que Freud se refere trata-se do conjunto de artigos intitulado *Artigos de metapsicologia*; um projeto de reunir artigos teóricos bem estruturados que oferecessem uma visão sólida da psicanálise. Em 4 de março de 1915, Freud escreve a Abraham:

Seu anúncio de uma série de artigos, que considero como uma promessa definitiva, é muito bem-vinda. Afinal, nós queremos manter as revistas ativas a todo o custo durante a guerra e gerenciá-las de forma que, mais tarde, seremos capazes de realizar isto com satisfação. Mas os autores são muito poucos. Teremos que fazer tudo nós mesmos. *Decidi publicar três capítulos de minha síntese em gestação (instintos, repressão, inconsciente) gradualmente na Zeitschrift.* Para Imago, estou até escrevendo o trecho de uma conversa sobre a guerra e a morte, para deixar o auto-sacrificado editor feliz. Tudo isso, naturalmente, contra a resistência interna (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.300; grifo nosso).

Assim, Freud se empenha na elaboração de um conjunto de artigos denominando-os *Artigos sobre metapsicologia*. Sua ideia inicial era escrever um conjunto de doze artigos para compor um livro, que visava a, por meio da apresentação de suas teorias psicológicas, “proporcionar um fundamento teórico estável à psicanálise”, uma espécie de síntese psicanalítica (STRACHEY, introdução aos *Artigos Metapsicológicos* na ESB, p.111). Em cada um dos artigos, Freud pretendia tratar, de forma sistemática e aprofundada, dos principais conceitos psicanalíticos edificados até então. Freud escreve a Abraham em 27 de março de 1915: “Eu trabalho com lentidão e constância em meus artigos para a *Imago* e a *Zeitschrift*” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.302-303). Em 23 de abril de 1915, comunica a Ferenczi o término de seus primeiros artigos:

A série ‘Instintos-Repressão-Inconsciente’ está terminada. A primeira parte, já composta pela *Zeitschrift*, está em suas mãos, os dois outros estão na pasta do editor. A introdução, ‘Instintos’, certamente não é muito sedutora, mas na continuidade prova ser muito frutífera. Um quarto artigo é necessário para comparar o sonho com a demência precoce; também já está esboçado. Ele combina com a metapsicologia. A *Zeitschrift* está agora provida de meus cuidados por todo o ano. (FREUD-FERENCZI, 1996, p.85-86).

É possível reconhecer, aqui, os três primeiros artigos metapsicológicos, exatamente em sua ordem de publicação. Freud pretendia publicá-los nos periódicos de psicanálise e, com isso, garantir sua atividade. O quarto artigo metapsicológico realizou a comparação entre o sonho e a demência precoce, em *Complemento metapsicológico da teoria dos sonhos* (1917a[1915]). Em 1º de abril, Freud escreve a Lou Andreas-Salomé:

Você sabe que eu me preocupo com o particular, e que espero que o universal daí

emerja. É neste sentido que eu considero os pontos de vista sobre o narcisismo, muito úteis na investigação da melancolia e de outras condições até o momento obscuras. Os próximos números da revista trarão três títulos: 'O instinto e suas vicissitudes', 'Repressão', 'O inconsciente', uma espécie de síntese psicológica de várias opiniões recentes, incompletas, como tudo o que faço, mas não sem algum conteúdo novo. O ensaio sobre o inconsciente, em particular, conterà uma nova definição do termo, que equivale realmente a uma reformulação. É neste momento que devo pedir (no prazo de seis meses!) sua opinião. Esperemos que até lá tenhamos paz! (FREUD-LOU-ANDREAS SALOMÉ, 1-4-1915).

Freud faz uma menção indireta a *Luto e Melancolia*, o quinto artigo metapsicológico, já escrito nessa data. Nele, Freud aplica o conceito de narcisismo na elucidação das afecções relacionadas aos instintos de ego, as chamadas neuroses narcísicas. De fato, sob o prisma do conceito do narcisismo, conforme veremos adiante, Freud compreendeu a alucinação das demências precoces e a melancolia, duas das três afecções agrupadas sob o rótulo de neuroses narcísicas nesse período⁶⁰. O universal ao qual ele se refere na primeira frase é o narcisismo, conceito que remete a uma fase normal do desenvolvimento e que possibilita compreender estados particulares, como as neuroses narcísicas. Assim, a elucidação da melancolia é uma decorrência direta da descoberta do narcisismo. Freud escreve a Abraham, em 4 de maio de 1915, para dizer que cinco dos seus artigos metapsicológicos já estão acabados:

O trabalho agora está tomando forma. Tenho 5 ensaios prontos: aquele sobre Instintos e seus destinos, que certamente pode ser mais árido, mas indispensável como introdução, encontrando suas justificativas em todos os outros artigos seguintes, depois Repressão, o Inconsciente, Suplemento metapsicológico, e Luto e melancolia. Os quatro primeiros devem ser publicados no recém-volume do Zeitschrift, e o resto eu estou mantendo comigo. Se a guerra durar muito, eu espero reunir cerca de uma dúzia de artigos como estes e, nos tempos de paz, oferecê-los ao mundo ignorante sob o título: ensaios preliminares de metapsicologia. Acredito que em seu conjunto isto será um progresso. Mesma forma e mesmo nível que o capítulo 7 de interpretação dos sonhos (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.309).

Freud nomeia seus artigos de *Ensaaios preliminares de metapsicologia*, e estabelece *Os instintos e seus destinos* como sendo a introdução à série. Além disso, comunica a sua pretensão de escrever outros sete artigos, para compor uma coletânea de doze artigos. Finalmente, Freud anuncia a Jones, em 30 de junho de 1915:

Eu (quase) terminei, apesar de todas as formas de dificuldades interiores, um conjunto de 12 ensaios, que devem aparecer sob forma de livro após a guerra e se intitulará talvez *Zur Vorbereitung der Metapsychologie*. Os quatro primeiros da série serão publicados na *Zeitschrift*; *Os instintos e seus destinos*, no n. 2, é o primeiro deles.

⁶⁰ É somente em 1924 que Freud retira a paranoia e a demência precoce da classe das neuroses narcísicas e as agrupa sob o termo de psicoses. A melancolia permanece como a única neurose narcísica.

Freud confirma que seus artigos estão praticamente terminados; contudo, sem ser conhecermos os motivos, Freud somente publicou cinco do conjunto de doze artigos previstos. Além de *Luto e melancolia* (1917[1915]), foram publicados *Os instintos e seus destinos* (1915), a *Repressão* (1915a), *O Inconsciente* (1915c) e *Complemento Metapsicológico à Teoria dos Sonhos* (1917a [1915]). Tardiamente, em meados dos anos 1980, foi encontrado e publicado um manuscrito de Freud enviado a Ferenczi, reconhecido como fazendo parte dos doze artigos metapsicológicos. Intitulado *Neurose de Transferência: uma síntese*, foi identificado como o décimo primeiro rascunho dentre os doze ensaios metapsicológicos de 1915; com isso, temos um total de seis desses artigos conhecidos e publicados. Quanto aos seis restantes, é possível que tenham sido destruídos pelo próprio Freud, ou que nem tenham sido realmente redigidos. Eis um dos maiores enigmas que paira sobre a psicanálise freudiana.

Luto e melancolia foi um dos doze trabalhos concebidos por Freud para abordar os elementos fundamentais da teoria freudiana. Isso ressalta a sua importância em termos de contribuições teóricas fundamentais, no quadro de trabalhos metapsicológicos que compõem a psicanálise freudiana. O artigo só pode ser bem compreendido se tomado em relação aos outros quatro artigos metapsicológicos vizinhos, pois Freud se utiliza de elementos de todos eles para explicar a psicodinâmica do luto e da melancolia. Ao longo de todo o texto de *Luto e melancolia*, Freud nos remete aos outros artigos metapsicológicos, ao abordar, por exemplo, a questão da ambivalência e das diferenças entre ódio e sadismo (*Os instintos e seus destinos*) e a descrição tópica dos trabalhos do luto e da melancolia (*O inconsciente*).

Logo na abertura do artigo *Luto e melancolia* e de *Complemento metapsicológico a teoria dos sonhos*, Freud evoca a comparação efetuada entre estados afins para se referir ao procedimento psicanalítico de aproximar os estados normais e os patológicos, a fim de que ambos se esclareçam mutuamente – tema que abordamos amplamente no segundo capítulo. Na abertura de *Complemento metapsicológico a teoria dos sonhos*, Freud (1917a[1915], p.152) afirma:

Em mais de uma ocasião veremos como é vantajoso para a nossa pesquisa comparar certos estados e fenômenos apreendidos como *modelos normais* de afecções patológicas. Entre eles estão estados afetivos como o luto e o enamoramento, mas também o estado do sono e o fenômeno do sonhar.

No artigo em questão, Freud compara o modelo do sonho com a alucinação da demência precoce, com a intenção de compreender com mais profundidade os estados narcísicos. Na abertura de *Luto e melancolia*, encontramos o seguinte: “Depois que o sonho

nos serviu como modelo normal dos distúrbios psíquicos narcísicos, façamos a tentativa de elucidar a natureza da melancolia, comparando-a com o afeto normal do luto” (FREUD, 1917[1915], p.171). Nota-se que Freud utiliza exatamente o mesmo procedimento: no primeiro toma o sonho como modelo normal das afecções narcísicas, e, no segundo, toma o luto como modelo normal da melancolia. Esse procedimento, que abordamos com tanta ênfase em nosso segundo capítulo, está na base do desenvolvimento da teoria freudiana, que concebe como intercambiáveis os estados normais e patológicos.

Luto e melancolia é um artigo permeado de referências metapsicológicas, isto é, de explicações tópicas, dinâmicas e econômicas. Pois, nesse momento, ao edificar sua metapsicologia, Freud reunia os elementos para que os processos psíquicos e as psicopatologias pudessem ser explicados a partir de três registros que, em seu conjunto, formam a identidade da teoria psicanalítica: os registros tópico, dinâmico e econômico. Em cada um dos cinco artigos, Freud aborda os fenômenos apresentados a partir de tais registros, colocando-os em evidência. Frente a isso, para compreender *Luto e melancolia*, além do texto *Introdução ao narcisismo*, do qual é uma continuação, é necessário recorrer constantemente às explicações dos quatro primeiros artigos metapsicológicos – *Os instintos e seus destinos*, *A repressão*, *O inconsciente* e *Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos* –, pois, ao longo do texto, Freud nos reenvia constantemente às explicações neles contidos. Iremos ilustrar brevemente essa afirmação. Vejamos, por exemplo, uma referência a respeito do trabalho do luto:

Em que consiste o trabalho realizado pelo luto? Não me parece descabido expor esse trabalho da forma seguinte. O exame da realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, e então exige que toda libido seja retirada de suas conexões com esse objeto. Isso desperta uma compreensível oposição – observa-se geralmente que o ser humano não gosta de abandonar uma posição libidinal, mesmo quando um substituto já se anuncia. *Essa oposição [ao desligamento do objeto] pode ser tão intensa que se produz um afastamento da realidade e um apego ao objeto mediante uma psicose de desejo alucinatória* (ver ensaio anterior). O normal é que vença o respeito à realidade. Mas a solicitação desta não pode ser atendida imediatamente. É cumprida aos poucos, com grande aplicação de tempo e energia de investimento, e enquanto isso a existência do objeto perdido se prolonga na psique. Cada uma das lembranças e expectativas em que a libido se achava ligada ao objeto é enfocada e superinvestida, e em cada uma sucede o desligamento da libido. *Não é fácil fundamentar economicamente por que é tão dolorosa essa operação de compromisso em que o mandamento da realidade pouco a pouco se efetiva. É curioso que esse doloroso desprazer nos pareça natural*. Mas o fato é que, após a consumação do trabalho do luto, o Eu fica novamente livre e desimpedido (FREUD, 1917[1915], p. 173-174, grifo nosso).

Nessa passagem, Freud realiza a descrição do trabalho do luto, cujo objetivo é desinvestir o objeto libidinal. Isso é feito por meio do destacamento da libido, que está ligada

a conteúdos relacionados ao objeto perdido. No entanto, Freud identifica uma força de oposição ao desligamento da libido, uma força que insiste em manter o investimento da libido no objeto. Em outras palavras, mesmo diante da constatação de que o objeto não existe, o ser humano revela uma tendência geral em manter a posição libidinal ligada ao objeto e, com isso, prolongar sua relação com aquele, por meio de uma gratificação secundária. Situamo-nos exatamente no cruzamento do trabalho do luto, em que o indivíduo é confrontado com a realidade e com a frustração; as representações de objeto são investidas, mas não se obtém mais a satisfação libidinal que normalmente acompanha este investimento, pois o objeto que proporcionaria satisfação não existe mais, está morto ou perdido. O que ocorre diante dessa constatação, que se repete durante todo o período do luto, é o confronto do sujeito com a frustração. Esta é entendida, aqui, como a impossibilidade de obtenção de satisfação libidinal (descarga de libido), devido ao limite imposto pela realidade: se o objeto de satisfação não existe mais, ao investi-lo psiquicamente, o exame da realidade não permite que ocorra a satisfação da libido, pois mostra ao ego que aquele não existe – diante disso, ocorre a frustração. Nesse processo, Freud aponta que pode prevalecer a realidade psíquica e o afastamento de realidade material por meio da psicose alucinatória de desejo. Para compreender o que Freud pretende afirmar com a passagem anteriormente grifada – “*Essa oposição [ao desligamento do objeto] pode ser tão intensa que se produz um afastamento da realidade e um apego ao objeto mediante uma psicose de desejo alucinatória (ver ensaio anterior)*” – é preciso recorrer a um dos ensaios metapsicológicos anteriores a *Luto e melancolia*, o artigo *Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (1915a[1917]). Neste, Freud esclarece os elementos metapsicológicos que estão envolvidos na alucinação, por meio de sua comparação com o mecanismo do sonho. A passagem que nos interessa é aquela indicada por Freud:

Tenhamos presente, ainda, que é de grande importância prática distinguir percepções de ideias, mesmo que intensivamente lembradas. Toda a nossa relação com o mundo externo, com a realidade, depende dessa capacidade. Formulamos a ficção de não termos sempre possuído tal capacidade, e de que no início de nossa vida psíquica realmente alucinamos o objeto gratificante, ao sentirmos necessidade dele. Mas a satisfação não ocorreria nesse caso, e logo o fracasso deve ter nos movido a criar um dispositivo que ajudasse a distinguir entre essa percepção fruto de desejo e uma real satisfação, e a evita-la no futuro. Em outras palavras, bem cedo abandonamos a satisfação alucinatória do desejo e instituímos um *exame da realidade*. Surge agora a questão de em que consistia tal exame de realidade, e de como a psicose de desejo alucinatória do sonho, da *amentia* e de condições análogas chega a suspendê-lo, restabelecendo o antigo modo de satisfação (FREUD, 1917a[1915], p.164).

Desde o capítulo 7 de *Interpretação dos sonhos*, em que se encontra a descrição da vivência alucinatória de desejo do bebê, Freud já considerava que, inicialmente, o bebê não é capaz de distinguir entre uma percepção e uma representação de memória, o que torna necessário desenvolver o sentido de realidade, como uma função a ser conquistada pelo ego. Assim, o aparelho psíquico do bebê, ao ser confrontado com o impulso da fome, por exemplo, coloca em ação o que Freud chama de desejo (a tendência a investir representações). Ocorre que a representação do objeto de satisfação, diante do impulso da fome, é superinvestida, provocando uma identidade perceptiva (alucinação). O aparelho psíquico toma a representação do objeto de satisfação (o seio, por exemplo) como idêntica à realidade; estamos diante de uma alucinação do objeto de desejo. Ao alucinar, o bebê é confrontado com a frustração, pois o impulso da fome, gerador de desprazer, continua a enviar estímulos ao psiquismo, uma vez que o alimento real não vem. Estamos diante da frustração. É necessário que esse processo de investimento das representações de desejo seja inibido para que seja possível distinguir entre uma memória do objeto e sua percepção na realidade. O exame de realidade, função atribuída ao ego, se desenvolve a partir de um dispositivo inibidor dos investimentos das representações de objeto por grandes quantidades de afeto. O processo ideal é que se abandone a satisfação alucinatória de desejo e que se institua o exame de realidade. Dessa forma, em *Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos*, Freud esclarece a psicose alucinatória de desejo, relacionada ao afastamento da realidade e ao apego ao objeto de desejo:

Por outro lado a patologia nos ensina que o exame da realidade pode ser suspenso ou colocado fora de ação, e aprenderemos isso de modo mais inequívoco na psicose de desejo, na *amentia*, do que no sonho: a *amentia* é a reação a uma perda que a realidade afirma, mas que o Eu rompe a relação com a realidade, subtrai ao sistema das percepções Cs o investimento ou, melhor talvez, um investimento cuja natureza especial ainda pode ser objeto de investigação. Com este afastamento da realidade o seu exame é posto de lado, as fantasias de desejo – não reprimidas, inteiramente conscientes – podem penetrar no sistema e a partir de lá são reconhecidas como uma realidade melhor. Uma tal subtração pode ser encontrada entre os processos de repressão: a *amentia* nos oferece o interessante espetáculo da desunião entre o Eu e um de seus órgãos, aquele que talvez o servisse mais fielmente e lhe fosse mais ligado (FREUD, 1917a[1915], p.167).

Temos, agora, elementos para compreender com mais detalhes a afirmação contida em *Luto e melancolia*, de que a oposição ao desligamento do objeto pode ser tão intensa a ponto de provocar um afastamento intenso da realidade, sob a psicose alucinatória de desejo. No caso do trabalho do luto, a realidade confirma a perda de objeto, declarando ao ego que aquele não existe mais; no entanto, essa constatação acaba se tornando insuportável para o ego, gerando fortes sentimentos de frustração. O ego, então, rompe com a realidade, e as

representações do objeto podem ser investidas como se fossem o fruto de percepções atuais e reais, provocando a alucinação. Não nos estenderemos mais neste processo, em função de evitar que nos afastemos de nosso propósito, que é ilustrar como *Luto e melancolia* se sobrepõe aos outros artigos metapsicológicos.

A preocupação metapsicológica atravessa *Luto e melancolia*. Freud utiliza a noção de trabalho psíquico, que remete à tarefa econômica designada como elaboração. Esse trabalho reside em uma tarefa realizada pelo psiquismo, com a finalidade de dominar excitações que chegam até ele e cuja acumulação desencadeia o risco de provocar desprazer e adquirir uma conotação patogênica (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998). De maneira geral, o conceito de trabalho se refere à atividade do aparelho psíquico destinada a tratar das excitações instintuais. Ora, o que se passa, então, com o trabalho econômico do luto? Ele desaparece após um tempo sem deixar traço de grandes mudanças, como no luto. Como explicar o seu fim?

No caso deste [do luto], tivemos a explicação de que é preciso tempo para a detalhada execução do mandamento do exame da realidade, e depois desse trabalho o Eu tem liberada do objeto perdido a sua libido. Podemos imaginar o Eu ocupado em trabalho semelhante na melancolia; nos dois casos, falta-nos a compreensão econômica do processo (FREUD, 1917[1915], p.186).

Ao examinar a realidade, o ego executa um trabalho de desinvestimento do objeto durante um longo tempo. Mas Freud está preocupado em compreender mais detalhadamente esse processo; sua intenção é explicitar o fator econômico aí envolvido. Ao considerar o surgimento da mania no final de uma melancolia, Freud levanta a hipótese de que a liberação de quantidades de energias que estiveram presas durante o trabalho da melancolia gera um excesso instintual, responsável pelo estado maníaco. Isso ocorre, segundo Freud, porque o trabalho de desligamento do objeto efetuado na melancolia absorve, na realização de sua tarefa, uma grande quantidade de energia do aparelho psíquico; quando o processo chega o fim, essa grande quantidade de energia, que estava absorvida pelo trabalho da melancolia, se desprende e se torna disponível, causando a exaltação maníaca. No entanto, observa Freud, o luto também se trata de um trabalho de desinvestimento libidinal do objeto perdido, mas, ao seu fim, não se verifica a incidência de estados maníacos. Isso leva Freud a explicar o fator econômico do luto, uma exigência fundamental de sua metapsicologia:

Em primeiro lugar, o luto normal também supera a perda do objeto e absorve, enquanto dura, todas as energias do Eu. Por que então, uma vez decorrido, não há sequer indícios de se produzir a condição econômica para uma fase de triunfo? Acho impossível responder de imediato esta objeção. Ela nos lembra, que nem mesmo somos capazes de dizer por quais meios econômicos o luto realiza sua tarefa. Mas

talvez uma conjectura possa ajudar quanto a isso. A cada uma das recordações e expectativas que mostram a libido ligada ao objeto perdido, a realidade traz o veredicto de que o objeto não mais existe, e o Eu, como que posto diante da questão de partilhar ou não esse destino, é convencido, pela soma das satisfações narcísicas em estar vivo, a romper seu vínculo com o objeto eliminado. Podemos imaginar que esse rompimento ocorra de modo tão lento e gradual que, ao fim do trabalho, também o dispêndio que ele requeria foi dissipado (FREUD, 1917[1915], p.189, grifo nosso).

Nesse fragmento, Freud oferece uma explicação econômica do trabalho de luto. Ele sugere que há um investimento das representações do objeto perdido, de sua memória, que é, ao mesmo tempo, confrontada com o exame da realidade; isso permite constatar, por meio de uma compreensão interna, que o objeto não existe mais na realidade e, portanto, a libido não encontra mais satisfação. O ego é colocado diante de uma dolorosa constatação: é preciso desinvestir o objeto perdido e se ligar a outros objetos de amor ou, então, continuar investindo esse objeto na fantasia e partilhar, assim, de seu destino, inicialmente sob a forma de uma psicose alucinatória de desejo e, levado às últimas consequências, à morte, em função do desinteresse da realidade e de si mesmo. O rompimento do vínculo com o objeto – ligado à sua existência – que deixa de trazer gratificação, exige um trabalho lento e gradual, que consome quantidades de energia psíquica já que, ao investir as representações e não encontrar satisfação, o investimento continua emanando estímulos que, não a encontrando, causarão desprazer. Essas quantidades de energia que não encontram satisfação com o objeto precisam ser dominadas, isto é, desligadas do objeto perdido e (re)ligadas a outras representações de objetos de satisfação. Assim, Freud afirma que “a característica de executar passo a passo o desligamento da libido deve ser atribuída igualmente ao luto e à melancolia, baseia-se provavelmente na mesma situação econômica e serve às mesmas tendências” (FREUD, 1917[1915], p.191).

Para compreender mais exatamente as explicações metapsicológicas desses processos, precisamos avançar na compreensão econômica da melancolia. Diante de uma perda, que pode ser entendida como qualquer situação de desprezo ou decepção vivida na relação com o objeto, trava-se uma batalha entre o ódio e o amor, atribuída à ambivalência afetiva: “Portanto, na melancolia travam-se inúmeras batalhas em torno do objeto, nas quais ódio e amor lutam entre si, um para desligar a libido do objeto, o outro, para manter essa posição da libido contra o ataque” (FREUD, 1917[1915], p.191-192). O ódio luta para desligar a libido do objeto; o amor, exercendo uma forte oposição, se esforça para manter a ligação com o objeto. Isso faz com que Freud se pergunte sobre o aspecto tópico da melancolia, que nos envia para o seu aspecto topográfico: “Não podemos situar essas lutas em outro sistema que

não o Ics, a região dos traços mnemônicos das coisas (em oposição aos investimentos de palavras)” (ibid.). A ambivalência afetiva tem lugar no sistema inconsciente e, assim, o sujeito não pode reconhecer a fonte de seu conflito como sendo ligada ao objeto. Tanto o ódio pelo objeto, quanto o amor, se tornam inconscientes. O que diferencia, então, nesse caso, o luto da melancolia? Freud afirma que também no inconsciente “ocorrem as tentativas de desligamento no luto, mas nesse último nada impede que esses processos continuem pela via normal até a consciência, através do Pcs” (ibid.). No caso da melancolia, “tal caminho se acha bloqueado para o trabalho da melancolia, talvez devido a muitas causas ou à ação conjunta de causas” (FREUD, 1917[1915], p.191-192). Assim, o conflito devido à ambivalência permanece subtraído da consciência, e o que se conhece dele é o conflito consciente, expresso nas autoreprovações.

Assim tudo que diz respeito a esses conflitos da ambivalência permanece subtraído à consciência, até que sobrevém o desenlace característico da melancolia. Ele consiste, como sabemos, em que o investimento libidinal ameaçado abandona finalmente o objeto, mas apenas a fim de se retirar para o lugar do Eu, de onde havia partido. Refugiando-se no Eu, o amor escapa à eliminação. Após essa regressão da libido, o processo pode ser tornar consciente e é representado na consciência como um conflito entre uma parte do Eu e a instância crítica (FREUD, 1917[1915], p.191-192).

Freud, aqui, segue seus preceitos etiológicos de formação da neurose, que parte de uma frustração – a perda de objeto –, segue regressivamente aos pontos de fixação – no caso, a regressão às etapas associadas à ambivalência – e o decorrente estabelecimento do conflito inconsciente, que leva a uma formação de compromisso entre o ódio e o amor. O resultado é o sintoma melancólico, que se expressa como autoacusação, redução da autoestima, desinvestimento da realidade externa e desinteresse, inibição, entre outros. O que se conhece da melancolia é apenas o seu conflito consciente; seu aspecto latente, inconsciente, é desconhecido pelo melancólico. No entanto, Freud insiste que esse conflito é o resultado de um complexo mecanismo, que retira a libido do objeto, opera uma regressão ao narcisismo, e encontra satisfação no conflito que se estabelece entre o ego e sua instância crítica.

Freud também relaciona o tema dos aspectos ambivalentes da melancolia com o seu primeiro artigo metapsicológico, *Os instintos e seus destinos*. É nesse artigo que devem ser procuradas as explicações sobre a ambivalência afetiva, que Freud remete aos períodos iniciais do desenvolvimento do ego. Para ilustrar brevemente, vejamos o que Freud afirma sobre a relação entre ambivalência e perda, em *Luto e melancolia*: “A perda do objeto amoroso é uma excelente ocasião para que a ambivalência das relações amorosas sobressaia e

venha à luz” (FREUD, 1917[1915], p.193). Em *Os instintos e seus destinos*, encontramos a base dessa afirmação:

A história da origem e das relações de amor nos torna mais compreensível o fato de tão frequentemente ele aparecer como ‘ambivalente’, isto é, em companhia de impulsos de ódio contra o mesmo objeto. O ódio mesclado ao amor procede em parte dos estágios preliminares do amor, não superados inteiramente, e de outra parte se fundamenta nas reações de rejeição dos instintos do Eu, que nos frequentes conflitos entre interesses do Eu e do amor podem invocar motivos reais e atuais. Em ambos os casos, portanto, o ódio entremesclado se reporta à fonte dos instintos de conservação do Eu. *Quando a relação de amor com um determinado objeto é rompida, não é raro que o ódio tome o seu lugar, com o que temos a impressão de que o amor se transformou em ódio. Seremos levados além dessa descrição se adotarmos a concepção de que nisto o ódio motivado de maneira real é fortalecido pela regressão do amor ao estágio sádico preliminar, e portanto odiar assume um caráter erótico e a continuidade de uma relação amorosa é garantida* (FREUD, 1915, p.80, grifo nosso).

Frente ao rompimento de uma relação amorosa, ou seja, de uma perda, pode ocorrer a regressão do amor ao estágio sádico preliminar, dotando o ódio de caráter erótico. Abraham insiste bastante neste ponto, defendendo que o sadismo e o erotismo oral se combinam e formam o conflito da melancolia. No entanto, Freud explica a melancolia como uma continuidade narcisista de uma relação amorosa, por meio da introjeção. Abraham, como veremos adiante, credita à incapacidade do melancólico para o amor.

Ao considerar os aspectos econômicos, tópicos e dinâmicos, Freud pretende construir uma teoria da melancolia segundo os preceitos de sua metapsicologia. Isso o permitiu ilustrar de que maneira os processos psíquicos discutidos teoricamente nos três quatro primeiros artigos metapsicológicos (*Os instintos e seus destinos*, *A repressão*, e *O inconsciente*) devem ser articulados na explicação dos mecanismos das psicopatologias. Para Freud, a elucidação de mecanismos psicopatológicos que não atenda às descrições econômicas, dinâmicas e tópicas, permanece incompleta. É sobre esse ponto que ele insistira em suas discussões com seus discípulos acerca do assunto da melancolia.

Finalmente, gostaríamos de ressaltar que *Luto e melancolia* permitiu a Freud articular diversos elementos teóricos de sua metapsicologia, e, por isso, adquiriu a função de ilustração de como tais elementos devem ser articulados para explicação de uma afecção. O contexto teórico da metapsicologia marcou esse trabalho, que não pode ser bem compreendido, senão em um contexto cujas fontes são heterogêneas. No contexto da formulação de *Luto e melancolia*, encontramos desde influências teóricas mais diretas, como os artigos metapsicológicos aqui citados e o artigo *Introdução ao narcisismo*, abordado no capítulo 3, até influências mais distantes, como as concepções etiológicas fundamentais da teoria

freudiana, abordadas no capítulo 2. Mas é preciso destacar, também, o papel e a influência, não menos relevantes, do diálogo com seus discípulos, seja por cartas, pela publicação de seus artigos ou pelas reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena. Passaremos, agora, ao exame de algumas possíveis influências sobre o tema da melancolia no contexto psicanalítico ligado a Freud.

4.4 A melancolia nos primórdios da teoria freudiana

As primeiras referências ao tema da melancolia, no contexto freudiano, ocorreram ainda nos primórdios da psicanálise, em duas cartas enviadas a Fliess, nas quais já se encontra a sua aproximação com o luto. Nelas, Freud apresentava vários rascunhos, entre os quais destacamos o D, o G e o N. Em 6 de maio de 1894, Freud enviou a Fliess o rascunho E, sobre a origem da angústia. Nele, afirma ter desvendado o mecanismo da melancolia: baseando-se na teoria sexual que começava a ser elaborada, Freud procurava desvendar as conexões entre a sexualidade e a angústia. De maneira geral, os melancólicos seriam “anestésicos”, não tendo nenhum desejo de coito e nenhuma sensação ligada a ele. Mas, por outro lado, os melancólicos demonstram uma grande ânsia de amor em sua forma psíquica – “uma tensão erótica psíquica, poder-se-ia dizer; quando esta se acumula e permanece insatisfeita, surge a melancolia” [...] “quando há acúmulo de tensão sexual psíquica – melancolia” (FREUD, 6-05-1894, in MASSON, 1986, p.80).

Em 1894, Freud redigiu um rascunho sobre a melancolia e o enviou a Fliess. O conhecido Rascunho G talvez seja o primeiro trabalho de Freud sobre os estados depressivos. Neste, encontramos duas observações que fornecem pistas importantes para nossa pesquisa: “O afeto correspondente à melancolia é o luto – em outras palavras, o anseio por alguma coisa perdida. Portanto, na melancolia, deve tratar-se de uma perda, ou seja, uma perda na vida instintiva”. A essa consideração, acrescenta-se: “Não seria tão mau, portanto, partir da ideia de que *a melancolia consiste num luto pela perda da libido*” (FREUD, 17-12-1894, in MASSON, 1986, p.99; grifo do autor). Mais adiante, encontramos uma tentativa de descrever a melancolia: “inibição psíquica com empobrecimento pulsional e a dor a respeito dele” (FREUD, 17-12-1894, in MASSON, 1986, p.102). Temos, ainda, a formulação de que, na melancolia, o processo em questão é abandonar excitações – o que é considerado doloroso: “desfazer associações é sempre doloroso; instala-se, como que através de uma hemorragia interna, um empobrecimento da excitação”. Freud utiliza imagem da hemorragia que constará em suas considerações metapsicológicas em *Luto e melancolia*, afirmando que “como na inibição, esse retraimento age como uma ferida, de maneira análoga à dor”. Sugere, também,

uma comparação com a neurastenia: “na neurastenia ocorre um empobrecimento bastante parecido, que se deve ao escoamento da excitação, por assim dizer, por um buraco”, ao contrário, “na melancolia, o buraco se acha na esfera psíquica” (FREUD, 17-12-1894, in MASSON, 1986, p.104-105). Aqui, embora se trate de um contexto teórico particular, encontramos uma série de elementos que terão um papel principal em *Luto e melancolia*, como a aproximação do luto com a melancolia, a perda de satisfação instintual na base desta última, a teoria do processo de desinvestimento das associações ligadas ao objeto perdido como sendo um processo doloroso e, finalmente, o empobrecimento instintual sob a forma de hemorragia causada por um buraco na esfera psíquica.

Segundo May (2001), no período da última década do século XIX, Freud procura explicar os transtornos depressivos por meio de explicações relacionadas a causas somato-sexual, atribuídas à descarga insatisfatória da excitação sexual, razão pela qual não os incluía entre as neuroses de origem psíquica. No rascunho G, é descrito a natureza do mecanismo somático que produz depressão e suas formas derivadas como, por exemplo, a neurastenia, cuja causa seria uma menor excitação sexual em razão da masturbação. Nos casos de depressão grave, Freud considerava que a excitação sexual sofria uma completa retração, enquanto que a depressão ansiosa neurótica se deveria à conversão da excitação sexual em sentimento depressivo. Muitos anos serão necessários, por meio de um longo caminho de desenvolvimentos teóricos, para que Freud retome e reformule tais noções em termos psíquicos. Mesmo assim, May (2001) afirma que a teoria freudiana apresentada no rascunho G desempenha um papel significativo nas ideias discutidas por Federn e Hitschmann em 1910, nas reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena e, também, no trabalho de Ferenczi, *Para compreender as psiconeuroses do envelhecimento* (1914), que aborda rapidamente a questão da etiologia da depressão.

A segunda referência significativa desse período se encontra no conhecido rascunho N, em anexo à carta de 31 de maio de 1897, em que é possível antever a noção de complexo de Édipo. Nessa carta, Freud tenta elucidar a formação dos sintomas e afirma que a primeira motivação para sua formação é a libido; e, por isso, os sintomas, bem como os sonhos, são realização de um desejo. A melancolia aparece como fruto do recalçamento de impulsos e de autorrecriações observadas em pessoas em luto:

Os impulsos hostis contra os pais (o desejo de que morram) são também um elemento integrante das neuroses. Eles vêm à luz, conscientemente, como ideias obsessivas. Na paranoia, o pior aspecto dos delírios de perseguição (desconfiança patológica dos governantes e monarcas) corresponde a esses impulsos hostis contra os pais. Esses impulsos são recalçados na época de doença ou morte deles. Nessas

ocasiões, constitui manifestação de luto recriminar-se pela morte deles (a chamada melancolia) ou punir-se historicamente, por meio da ideia de retaliação, com os mesmos estados de doença que eles tiveram. A identificação que ocorre nestas circunstâncias, como se vê, não é nada além de um modo de pensar que eles tiveram e não torna desnecessária a busca do motivo. [...] O recalçamento dos impulsos não parece produzir *angústia*, e sim, talvez, depressão – melancolia. Desse modo, as melancolias estão relacionadas com a neurose obsessiva (FREUD, 31-05-1897 in MASSON, 1986, p.251-253)

Assim, Freud, já em 1897, relacionava o luto à melancolia e entendia suas autorrecriminações como uma forma de autopunição, em função do desejo hostil para com o objeto amado. Com isso, surge também uma importante relação entre os impulsos ambivalentes e a melancolia e, por sua vez, uma aproximação entre esta e a neurose obsessiva. Ainda, além de aproximar a melancolia com a neurose obsessiva, seu traço distintivo recai sobre o afeto depressivo, o oposto da angústia. O recalçamento dos impulsos, nesse contexto, causa um sentimento de pesar, identificado com o afeto depressivo. Enquanto que a irrupção de angústia é tida como um sintoma, uma forma de realização do desejo, como no exemplo das ideias obsessivas. Esses elementos serão posteriormente explorados por Abraham (1911), em seu artigo sobre a melancolia. Como veremos, as associações realizadas por Freud serão magistralmente desenvolvidas sob a pena de Abraham (1911).

4.5 Breve nota acerca dos primeiros trabalhos psicanalíticos sobre os estados depressivos

De acordo com alguns trabalhos científicos⁶¹ sobre a história dos estados depressivos na psicanálise, poucos artigos se dedicaram ao tema no meio psicanalítico até meados de 1915, quando *Luto e melancolia* foi escrito. Os trabalhos habitualmente reconhecidos como sendo os pioneiros sobre os estados depressivos na psicanálise são os artigos *Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins*, de Abraham (1912[1911]) e *Luto e melancolia* (1917[1915]), de Freud. No entanto, May (2001) revela que os primeiros trabalhos que procuraram compreender os estados depressivos na psicanálise não foram os de Abraham (1912) e de Freud (1917[1915]), mas os artigos de Groos (1907) e de Ferenczi (1908), além do livro de Stekel (1908), que inclui uma discussão sobre dois casos de pacientes depressivos. No mesmo período, o autor destaca, também, a publicação dos trabalhos de Jones (1909), *Notas psicanalíticas sobre um caso de hipomania*, que aborda o quadro da mania, de Maeder (1910) e de Brill (1911). O próprio Abraham já havia publicado, antes do artigo de 1912 ao qual nos referimos, um estudo em que procurava compreender os estados depressivos em 1911, intitulado *Giovanni Segantini: ensaio*

⁶¹ Foi possível identificar os artigos psicanalíticos sobre os estados depressivos na época inicial da psicanálise a partir dos trabalhos de May (2001), Lussier (2007), Rosenfeld (1959) e Wisdow (1962).

psicanalítico. Contudo, May (2001) ressalta que esses trabalhos não resultaram em contribuições significativas sobre a compressão psicanalítica dos estados depressivos (com exceção de Abraham 1912[1911]), pois não especificam as razões e os caminhos pelos quais o conflito psíquico (que segundo Freud estava na base das neuroses) resulta em depressão - e não em outra afecção, como a histeria ou a neurose obsessiva. Isso está de acordo com a observação de Freud a respeito da melancolia, cuja “natureza é por instante desconhecida; seu mecanismo, em particular, não foi ainda examinado” e, ainda, que “o sentimento de culpa é também presente em outras neuroses, em todos os casos; trata-se de elucidar o mecanismo específico da melancolia” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.491). Para Freud, o fundamental não é identificar os elementos associados a um quadro psicopatológico, mas explicar porque, diante de um conflito, o caminho da organização psíquica leva a uma e não à outra afecção. Assim, Freud insiste, nesse período, que o fundamental é explicar porque o amor não correspondido e os sentimentos de culpa derivados dos desejos de morte levam à depressão e não a outras formações sintomáticas.

4.6 A melancolia nas minutas da Sociedade Psicanalítica de Viena

Nas noites de 20 e 27 de abril de 1910, o tema da melancolia surge em duas reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, na ocasião de uma conferência sobre o fenômeno do suicídio proferida por Oppenheim. Nessas reuniões, Sadger – que realizava importantes contribuições sobre o narcisismo por meio da análise da homossexualidade – diz o seguinte, durante seus comentários sobre o suicídio:

A causa mais importante, entre as crianças e também entre os adultos, é a sexualidade. Quem não abandonou a esperança de amor, não renuncia à vida. Certamente, não podemos negar o fator da hereditariedade, mas o fator que dispara o suicídio é, em cada caso, a falta de amor. A psicose do suicídio por excelência é a melancolia; mas é uma doença que se produz, sobretudo, entre as pessoas mais velhas; estas, de uma parte, percebem uma diminuição de sua capacidade natural de amar, e de outra, pouco podem esperar do amor dos outros. No que concerne à mania de suicídio que se produz em certas famílias, pode ser que a hereditariedade tenha um papel; mas o fator essencial é a identificação com os outros membros da família (SADGER in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.480).

Nesse fragmento, Sadger liga o suicídio à sexualidade, sob a forma da privação de amor, e designa a melancolia como o estado paradigmático em que o suicídio entra em ação. Lembra, ainda, que a identificação pode ter um importante papel associado a este fenômeno. Sadger acrescenta que se produz, na puberdade, um enorme crescimento da necessidade de amor, justamente em um momento no qual há certo distanciamento dos pais. O púbere passa a procurar, então, na figura dos mestres escolares, a falta de amor e compreensão que não

encontra em sua família. Mas, desapontada em sua esperança de amor por ambos os lados, não encontrando mais o amor do mestre, a criança pode ser levada definitivamente ao desespero de não encontrar amor, o que a conduz ao suicídio. Diante da associação entre suicídio, melancolia e falta de amor, Freud (in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.481) realiza a seguinte observação: “De início, alguns casos mais raros de tentativa de suicídio: entre eles, o caso psicologicamente mais significativo e aquele, já mencionado por Sadger, de identificação com as pessoas amadas”. Assim, se estabelece uma associação entre o suicídio e a identificação, avizinando a melancolia como o estado extremo em que isso pode ser observado. Para Freud, o suicídio permanecia como um grande enigma, pois não havia ainda uma explicação aceitável para o instinto de autoconservação ter falhado em seu objetivo de conservar a vida.

Na reunião do dia 27 de abril de 1910, o tema do suicídio é retomado na discussão. As afirmações de Stekel, ao lado das de Freud, são as mais notáveis, por evidenciar aspectos que posteriormente servirão de base para a elucidação da melancolia:

Uma circunstância não foi tomada em consideração até o presente, ainda que ela tenha um papel importante; trata-se do princípio do talião. O suicida é atormentado por um profundo sentimento de culpa e se suicida ao querer matar algum outro. Todo o resto tem apenas uma função desencadeadora (STEKEL in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.487).

Stekel expressa a opinião de que o suicídio se torna possível para substituir o assassinato de um outro. E a culpa seria o castigo pelo ódio dirigido a este outro, que é atacado com o ato suicida. Isso vai de encontro ao argumento desenvolvido em *Luto e melancolia*, em que Freud (1917[1915], p.185) afirma que já se sabe há muito tempo “que um neurótico não abriga ideias de suicídio que não venham de um impulso homicida em relação a outros, voltado contra si; mas era incompreensível o jogo de forças em que tal intenção consegue se tornar ato”. Essa observação parece refletir o ponto de vista discutido nas reuniões do grupo de Viena em que se abordou o suicídio: a hipótese era de que as autoacusações do suicida são direcionadas originalmente a um objeto.

Nessa reunião, ainda se pronunciam Federn, Adler, Tausk, Reitler e Oppenheim, que faz o fechamento dessas duas sessões. Freud (in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.491) se pronuncia cautelosamente diante da diversidade de opiniões e explicações emitidas pelos participantes da reunião a respeito do suicídio, mas salienta que este não é “nada além de uma saída, uma ação, um desfecho do conflito psíquico”. Diante do conflito psíquico, uma característica de toda neurose, no caso do suicídio, a inevitável saída é acabar com a própria

vida. Observa, então, que entre tudo o que foi discutido, permanece um problema a ser resolvido: “o suicídio deve em cada caso ser interpretado como uma reação do ego ao poder superior da libido, ou é preciso admitir ao lado deste a existência de um suicídio que provenha exclusivamente do ego?”. Diante da questão insolúvel no momento, Freud considera que “nós fizemos bem de não responder a esta questão; pois estas coisas não são acessíveis à pesquisa. O acesso ao complexo do suicídio, a partir de um estudo das doenças, reside na melancolia”. De fato, ao abordar a melancolia em *Luto e melancolia*, Freud alcançará a explicação sobre o enigma do suicídio, elucidando seu mecanismo:

Agora a análise da melancolia nos ensina que o Eu pode se matar apenas quando, graças ao retorno do investimento objetal, pode tratar a si mesmo como um objeto, quando é capaz de dirigir contra si a hostilidade que diz respeito a um objeto, e que constitui a reação original do Eu a objetos do mundo externo (FREUD, 1917[1915], p.185).

Freud formula uma explicação plausível, em seu ponto de vista, por meio do mecanismo da identificação narcísica. Isso é possível quando se considera que a melancolia consiste em uma regressão do investimento do objeto ao narcisismo, em que o ego se identifica com o objeto perdido, para o qual os impulsos ambivalentes estão dirigidos. Para Freud, a explicação se torna evidente: “Assim, na regressão da escolha de objeto narcísica o objeto foi eliminado, é verdade, mas demonstrou ser mais poderoso que o próprio Eu” (FREUD, 1917[1915], p.185). Ao se identificar narcisicamente com o objeto, o melancólico desloca o conflito com o objeto para o interior do aparelho psíquico, onde seu ego será subjugado pela instância crítica como um objeto odiado.

Freud encerra a discussão acerca do suicídio, na Sociedade Psicanalítica de Viena, demarcando um campo de estudo para o suicídio por meio da compreensão do mecanismo da melancolia que, naquela época, em 1910, era ainda incompreendido. Freud é prudente em suas observações, sugerindo cautela ao tratar o assunto, embora pareça ter alguma noção dos rumos a serem tomados na abordagem da questão. Diante disso, afirma que “o sentimento de culpa é também presente nas outras neuroses. Em todos os casos; trata-se de elucidar o mecanismo específico da melancolia” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.491-492). Ora, se o sentimento de culpa se torna presente em toda neurose, cabe à psicanálise elucidar o mecanismo específico da melancolia, em que tal sentimento se torna central. O próprio Adler (in NUNBERG e FEDERN, 1978[1967], p.489) observa que o problema do suicídio “é tão complexo que todas as relações da vida humana, assim como todos os fenômenos psicológicos, aparecem na discussão”, o que acentua a diversidade das

opiniões expressadas. Na Standard Edition, foi publicada a intervenção de Freud nesta mesma segunda reunião de 27 de abril de 1910. As observações que Freud aí realiza são mais significativas e nos interessa notavelmente:

Senhores. Tenho a impressão de que, a despeito de todo o valioso material que nos foi exposto, nesta discussão, não chegamos a uma decisão sobre o problema que nos interessa. Estávamos ansiosos sobretudo em saber como seria possível subjugar-se ao extraordinariamente poderoso instinto da vida: isto pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desiludida, ou se o ego pode renunciar à sua autopreservação, por seus próprios motivos egoístas. Pode ser que tenhamos deixado de responder a esta indagação psicológica porque não temos meios adequados para abordá-la. Podemos, eu creio, apenas tomar como nosso ponto de partida a condição da melancolia, que nos é tão familiar clinicamente, e uma comparação entre ela e o afeto do luto. Os processos afetivos na melancolia, entretanto, e as vicissitudes experimentadas pela libido nessa condição nos são totalmente desconhecidos. Nem chegamos a uma compreensão psicanalítica do afeto crônico do luto. Deixemos nosso julgamento até que a experiência tenha solucionado o problema (FREUD, 1910a, p.244).

Nesse fragmento, Freud esclarece que, ao abordar o suicídio, a expectativa era esclarecer de que maneira seria possível ao ego subjugar a atividade principal do instinto de autoconservação de conservar a vida. O instinto de autoconservação, como um instinto do ego, é responsável pelo conflito que está na origem das neuroses, ao se opor a satisfação do instinto sexual (libido). Para Freud, o instinto de autopreservação do ego investe a si mesmo sob a forma do egoísmo, uma forma de investimento que, mais tarde, vai se opor ao narcisismo, considerado como o investimento da libido (do instinto sexual) no ego. Ao reconhecer que, até então, não havia meios disponíveis para abordar tal questão, Freud se depara, de certa forma, com uma necessidade que se impunha gradualmente nesse período: explicar as atividades do instinto de autoconservação em relação ao desenvolvimento do ego, o que permitiria à psicanálise oferecer uma explicação satisfatória para as psicoses. Ao analisar *Introdução ao narcisismo*, vimos que Jung acusa a psicanálise de não explicar satisfatoriamente esses fenômenos. Sabemos, ainda, que é a introdução do conceito de narcisismo, do qual Sadger foi um dos principais responsáveis, na teoria freudiana, que tornou possível a compreensão das atividades do instinto de autoconservação e da formação do ego; o que, por sua vez, permitiu a compreensão do mecanismo da melancolia. Diante disso, o meio que torna possível abordar a questão do suicídio e da subjugação dos instintos de autoconservação é justamente a introdução do narcisismo na arquitetura teórica da psicanálise, que começava a ser reformulada nesse período.

Devido à melancolia ser caracterizada pelo predomínio, em relação às outras afecções, de tentativas de suicídio, vimos que Freud a aproximou da discussão sobre o suicídio e

sugeriu que a compreensão das vicissitudes da libido diante da decepção amorosa (do instinto sexual frustrado) e sua relação com o instinto de autoconservação do ego forneceriam a chave para a explicação do fenômeno suicida. Frente a isso, em 1910, Freud parece já vislumbrar as contribuições que a melancolia poderia trazer para a elucidação de questões caras de sua teoria, como a constituição do ego, do superego e da atividade dos instintos. Assim, é possível especular que Freud já estivesse se ocupando sobre o assunto, cujo meio de abordagem seria a introdução e o esclarecimento do conceito de narcisismo. Aliás, a explicação do mecanismo da paranoia, no *caso Schreber*, já contém elementos importantes da teoria do narcisismo, como a noção de regressão narcísica e de projeção, por exemplo. Salientamos, ainda, que os elementos presentes na discussão a respeito do suicídio irão tomar corpo, de maneira mais refinada, por meio da identificação narcísica em *Luto e melancolia*: é por se identificar narcisicamente com o objeto amado, com o qual se viveu uma decepção na esfera da libido, e devido à sua introjeção no ego, que se torna possível cometer o suicídio – pois, ao matar-se, o sujeito está cometendo uma vingança contra o objeto. Segundo mostramos, a melancolia consiste no deslocamento de um conflito externo, vivido com o objeto, para o mundo interno, em que se manifesta sob o fenômeno das autoacusações, indicando um conflito de si para consigo mesmo.

Há, ademais, outra questão a ser destacada no fragmento anterior, que é a aproximação da melancolia com afeto do luto, para alcançar a sua compreensão. De fato, como sabemos, esta será a abordagem do problema da melancolia no artigo *Luto e melancolia*. Conforme também vimos, essa comparação começou a ser cogitada ainda no final do século XIX, nos rascunhos G e N, enviados a Fliess. Todavia, seria um pouco de ingenuidade tomá-la como uma ideia original e restrita ao pensamento freudiano, pois, de acordo com o que explanamos no primeiro capítulo, durante séculos a melancolia foi aproximada a diversos estados depressivos, entre eles, o luto. No entanto, segundo Lussier (2007), no meio psiquiátrico da época de Freud, no período pré-psicanalítico, essa comparação já era assinalada. A autora realizou uma pesquisa na biblioteca pessoal de Freud, procurando identificar os tratados de psiquiatria mantidos em sua coleção. Entre os sete encontrados e analisados, a autora se deparou com um tratado de autoria de Meynert, psiquiatra e neurologista de quem Freud havia sido discípulo na penúltima década do século XIX, durante seu trabalho no hospital de Viena. Nesse livro, há um capítulo sobre a melancolia, no qual Meynert oferece, em termos fisiológicos, uma explicação a respeito do rompimento dos laços amorosos com o objeto perdido em um caso clínico de melancolia precipitada por um luto. Em seu tratado de psiquiatria, Meynert defende que essa coincidência não deve ser considerada fortuita ou

aleatória, e coloca a perda como possível precipitadora de surtos melancólicos. Tal descrição corresponde, quase que exatamente, àquela efetuada por Freud no artigo *Luto e melancolia*, o que sugere uma transposição para a esfera psíquica da explicação fisiológica meynertiniana⁶². Meynert, ainda, volta-se para o diagnóstico diferencial da melancolia, efetuando uma comparação com o luto, afirmando que, em um primeiro momento, quanto às suas manifestações, a melancolia pode ser confundida com o afeto fisiológico do luto; prossegue acrescentando que as perdas afetam componentes do ego⁶³. Por fim, Meynert afirma que, entre as causas psíquicas da melancolia, o afeto do luto vem em primeiro lugar (LUSSIER, 2007).

Não cabe aqui insistir na afirmação de que Freud tenha efetivamente se inspirado no estudo de Meynert sobre a melancolia. Lussier (2007) encontra evidências de que Freud lera o tal capítulo sobre a melancolia de Meynert, que fora primeiramente proferido como uma conferência em 1899, antes de ser publicado no tratado de psiquiatria. No entanto, a autora constatou que entre os sete manuais práticos de psiquiatria encontrados na biblioteca pessoal de Freud, esse foi o único a esboçar uma abordagem do luto, a desenvolver uma ligação entre este e a melancolia, e a sugerir a ligação destes com a constituição do ego. Em nosso ponto de vista, o que isso demonstra é que, se Meynert escreveu sobre essas aproximações, é muito possível que elas rondassem o meio científico vienense em que Freud estava inserido; pois encontramos, nos primeiros rascunhos enviados a Fliess, em 1894, conforme tópico anterior, algumas noções a respeito da melancolia em aproximação com o luto – ainda que não consistisse efetivamente em uma teoria do mecanismo psíquico da melancolia como tal. Dessa forma, observamos que Freud não foi exatamente original, ou o primeiro a sugerir a aproximação da melancolia com o luto e a antever sua contribuição para a compreensão da constituição do ego – o que certamente não diminui o mérito de suas contribuições sobre o

⁶² A passagem diz o seguinte: Um exemplo da conexão entre o humor tristonho e a inibição funcional é a morte de um ente querido. A imagem dessa pessoa se liga a uma grande quantidade de associações, e a toda a nossa atividade voltada para o exterior e a tudo quanto possamos ter atrelado à pessoa em causa, devido a seu apoio a todas as nossas iniciativas e atividades, no caso de uma esposa; ou, em se tratando de crianças, como o objetivo disso. Essa imagem cortical abrangente constituiu, por assim dizer, um ponto nodal de associação, qualquer que tenha sido o rumo de nossas reflexões. A ausência de seu objeto dá origem a uma inibição, de longo alcance, do desencadeamento e conclusão das associações. A inibição funcional bloqueia a hiperemia funcional e surge, então, em lugar desta, uma restrição do fluxo arterial; o córtex frontal percebe a fase de respiração dispneica de suas células como um sentimento de luto. Um prolongado sentimento de luto tem repercussões sobre o centro vascular geral, a tez da pessoa de luto torna-se pálida e seu ingerir alimentar diminui (MEYNERT, 1890, p.7 apud LUSSIER, 2007, p.68).

⁶³ Primeiramente, quanto às suas manifestações, a melancolia pode ser confundida como o afeto fisiológico do luto. Nas perdas de pessoas ou mesmo de propriedade, esse possui, realmente, uma afinidade com o mecanismo da micromania. Afinal, as perdas efetivamente afetam componentes do ego secundário, estendido; a sensação de contração fisiológica do ego é parte integrante do afeto do luto (MEYNERT, 1890, p.16 apud LUSSIER, 2007, p.68).

assunto. Contudo, sua originalidade está, sem dúvida, na maneira como abordou a melancolia, em comparação com o luto, em termos psíquicos, sob o registro das formulações a respeito do narcisismo e da constituição do ego.

Poucos anos mais tarde, o tema da melancolia volta às Reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, em 30 de dezembro de 1914, dessa vez em ocasião de uma conferência de Victor Tausk, intitulada *Contribuições a uma exposição psicanalítica da melancolia* (NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p.308). Em sua conferência, Tausk desenvolve duas ideias principais, que atribui a Freud: a mania como substituta de um estado de alma (disposição psicológica, estado afetivo) e a tese do destacamento da libido. Tausk afirma que o tema principal de sua conferência é a relação da melancolia com a mania, e da melancolia com o problema do destacamento da libido.

Sobre a relação entre melancolia e a mania, Tausk afirma que o inconsciente parece livre para se decidir, em certo momento, por uma ou por outra. O estado de alma (estado afetivo) é uma função de investimento libidinal, ficando a questão de saber em qual estágio do desenvolvimento tal investimento faz sua aparição em uma doença: se é no estágio do narcisismo ou no do autoerotismo. Baseado em dois casos, Tausk descreve os elementos presentes no desencadeamento da melancolia. No primeiro caso, chama a atenção para uma paciente cuja melancolia fora desencadeada pela morte do pai e, uma segunda vez, após a morte da irmã. Na fase maníaca, a paciente mostrou traços de maldade, provocação e agressividade. Quanto ao segundo caso, será feita menção a ele apenas na reunião seguinte.

Segundo Tausk, as anameses dos pacientes melancólicos revelam a prevalência de aspectos narcísicos, pois nelas pode ser observada uma grandiosa estima de si mesmo, que se manifesta, entretanto, de modo contrário, sob a forma de desprezo de si mesmo. O autor aborda, também, o medo excessivo de punições que se manifestam como fantasias infantis, o que indica relações com o sadomasoquismo que estivera em ação em um período anterior.

Tausk articula, ainda, relações da melancolia com a demência precoce, afirmando que as ideias niilistas delirantes do melancólico se relacionam ao seu próprio corpo, e encontram seu correspondente no mecanismo visível da demência precoce (esquizofrenia), em que representam distorções da linguagem por meio de alterações em um órgão. Frente a isso, de acordo com suas observações, predominam, na melancolia, alucinações relacionadas ao estômago, ao intestino e ao órgão do olfato. Sobre o medo dos melancólicos, Tausk afirma que este não diz respeito à pessoa como um todo, trata-se, mais exatamente, de um temor

relacionado ao corpo, que se exprime por representações concernentes à iminência de um perigo. Essas alterações das relações com o corpo indicam uma posição da libido autoerótica, fixada nos órgãos individuais que se tornam conscientes e, por isso, levam à demência precoce. Portanto, a diferença entre a melancolia e a demência precoce reside no fato de que, nesta última, o ego tenta se adaptar à posição autoerótica e, devido à regressão intelectual, procura atingir esse estado da libido; ou seja, a regressão libidinal é acompanhada de uma regressão das funções intelectuais. Já na melancolia, ao contrário, não se busca essa adaptação à regressão da libido e o intelecto permanece intacto. Tausk vai insistir que este fato está na origem das autoacusações do melancólico: nos dois casos, da demência e da melancolia, a libido autoerótica ligada a um órgão se torna consciente. O fator distintivo entre elas reside em que, no caso da demência, a regressão se volta para o órgão e, na melancolia, produz-se uma condenação de uma parte da posição da libido narcísica que foi preservada. Essas constatações levam Tausk a afirmar que na constituição narcísica o sadomasoquismo e o erotismo anal predominam. Assim, a tendência à autopunição provém da acumulação de libido autoerótica.

Quanto à mania, Tausk compreende que esta mostra tudo o que se pode observar na melancolia e considera que elas fazem parte de um mesmo mecanismo. A mania constitui a fuga de uma situação insuportável de autoacusações, envolvendo insultos e agressões; por se tratar de um estado no qual tudo é permitido, percebe-se a ausência da ação do julgamento. Assim, para Tausk, essas pessoas são autoeróticas e narcísicas e é por esta razão que não estabelecem contato com o analista.

Tausk afirma, para finalizar, que os melancólicos realmente amaram seus objetos, mas de forma inconsciente, tendo adoecido ao renunciar ao objeto de amor. A falta de consciência aponta para uma ausência na formação da personalidade. Finalmente, considera que a melancolia decorre de um destacamento da libido que não se tornou consciente. Desse modo, a diferente configuração, comumente observada, entre os estados melancólicos em pessoas idosas e em pessoas jovens, reside no fato de que estes últimos possuem ainda a capacidade de amor de objeto e de sua restituição, ao contrário dos primeiros, nos quais esta capacidade está afetada.

Nessa breve apresentação da conferência de Tausk, é possível identificar uma série de elementos que irão ser desenvolvidos em *Luto e melancolia*. Em primeiro lugar, a consideração de que a melancolia e a mania se tratam dos mesmos complexos e se servem dos mesmos mecanismos. Em *Luto e melancolia*, Freud irá considerar que a mania é um triunfo sobre o conflito melancólico. Isso será mais bem desenvolvido em *Psicologia das massas e*

análise do ee (FREUD, 1921). Sobre o destacamento da libido, será esta a chave do mecanismo da melancolia, uma vez que a identificação narcísica consiste em um destacamento da libido do objeto e sua regressão ao ego. Quanto à consideração de que a melancolia se define como um retorno aos estágios do autoerotismo e do narcisismo, vale lembrar que Freud considerou a melancolia um retorno ao estágio do narcisismo, mais exatamente à fase oral canibalística. Ainda há uma pequena questão a esse respeito que precisa ser salientada: inicialmente, Freud distinguia autoerotismo e narcisismo, sendo este último uma reunião dos instintos autoeróticos e seu investimento no ego. Isso foi levado nesses termos até *Introdução ao narcisismo*, em 1914. No entanto, em *Os instintos e seus destinos*, que fora escrito na mesma época de *Luto e melancolia*, e é considerado o texto em que se deve buscar seus fundamentos teóricos, o narcisismo foi recuado a um período mais precoce do desenvolvimento, e o autoerotismo passou a ser considerado sua atividade instintual. Não se sabe a que se deve essa mudança teórica. No entanto, é notável que Tausk estabelece, em sua conferência, uma relação entre o narcisismo, enquanto destacamento e regressão da libido, e a atividade autoerótica, enquanto uma atividade narcísica de investimento da libido no próprio corpo. Na comparação com a demência precoce, Tausk constata que, na melancolia, suas autoacusações e tendências a autopunições provêm da atividade da libido autoerótica; na constituição narcísica, o sadomasoquismo e o erotismo anal predominam. Freud vai formular a noção de um erotismo oral na melancolia - e não o anal. Mas, em *Os instintos e seus destinos*, Freud vai considerar que a transformação do sadismo em masoquismo significa um retorno ao objeto narcísico, no qual o sujeito narcísico é trocado por outro ego via identificação:

[...] levando em conta o estágio preliminar narcísico do sadismo [...] aproximamos de uma concepção mais geral: a de que as vicissitudes que consistem no instinto, para se voltarem contra o próprio Eu e se converterem de ativo em passivo, dependem da organização narcísica do Eu e carregam a marca desta fase (FREUD, 1915, p.70).

Freud estabelece um mecanismo próprio de um estágio precoce em que situa a melancolia, e que está mais próxima de atividades parciais dos instintos, ou seja, de atividades autoeróticas. Frente a isso, seria possível afirmar que a relação estabelecida aqui por Tausk teria estimulado Freud a identificar o autoerotismo enquanto atividade (sádica) do narcisismo? Não poderíamos confirmar essa questão sem maiores incursões sobre o tema, o que nos desviaria de nossos objetivos. No entanto, é certo que a relação entre melancolia e demência precoce sugere uma compreensão teórica neste sentido. A constatação de Tausk, de que na

melancolia prevalecem aspectos narcísicos, mas que se manifestam sob a forma contrária de um engrandecimento do ego, isto é, sob a forma de desprezo de si mesmo, é também o motor das análises freudianas realizadas em *Luto e melancolia*. A regressão à libido, ao invés de causar um engrandecimento de si mesmo, provoca, na melancolia, um empobrecimento extremo do ego. Tausk liga isso ao sentimento de culpa que acompanha as atividades infantis sadomasoquistas da tenra infância. Freud examinará em detalhes como se passa a transformação do sadismo em masoquismo em *Os instintos e seus destinos*, e situará essa transformação inicial na fase preliminar narcísica do sadismo, em que se incorpora prazerosamente o objeto amado e se expõe de si aquilo que causa desprazer. Finalmente, Tausk, ao afirmar que os melancólicos adoecem ao renunciar ao objeto de amor, está realizando uma conclusão baseada em *Introdução ao narcisismo*, em que Freud associa o adoecimento a uma regressão narcísica. O melancólico, de *Luto e melancolia*, adoece ao renunciar ao objeto de amor e identificar-se com ele, mantendo a satisfação da libido, mas deslocada para o próprio ego.

Na discussão que se segue à conferência de Tausk sobre a melancolia, Rank chama a atenção para o fato de Abraham (1912[1911]), em “Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva”, já ter mostrado que a melancolia e a mania são expressão dos mesmos complexos. Rank sugere que a aparente autoacusação de pacientes após a perda de pessoas amadas – “eu nunca a amei” –, deveria ser compreendida como uma tentativa de realizar o objetivo do luto – “se ao menos eu não tivesse amado essa pessoa!”.

Já as observações de Freud à conferência de Tausk soam como um esboço do conteúdo de *Luto e melancolia*. Freud inicia seus comentários dizendo que encontrou certas coisas novas e outras que são já conhecidas. Ele tece, também, um interessante comentário sobre a definição da melancolia:

O critério essencial segundo o qual é preciso descrever os sintomas (que, na prática, jamais aparece sob sua forma pura) e as formas da doença é o seu mecanismo. A observação de casos mais brandos fornece, como mencionou Hitschman, a única possibilidade de delimitar o quadro puro. Se assim o for, há somente *uma só melancolia*, que tem o mesmo mecanismo e que deveria ser curável pela psicanálise (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p. 311, grifo nosso).

Nessa observação, Freud insiste, como fizera nas reuniões acerca do suicídio, que para a psicanálise, o fator mais importante para distinguir as afecções é explicar o seu mecanismo psíquico. Em outras palavras, a descrição dos sintomas só serve à psicanálise enquanto indicativo de mecanismos psíquicos subjacentes à sua formação. Assim, por trás das variadas formas clínicas da melancolia, Freud sugere que teríamos o mesmo mecanismo psíquico em

atividade, o que permitiria agrupá-las em uma unidade. Bem como a histeria e a neurose obsessiva têm seus mecanismos particulares que justificam o estabelecimento de uma entidade clínica a que cada uma delas corresponde, no que concerne à melancolia, uma vez identificado seu mecanismo psíquico de formação, seria permitido também considerá-la uma entidade única, sob a égide de um mesmo mecanismo atuante em todas elas. Na abertura de *Luto e melancolia*, Freud se refere justamente a este problema, a dificuldade de agrupar as melancolias em uma única unidade em função de suas variadas formas clínicas. Como solução, Freud define como o grupo cujo mecanismo pretende elucidar, aquele das melancolias de etiologia psíquica indubitável. Com isso, percebemos que Freud considera fundamental explicar os traços distintivos das doenças, por meio da compreensão de seu mecanismo. À melancolia, apesar de sua variação, estaria subjacente um mecanismo particular, que permitiria, então, explicá-las a partir de um núcleo comum.

Voltando às observações de Freud à conferência de Tausk, Freud se refere à dificuldade do tratamento das melancolias pelas técnicas psicanalíticas. Esse era um dos principais problemas com o qual Freud se debatia naquele período, isto é, compreender as neuroses narcísicas e encontrar um meio para seu tratamento. Freud menciona dois casos que foram tratados com sucesso, cuja técnica residiu no tratamento durante os intervalos situados entre os ataques de melancolia, ou seja, nos períodos de remissão da doença.

Freud afirma, também, ser fato conhecido que a melancolia e a mania são somente duas fases da mesma afecção: a melancolia é uma tentativa que fracassou, a mania uma tentativa secundária. As autoreprovações do melancólico visam a outras pessoas que são apenas redirecionadas contra o próprio indivíduo. Essa constatação vai ser a base de seu argumento, de que o mecanismo básico da melancolia é a identificação narcísica, isto é, de que as autoacusações do melancólico são dirigidas originalmente ao objeto amado, e se voltou contra o próprio ego em função deste se identificar narcísicamente com o objeto perdido – mediante a internalização de um conflito externo, há uma passagem de um conflito com o objeto externo para um conflito entre o ego e a instância crítica. Como sabemos, Freud leva em conta que as afecções psíquicas são sempre o resultado de um conflito inconsciente disparado por frustração; isso aplicado à melancolia pode ser mais bem compreendido se a perda de objeto for tomada como a *frustração* desencadeante do *conflito inconsciente* com o objeto, que é vivido internamente. Isso satisfaz suas premissas etiológicas básicas. Freud relata, ainda, que os casos de remissão espontânea da melancolia servem como prova de que é a ocasião que determina a eclosão do conflito – em outras palavras, as situações de desconsideração, desprezo etc.

Quanto à relação entre o luto e a melancolia, Freud afirma exatamente a constatação encontrada no livro de psiquiatria de Meynert, de 1890: “O modelo fisiológico da melancolia é o afeto do luto” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p. 312). Fisiológico, em neurologia e medicina, tem o sentido de normal; Freud afirma, aqui, que o modelo normal da melancolia é o afeto do luto. E a condição da melancolia é a perda de uma pessoa amada. Em *Luto e melancolia*, será a comparação com o luto que permitirá a Freud sustentar suas teses sobre o mecanismo da melancolia e a perda da pessoa amada - um dos aspectos em comum entre esses estados, já que ambos têm esse mesmo disparador; no entanto, ainda em *Luto e melancolia*, Freud (1917[1915]) assevera que a natureza da perda na melancolia é mais ideal. Em seus apontamentos a Tausk, prossegue afirmando que a melancolia não atinge o mesmo objetivo que o luto, porque naquela se trata verdadeiramente de um amor inconsciente (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983 [1975], p. 312). Em *Luto e melancolia*, Freud (1917[1915]) esclarece que um dos traços distintivos entre o luto e a melancolia é que esta última trata-se de um trabalho inconsciente, que é impedido de realizar o desligamento do objeto em função dos conflitos ambivalentes. Assim, “tudo o que diz respeito a esses conflitos da ambivalência permanece subtraído da consciência” (FREUD, 1917[1915], p.192). Portanto, ao não saber o que perdeu, o melancólico tem reprimido seus sentimentos ligados ao objeto; tanto o amor, quanto o ódio permanecem inconscientes, e o que aparece na superfície em relação ao objeto é um sentimento de indiferença característico da melancolia.

Em observação às afirmações de Tausk sobre a mania, Freud afirma que “a mania nasce de uma contradição: ‘eu não amei o objeto de forma alguma’”, diz o melancólico em seu estado de mania; trata-se, desse modo, de um triunfo sobre o amor pelo objeto, de uma negação de sua dependência narcísica e da minimização do impacto da perda de seu amor (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p. 312). No entanto, insiste Freud, a questão recai em saber se o melancólico consegue realizar essa contradição: “Isto depende – e é isto que há e novo nesta conferência – da questão de saber se o indivíduo consegue anular a sua consciência. Se ele não consegue, e se ele pode continuar a se medir em seu ser interior, ele permanece melancólico” (ibid.). Freud pensa ser justo reunir a melancolia ao grupo das neuroses narcísicas, o que explica a analogia com a demência precoce. A angústia melancólica, defende Freud, é no fundo a angústia do órgão. A angústia narcísica deriva naturalmente do complexo de castração; na outra, a angústia do ego provoca graves sintomas relacionados à alimentação. O problema da alimentação na melancolia surge nessa discussão e surgirá, também, nas cartas trocadas com Abraham sobre o assunto da melancolia. Isso se

deve ao fato de a melancolia, explicará Freud em *Luto e melancolia*, estar ligada a uma regressão à fase oral canibalística, em que o objeto é devorado por introjeção.

Para finalizar, Freud observa que o processo orgânico que pode existir por detrás da melancolia não concerne à psicanálise. Com isso, delimita o campo de atuação da psicanálise aos problemas psíquicos, que segundo assinalamos anteriormente, é a delimitação realizada em *Luto e melancolia*. Finalmente, Freud tece relações entre a libido e os distúrbios do ego, afirmando que nas psicoses trata-se de perturbações da libido, enquanto que nas neuroses, trata-se de problemas da libido de objeto; no limite entre elas, situa-se a paranoia, com sua luta que provém do narcisismo contra a escolha de objeto. Embora os problemas da libido possam ser secundários, a perturbação do ego não se produz sem uma perturbação relativa ao objeto; “é o que nos coloca no direito de qualificar de libidinais os problemas do ego” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p. 312). Com essas afirmações finais, Freud nos remete, aqui, à problemática tão enfatizada em *Introdução ao narcisismo*, uma vez que o ego constitui-se enquanto investimento de libido sobre si mesmo - o que justificaria a formulação teórica de uma libido do ego, que estaria na base das neuroses narcísicas. A psicose é, assim, um distúrbio da libido do ego, e a neurose um distúrbio na libido de objeto. Mais tarde, em 1924, Freud situará a melancolia - e não a paranoia - entre as neuroses e as psicoses, sendo a primeira definida como uma neurose narcísica.

Em 3 de fevereiro de 1915, o tema da melancolia reaparece, de modo muito breve. Tausk realiza um pequeno relato de um caso de uma paciente melancólica, cuja doença estava ligada a uma história de amor. Esse é o segundo caso que Tausk prometera apresentar em sua conferência sobre a melancolia, em 30 de dezembro de 1914. Na paciente em questão, a traição de seu chefe, que foi a causa aparente de sua doença, acha sua contrapartida na traição de seu amante, quando ele se casa com outra mulher; é quando o chefe de sua paciente deixa o trabalho que sua depressão dispara. Freud assinala a apresentação desse caso, que pode confirmar as observações de Tausk; no entanto, insiste que a melancolia produz sintomas por meio de uma identificação com o objeto, pois o adoecimento da paciente de Tausk é, na verdade, uma condenação de seu amante. Freud afirma que “trata-se de uma desilusão amorosa que é, por meio da identificação, projetada sobre o próprio ego da pessoa em questão” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p. 312). “A sombra do objeto caiu sobre o Eu”, diria Freud mais tarde em *Luto e melancolia*, ao que acrescenta: “e a partir de então este pôde ser julgado por uma instância especial como um objeto, o objeto abandonado”, com isso, “a perda do objeto se transformou numa perda do Eu, e o conflito

entre o Eu e a pessoa amada, numa cisão entre a crítica do Eu e o Eu modificado pela identificação” (FREUD, 1917[1915], p.181).

Vemos, assim, que nesse momento, em 3 de fevereiro de 1914, Freud já tem claro que o mecanismo de identificação narcísica é a chave para a compreensão da melancolia: “Assim, o papel do distúrbio libidinal é mais grave que nós pensávamos. Os distúrbios narcísicos são apenas o produto regressivo de distúrbios de amor e mostram a total dependência dos primeiros em relação a escolha de objeto” (FREUD in NUNBERG e FEDERN, 1983[1975], p. 312). A melancolia, uma neurose narcísica, assinalará Freud *Luto e melancolia*, é o resultado de uma regressão da escolha de objeto narcísica para o narcisismo, e isso é confirmado pelas agressões voltadas contra si mesmo que, se observadas mais atentamente, se adequam ao objeto perdido. A tese parece já estar montada nesse momento: identificação, escolha narcísica, regressão de uma escolha de objeto para o narcisismo – em 7 de fevereiro Freud enviará a Ferenczi o esboço da melancolia. Ao que tudo indica, essas duas reuniões e a conferência de Tausk dispararam as teses que estarão na base de *Luto e melancolia*.

4.7 A contribuição de Sándor Ferenczi: a introjeção melancólica

A última reunião em que se abordou a melancolia foi em 3 de fevereiro de 1915, e o esboço da melancolia foi enviado a Ferenczi em 7 de fevereiro do mesmo ano. O início de 1915 é marcado por uma profícua troca de cartas em torno do manuscrito de *Luto e melancolia*, entre Freud e Abraham de um lado e Freud e Ferenczi de outro. Laufer (2011) considera que *Luto e melancolia* é escrito de modo comunitário, em meio a trocas e compartilhamentos entre Freud e seus amigos e discípulos. Para a autora, esse texto é o produto de uma rica confrontação teórica e ininterrupta sobre a questão do narcisismo e da melancolia; assim, além de ser fruto de um importante diálogo de Freud com alguns de seus mais importantes escritos publicados anteriormente, *Luto e melancolia* surge em meio ao diálogo com seus discípulos Karl Abraham, Sándor Ferenczi e Ludwig Biswanger⁶⁴. Destacaremos, brevemente, alguns pontos dos diálogos entre Freud – Ferenczi e Freud – Abraham.

O diálogo entre Freud e Ferenczi sobre a melancolia toma corpo mediante envio de um esboço do artigo *Luto e melancolia*, que aparece referido pelos autores nessas correspondências como “esboço da melancolia”. Na carta que Freud envia a Ferenczi, em 7 de

⁶⁴ Para um exame aprofundado do debate em torno dos estados depressivos entre Freud e seus discípulos ver Lussier, D. *Le travail de deuil*. Paris: Puf, 2007 ; e LAUFER, L. Préface à *Deuil et mélancolie*. Paris: Éditions Payot, 2011.

fevereiro de 1915, encontramos delineado o conteúdo principal sobre a teoria freudiana da melancolia. Freud (FREUD-FERENCZI, 1996, p. 58-59) começa dizendo o seguinte: “O mecanismo da melancolia que eu lhe apresento aqui é um início da exploração das neuroses narcísicas que nós devemos abordar agora”. No período entre o verão de 1914 e a primavera de 1915, Freud se encontra envolvido com o problema do narcisismo e suas contribuições para a compreensão das neuroses narcísicas. Para Freud, ao elucidar o narcisismo e a constituição do ego, como havia acabado de fazer em *Introdução ao narcisismo*, se abriria um caminho inédito à psicanálise, que era a compreensão das psicoses – que vinha sendo acusada, por Jung, de ter fracassado na explicação dessas afecções. Assim, Freud escreve a Lou Andreas-Salomé em 1º de abril de 1915: “eu acho os pontos de vista sobre o narcisismo muito útil para o exame da melancolia e de outros estados até aqui muito obscuros” (FREUD-LOU ANDREAS SALOMÉ, 1915, p.38). É possível notar, aqui, que Freud estava realmente envolvido com o problema da melancolia, muito mais por conta do narcisismo, do que por seu interesse legítimo pela afecção. É que a melancolia permitira a Freud explicar e ilustrar uma série de processos envolvidos no narcisismo e na constituição do ego.

Voltando ao esboço enviado a Ferenczi, em 7 de fevereiro de 1915, Freud sugere o seguinte: (1) Uma comparação da melancolia com o luto, por ambos se tratarem de um processo de desinvestimento do objeto perdido. Assinala que na melancolia também se perdeu alguma coisa, como no luto, mas que não se sabe o que é; (2) O quadro da melancolia pode ser esclarecido ao se analisar o empobrecimento do ego e as autoacusações que advêm do ideal; (3) As autoreprovações que o melancólico dirige a si mesmo, se adequam, na realidade, a outra pessoa, de quem foram retiradas e voltadas para o próprio ego, por meio da identificação do ego com o objeto libidinal: “O ego está em luto porque ele perdeu seu objeto por desvalorização, mas ele projeta o objeto sobre si mesmo e se acha então ele mesmo desvalorizado. A sombra do objeto cai sobre o ego e o obscureceu”. O luto melancólico ocorre a expensas dos investimentos do ego e não do objeto; (4) O melancólico corresponde aos casos neuróticos que compensam faltas em seu próprio ego por meio das qualidades superiores de seu objeto sexual. Com isso, propõe uma diferenciação entre identificação histérica e narcísica. Na primeira, o ego é modelado segundo o objeto, mas o investimento objetual é mantido, persistindo no inconsciente com uma força exagerada e submetendo o ego e a censura do ego. Na identificação narcísica da melancolia, o investimento objetual é retirado, o ego se apodera de sua imagem e a censura do ego permanece intacta. No lugar de um conflito entre o ego e o objeto há, agora, um conflito entre o ego-objeto e a censura do ego; (5) As condições específicas do mecanismo da melancolia não são ainda exploradas. A

preponderância da escolha narcísica de objeto, a incapacidade ao investimento de objeto parece estar entre as condições (FREUD-FERENCZI, 1996, p. 58-59).

É possível antever, nesse esboço, a arquitetura do edifício construído em *Luto e melancolia*: o investimento objetal narcísico, a perda do objeto por desvalorização, a natureza inconsciente da perda, o processo de identificação narcísica com o objeto perdido, o estabelecimento do conflito entre o ego e o ideal (instancia crítica ou censura). No entanto, nem uma palavra sobre a ambivalência que vá além da constatação de um conflito com o objeto que foi deslocado para o ego. Toda a arquitetura é construída sobre as contribuições de seu artigo sobre o narcisismo, no qual apresenta todos estes elementos: a regressão da libido ao ego, a escolha narcísica de objeto, a formulação da instância ideal do ego, a regulação da autoestima por meio do narcisismo. Todavia, o pilar principal, a identificação narcísica, se deve também a uma contribuição de Tausk (1916), num trabalho apresentado no Congresso de Psicanálise de Munique, em setembro de 1913, em que descreve a dupla identificação de uma jovem mulher com ambos os pais. A jovem em questão não se identifica apenas com o pai, mas também com a mãe e, desse modo, ela continua com a escolha de objeto narcísica e permanece no estágio do narcisismo. Com esse caso, Tausk pretendeu mostrar a importância do mecanismo de identificação para o narcisismo e a preparação da escolha de objeto⁶⁵ (LUSSIER, 2007). Vale notar que, no artigo *Luto e melancolia*, Freud atribui tal ideia a Karl Landauer (1914) e seu trabalho *Remissão espontânea de uma catatonía*. Nesse trabalho, Landauer aborda o caso de uma jovem que fora acometida de uma catatonía após a morte do pai. Landauer (1914) explica o sintoma como sendo fruto de uma identificação narcísica com o pai, pois ao invés de levar a cabo o luto pelo pai morto, a jovem abandonou o amor pelo pai e recorreu à primitiva escolha de objeto, característica do narcisismo; frente a isso, a jovem transforma o amor e o ódio no estágio preliminar da escolha de objeto, o narcisismo. Nota-se que esta descrição é praticamente idêntica à realizada por Freud em *Luto e melancolia*. Contudo, observa Lussier (2007), que em uma nota de rodapé o próprio Landauer (1914) atribuiu a Tausk a origem da noção da identificação narcísica apresentada em seu trabalho nesse Congresso de 1913.

Essa não será a única polêmica em torno do mecanismo de identificação narcísica. Retornando à correspondência entre Freud e Ferenczi, este último se manifesta ao esboço de

⁶⁵ Em 1916 Tausk publica um artigo em que compara as psicoses de guerra com a melancolia. Nesse artigo, o autor se refere à escolha narcísica de objeto e à identificação narcísica. Tausk atribui a originalidade destas ideias a um artigo não publicado na época de Freud, certamente *Luto e melancolia*, e ressalta o consentimento deste último para utilizar esses conceitos em seu trabalho. Cf. TAUSK, V. (1916) Diagnostic considerations concerning the symptomatology of the so called war psychoses. *Psychoanal. Q.*, 38:382-404.

Luto e melancolia com comentários a respeito do mecanismo de identificação e sua relação com os conceitos de introjeção e projeção. Em carta resposta a Freud, em 22 de fevereiro de 1915, Ferenczi escreve:

Eu acho muito boa a ideia sobre a melancolia. De ponto de vista do Sr. a melancolia seria alguma coisa intermediária entre as neuroses de transferência e as neuroses narcísicas propriamente ditas: o luto da perda de objeto de amor se transforma em luto pelo ego narcísico. O ponto de fixação se acha então provavelmente no estágio de transição do narcisismo ao amor objetal. O fato que se tratasse aqui de um duplo mecanismo de projeção e de introjeção (delimitação do ego em relação ao não ego) falaria inteiramente a favor desta ideia. A melancolia seria então (segundo seu mecanismo) a psicose de introjeção propriamente dita (deslocamento do afeto, do objeto sobre o ego), enquanto que a histeria, etc. realiza somente um deslocamento de um objeto sobre outro, e a paranoia a projeção do ego sobre o mundo exterior. Com vossa permissão, eu guardarei as páginas sobre a melancolia ainda um a dois dias, para enviá-las, em seguida, a Abraham (FREUD-FRENCZI, 1996, p.60-61).

Os comentários de Ferenczi consistem em muito mais que simples observações. Ele, além de complementar as ideias de Freud, teoriza sobre elas. Primeiramente, situando um lugar para a melancolia no curso do desenvolvimento do aparelho psíquico, formulando, assim, o ponto de vista etiológico. Esse método teórico era uma necessidade que Freud levava em alta conta, pois permitia explicar o problema da escolha da neurose. Para Freud, a fixação em determinado período do desenvolvimento e a regressão para modos de funcionamento psíquico relativos ao período em que se está fixado permitiam explicar por qual motivo um sujeito reagia à frustração com uma neurose histérica, ou com uma neurose obsessiva, por exemplo. Encontrar os pontos de fixação correspondentes das patologias era uma exigência primordial para Freud, conforme mostramos no capítulo 2. Dessa maneira, segundo os processos psíquicos em ação, Ferenczi situa a melancolia entre as neuroses de transferência (histeria e neurose obsessiva) e as neuroses narcísicas propriamente ditas, ou seja, a paranoia e a demência precoce (esquizofrenia), cujos mecanismos predominantes são os de projeção e introjeção. Isso corresponde, como sabemos, ao que Freud estabeleceu dez anos mais tarde, em *Neurose e Psicose* (1924 [1923]), no qual propõe a mesma distinção, situando, de um lado, as neuroses e, de outro, as psicoses, estando, entre elas, a melancolia, designada como a única neurose narcísica – com essa definição, vemos a sugestão de Ferenczi levada à risca, diante do que a melancolia se torna o estado intermediário entre a neurose e a psicose. Situando seu ponto de fixação no estágio de transição entre o narcisismo e a escolha objetal, Ferenczi oferece uma explicação não somente para a melancolia, mas também para os mecanismos em ação na fase precoce do desenvolvimento. Assim, Ferenczi atenta para o fato de, na melancolia, ser possível observar em ação um mecanismo psíquico muito primitivo, a

introjeção. Em *Luto e melancolia*, no entanto, Freud não utiliza o termo introjeção, mas, em contrapartida, irá desenvolver a sugestão de Ferenczi em situar a fixação da melancolia justamente neste estágio de discriminação do ego e não ego – o que também foi uma sugestão de Abraham, conforme veremos adiante. Segundo Ferenczi, a melancolia, enquanto uma afecção cuja disfunção recai sobre o mecanismo de introjeção, estaria situada entre a histeria, que desloca sua libido de um objeto para outro, e a paranoia, que, ao projetar o seu ego para o exterior, indica uma disfunção de sua relação com a realidade e da predominância do mecanismo de projeção diante do mundo externo.

A carta seguinte deveria ser uma resposta de Freud a Ferenczi que, no entanto, não consta nas edições publicadas das correspondências entre os psicanalistas. O que nos leva à carta seguinte, enviada por Ferenczi em resposta a Freud, em 25 de fevereiro de 1915:

Não penso ter compreendido mal vossa ideia sobre a melancolia. Mas, é verdade que eu aproveitei também desta ocasião para colocar mais uma vez o valor minha 'introjeção'. (Você chama projeção da sombra do objeto sobre o ego narcísico, o que eu preferiria chamar de introjeção). Mas, chamando sua atenção para este termo, eu não queria esgotar meu julgamento e minha interpretação de vossa ideia sobre a melancolia. Eu não penso tê-lo compreendido mal (FREUD-FERENCZI, 1996, p.62-63).

O início dessa carta nos indica que, na carta anterior, Freud, diante das sugestões de Ferenczi, acusa-o de ter compreendido mal suas proposições acerca da melancolia. Por conseguinte, Ferenczi destaca explicitamente que sua intenção era sublinhar que a melancolia permite reconhecer o valor de seu conceito de introjeção. A resposta de Ferenczi é tão rica em elementos teóricos que podemos considerar que seus comentários tiveram o status de contribuições para Freud na elaboração do artigo *Luto e melancolia*. Ao fragmento anterior, se segue o seguinte:

O que eu compreendo, é que, segundo vosso ponto de vista, o melancólico suicida comete, de fato, um duplo suicídio. Ele se mata (seu ego crítico) e também a seu (ego) bem amado, que se mostrou indigno dele, após ter conseguido (o ego narcísico) lhe enganar (ele, o ego crítico) por um certo tempo. A doença é disparada pela decepção causada por outras pessoas que serviam de modelo ao ego narcísico e, em cujas quais a depreciação revela ao mesmo tempo sua própria desvalorização. A melancolia é, por consequência, um caso de estado amoroso infeliz (indigno) de si mesmo, enquanto que o demente precoce é felizmente casado com seu ego narcísico, e o paranoico (que não é mesmo inteiramente satisfeito consigo mesmo) é capaz de manter (aos seus próprios olhos) a ilusão da felicidade. Eu reconheço também que os termos pro e introjeção devem ser tomados cum grano salis⁶⁶. Em todo processo de identificação se encontram o narcisismo exteriorizado (projetado) e o objeto interiorizado (introjetado) no ego. Ele deve se tratar de um processo constante, oscilatório; projeção e introjeção designam somente a predominância de uma ou de

⁶⁶ [com ponderação]

outra direção depois de efetuada a identificação. É verdade que, desde a introdução do narcisismo, somos obrigados a admitir dois limites de identificação (pro e introjeção): 1) à fronteira entre o ego e o ego narcísico, 2) entre ego narcísico e mundo exterior. Todos os mecanismos que nós constatamos ao limite do objeto são também muito concebíveis a fronteira entre a censura do ego e do objeto do ego. Isto dito, é bem possível, entretanto, que eu não tenha lhe compreendido. Um caso melancólico me levará talvez à compreensão que me faz falta. Com minhas cordiais saudações, Seu F (FREUD-FERENCZI, 1996, p.62-63).

Nessa exposição, Ferenczi mostra aguda compreensão da proposição freudiana acerca dos processos psíquicos da melancolia. De início, o autor chama a atenção para o problema do suicídio, que indica a introjeção do conflito vivido na relação com o objeto e sua reedição sob a forma do conflito entre o ego e a instância crítica: o melancólico comete um duplo suicídio, diz Ferenczi. Depois tece uma série de considerações que mostram que ele estava muito inteirado das formulações freudianas sobre o narcisismo, ao mesmo tempo em que insere o papel de seu conceito de introjeção na formação do psiquismo – sugerindo que os mecanismos em ação, na relação com os objetos, são os mesmos entre as instâncias psíquicas. De fato, somos enviados à polêmica em torno do conceito de introjeção que, segundo Prado de Oliveira (2011, p.44), representa a ambivalência de Freud presente na relação com Ferenczi, que fora marcada pelo fato de “sedução generalizada e rivalidade generalizada caminharem lado a lado”. Segundo o autor, o conceito de introjeção surgiu originalmente no artigo *Transferência e introjeção*, o qual Ferenczi (1909) criou para destacar um processo oposto à projeção, proposto por Freud no contexto da paranoia. Entre 1912 e 1913, Ferenczi volta muitas vezes ao assunto do conceito de introjeção, procurando explicitar suas ideias, mas, na verdade, isso levou a uma multiplicidade “de conceitos para explicar fenômenos similares ou que recobrem um mesmo terreno de experiência”, o que é visto por Prado de Oliveira (2011, p.47) como um “sinal certo de confusão a respeito dos fenômenos observados e da dificuldade em distingui-los”. Em 1914, Ferenczi volta ao tema de introjeção ao tratar longamente das teses apresentadas por Abraham (1912[1911]) em seu artigo sobre a melancolia. Nesse contexto, ele reivindica para si mesmo o estabelecimento dos mecanismos de introjeção e projeção como a base da formação dos sintomas na neurose, que são determinadas pela fixação ao estágio projetivo ou ao estágio introjetivo do desenvolvimento do sentido de realidade (PRADO DE OLIVEIRA, 2011, p.48). Em *O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios* (1913), Ferenczi aborda os períodos precoces do desenvolvimento do ego, cuja preocupação também ocupava Freud naquele momento. Ferenczi descreve o período inicial do desenvolvimento, em que o bebê tem uma relação onipotente com o mundo e se sente uno com o universo. A necessidade de distinguir a

realidade trás consigo, por meio de uma discordância dolorosa, a obrigação de “distinguir de seu ego, como constituindo o mundo externo, certas coisas malignas que resistem à sua vontade, ou seja, a separar os conteúdos psíquicos subjetivos (sentimentos) dos conteúdos objetivos (impressões sensoriais)” (FERENCZI, 1913, p.53). Assim, Ferenczi é levado a distinguir projeção e introjeção:

Chamei antes fase de introjeção do psiquismo ao primeiro destes estágios, quando todas as experiências ainda estão incluídas no ego, e fase de projeção ao estágio que se lhe segue. De acordo com essa terminologia, poderíamos designar os estágios de onipotência como fase de introjeção, e o estágio de realidade como fase de projeção do ego (FERENCZI, 1913, p.53).

Encontramos aqui uma distinção entre projeção e introjeção próxima àquela feita na carta enviada a Freud no dia 25 de fevereiro de 1915. No entanto, segundo sabemos, a relação da projeção com a introjeção não será abordada por Freud em *Luto e melancolia*, como era de se esperar, mas em *Os instintos e seus destinos*, escrito no mesmo período, para explicar o papel desses mecanismos atuantes no estágio do narcisismo:

Na medida em que é autoerótico, o Eu não precisa do mundo exterior, mas recebe dele objetos, devido às experiências dos instintos de conservação do Eu, e portanto não pode deixar de sentir estímulos instintuais internos como desprazerosos por algum tempo. Sob o domínio do princípio do prazer se efetua nele mais uma evolução. Ele acolhe em seu Eu os objetos oferecidos, na medida em que são fontes de prazer, *introjeta-os (conforme a expressão de Ferenczi)* e por outro lado expeli de si o que se torna, em seu próprio interior, motivo de desprazer (Ver mais adiante o mecanismo de projeção) (FREUD, 1915, p.74, grifo nosso).

Nesse artigo, que parece ser o primeiro emprego do termo no contexto da teoria freudiana⁶⁷, Freud adota o termo introjeção e o contrapõe ao termo projeção, ao considerar a origem da oposição fundamental ego/sujeito/prazer x mundo exterior/objeto/desprazer. Assim, Freud (1915) vai chamar esse ego autoerótico/narcísico de “Eu prazer purificado”, que se constitui na medida em que introjeta tudo aquilo que sente como fonte de prazer, e projeta para o exterior o que é fonte de desprazer. Apreendemos, por meio das cartas enviadas a Abraham nesse mesmo período, que *Os instintos e seus destinos* foi escrito entre 15 de março – “Após esta carta, eu começo a redação de Instinto e destinos dos instintos” – e 4 de maio de 1915: “Eu terminei cinco ensaios: sobre “Instintos e destinos dos instintos”, que é sem dúvida um pouco árido, mas indispensável como introdução, e que achará significação nos seguintes” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.302-308). Ou seja, as formulações que constam nesse artigo, do qual extraímos o fragmento anterior, datam de pouco mais de 15 dias após a troca de cartas

⁶⁷ Cf. nota do editor James Strachey em *Os instintos e suas vicissitudes* (1915).

com Ferenczi, cujo debate em torno dos mecanismos de projeção e introjeção vieram à tona sob o pano de fundo da melancolia. Vale destacar, ainda, sobre essa questão, que ao considerar *O instinto e seus destinos* (1915) “indispensável como introdução, e que achará significação nos seguintes”, Freud insere indiretamente o conceito de introjeção no campo da melancolia, pois esse artigo e sua discussão sobre os mecanismos atuantes na fase do narcisismo/autoerotismo colocam o mecanismo em posição nuclear em relação àquela afecção.

Embora não figure em *Luto e melancolia*, o conceito de introjeção irá marcar a teoria freudiana da melancolia, visto que, ao retomar o assunto, em *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921) e em *O Eu e o id* (1923), Freud o utilizará muitas vezes. Segundo Prado de Oliveira (2011, p.54-55), “Freud desloca de *Luto e melancolia* para *Psicologia das massas e análise do Eu* as considerações sobre a melancolia e a introjeção que Ferenczi teria esperado em seus primeiros artigos”. Assim, em *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921), ao tratar da identificação, Freud (1921, p.65-67) escreve:

[...] primeiro, a identificação é a mais primordial forma de ligação afetiva a um objeto; segundo, por via regressiva ela se torna o substituto para uma ligação objetal libidinosa, como que através da *introjeção do objeto no Eu*. [...] Outro exemplo dessa *introjeção do objeto* nos é dado pela análise da melancolia, afecção que tem, entre suas causas mais notáveis, a perda real ou afetiva do objeto amado. Uma característica maior de casos assim está na cruel autodepreciação do Eu, unida a uma implacável autocrítica e amargas recriminações a si próprio. As análises revelaram que essa avaliação e esses reproches se aplicam ao objeto, no fundo, representando a vingança do Eu frente a ele. A sombra do objeto caiu sobre o Eu, afirmei em outro lugar. A *introjeção do objeto*, aqui, é inconfundivelmente clara. [...] Mas essas melancolias mostram ainda algo mais, que pode ser importante para nossas considerações posteriores. Elas nos mostram o Eu dividido, decomposto em dois pedaços, um dos quais se enfurece com o outro. Esse outro pedaço é aquele transformado pela *introjeção*, e que contém o objeto perdido (FREUD, 1921, p.67, grifo nosso).

Freud considera, aqui, que o mecanismo atuante na melancolia - a identificação narcísica - é definido como a primeira forma de relação afetiva com um objeto, e a introjeção do objeto é considerada um componente desse mecanismo, que tem sua expressão no período narcísico da fase oral canibalística. A melancolia é a afecção que permite observar o funcionamento desse mecanismo com maior clareza. Nela, a introjeção do objeto é inegavelmente clara, diz Freud. Segundo Prado de Oliveira (2011, p.55), Freud não realiza ao acaso esse deslocamento:

[Freud] procede um longo desenvolvimento, onde a outra parte do ego a qual ele se refere, aquela que ‘inclui a consciência, instância crítica no ego’, ela, não é resultante da introjeção, mas provém do narcisismo originário em seu reencontro com a coletividade ao meio de uma refeição tomada em comum. Freud deixa mais

um extenso lugar a introjeção, como condição que este lugar pudesse incluir suas próprias teses de *Totem e tabu* e sua relação curiosa à Robert Smith. A ambivalência de Freud a respeito de Ferenczi e de sua contribuição a psicanálise se traduz em elaboração teórica.

Como vemos, Prado de Oliveira (2011) destaca que, embora Freud reserve um lugar mais amplo para a introjeção em sua obra, isso é feito como uma maneira de valorizar suas próprias teses e a partir delas. Em *O eu e o id* (1923), ao abordar a formação do ego e do superego, Freud introduz, mais uma vez, o assunto da melancolia associado ao conceito de introjeção, como aquela em que permite ilustrar os processos de formação do aparelho psíquico. Aqui, o termo introjeção aparecerá mais uma vez:

Se um tal objeto sexual deve ou tem de ser abandonado, não é raro sobrevir uma alteração no Eu, que é preciso descrever como estabelecimento do objeto no Eu, como sucede na melancolia; ainda não conhecemos as circunstâncias exatas dessa substituição. Talvez, com essa *introjeção* que é uma espécie de regressão ao mecanismo da fase oral, o Eu facilite ou permita o abandono do objeto. Talvez essa identificação seja absolutamente a condição sob a qual o Eu abandona seus objetos. De todo modo, o processo é muito frequente, sobretudo nas primeiras fases do desenvolvimento, e pode possibilitar a concepção de que o caráter do Eu é um precipitado dos investimentos objetivos abandonados, de que contém a história dessas escolhas de objeto.

Freud associa novamente a melancolia ao tema da constituição do aparelho psíquico, que é formado mediante identificações com os objetos, por meio da introjeção destes no ego. Conforme mostra Prado de Oliveira (2011), a falta de referência à introjeção e a Ferenczi, em *Luto e melancolia*, soa como um fato incompreensível. É, sem dúvida, o que observamos nessa breve apresentação. O autor salienta que, no momento em que o conceito de introjeção entre em uma longa hibernação na obra de Ferenczi, deixando de ser fecundo em sua obra, ele começa a se tornar fecundo e explicativo na obra de Freud, com uma importância teórica variável. A introjeção, afirma o autor, será fecunda na obra de Freud “como equivalente psíquico de incorporação, como momento da formação do ego, como fator explicativo essencial na melancolia ou como fator de resolução do complexo de Édipo” (PRADO DE OLIVEIRA, 2011). O autor mostra que Freud utiliza, à sua maneira, o conceito de introjeção, ainda em *O problema econômico do masoquismo* (1924), em *Inibição, sintoma e ansiedade* (1926[1925]) e em *A dissolução do complexo de Édipo* (1924a), para abordar a formação do superego como a instância parental introjetada. Assim, conforme sublinha Prado de Oliveira (2011), a origem do conceito de introjeção foi cercada de dificuldades, tendo sido ele apropriado por Freud e Abraham de modo particular, além de ter se tornado um dos pilares da psicanálise com Klein. Dessa forma, embora o conceito seja redefinido em diferentes

contextos, melancolia e introjeção permanecerão intimamente ligadas (PRADO DE OLIVEIRA, 2011, p. 52).

4.8 As contribuições de Karl Abraham: o sadismo e o erotismo oral

A rigor, o artigo *Luto e melancolia* (FREUD, 1917[1915]) é tomado como ponto de partida sobre o qual se baseiam as diversas teorias psicanalíticas acerca dos estados depressivos. Ele tem sido lembrado – ao lado do artigo de Karl Abraham (1912[1911]) intitulado “Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva” – como uma das contribuições inaugurais sobre os processos psíquicos que estão na base dos diversos estados depressivos. Entretanto, May (2001) considera que o trabalho propriamente inaugural e inovador sobre o assunto da depressão no meio psicanalítico é um artigo menos conhecido de Abraham (1911), intitulado “Giovanni Segantini: ensaio psicanalítico”, que tem sido lembrado mais comumente como um ensaio de psicanálise aplicada. Nesse artigo, Abraham realiza interpretações psicanalíticas sobre os episódios depressivos do pintor Segantini e os associa à repressão da imagem da mãe má, deixando de considerar outros aspectos. Segundo May (2001, p.291), o trabalho em questão traz duas inovações à contribuição psicanalítica dos estados depressivos: “o ódio do menino à mãe e suas vicissitudes, considerados parcialmente responsáveis pela depressão – e uma nova dimensão afetiva em seu relacionamento com a figura materna: o ódio, desejo de vingança e morte”. O argumento de May (2001) é que o artigo de Abraham (1911) sobre Segantini aborda a depressão de uma forma nova, diferenciada e surpreendente, transformando-o na mais recente contribuição psicanalítica sobre o assunto. Com isso, segundo o autor, as teorias psicanalíticas sobre os estados depressivos são um segmento da teoria desenvolvida por Abraham, e não por Freud. Resta ainda salientar que se deve a Abraham a formação dos analistas que irão desenvolver importantes contribuições psicanalíticas sobre os estados depressivos, a saber, Helene Deutsch (1930, 1933), Sandor Rado (1928) e Melanie Klein (1935, 1940)⁶⁸. Talvez por esse motivo, suas teorias sobre a depressão tenham exercido influência considerável no pensamento psicanalítico. Nosso ponto de vista é que esses psicanalistas realizaram uma de leitura de *Luto e melancolia* permeada pela visão de Abraham sobre os estados depressivos.

⁶⁸ Para uma visão mais detalhada das contribuições de Abraham às teorias psicanalíticas sobre os estados depressivos e as diferenças de perspectivas concernentes a estes estados entre as suas elaborações e aquelas de Freud, remetemos o leitor ao artigo de Ulrike May, “Abraham’s Discovery of the “bad mother”: a contribution to the history of the theory of depression”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 82 (2), 2001, p. 283-305.

Segundo Laufer (2011), é Abraham (1912[1911]) que suscita o interesse de Freud sobre a questão da melancolia com a apresentação de seu artigo, em setembro de 1911, no Terceiro Congresso de Psicanálise – sua conferência foi denominada *A origem psicosexual dos estados depressivos e da mania*. Assim, no contexto psicanalítico, Abraham (1911, 1912[1911]) foi o primeiro a formular um modelo teórico e etiológico para os estados depressivos. Abraham, que tinha uma sólida formação psiquiátrica, utilizou a denominação psicose maníaco depressiva, vigente na psiquiatria em seu período, para designar a melancolia, e compreendê-la como um estado paradigmático para a elucidação dos estados depressivos.

Em “Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva”, Abraham (1912[1911]) realiza também uma comparação entre a depressão melancólica e o luto, como Freud o fizera em *Luto e melancolia*, mas sob uma ótica diversa. Para Abraham, essa aproximação se justificava pelo fato da depressão ser uma forma de pesar pela perda de satisfação libidinal. O autor considera que a depressão surge quando o indivíduo renuncia à esperança de satisfazer suas tendências libidinais, e não pode sentir-se amado e nem capaz de amar, não chegando nunca a estabelecer uma intimidade emocional de fato. Frente a isso, Abraham afirma que o luto ou a tristeza, de um lado, e a depressão, de outro, podem ser comparados, sendo que esta última se diferencia dos primeiros por ser inconscientemente motivada e consequência da repressão. Para compreender as contribuições trazidas pelo artigo de Abraham, é preciso levar em conta a combinação de duas linhas do pensamento freudiano. Valendo-se do quadro da teoria da libido e dos principais conceitos psicanalíticos formulados até essa época, Abraham se esforça para incluir as desordens depressivas sob a ótica dos mecanismos psíquicos de repressão e da projeção. A projeção é derivada do contexto dos estudos sobre as psicoses, que começavam a ser devidamente explicadas naquela época. Nesse período, que começa a se estabelecer uma compreensão das afecções psicopatológicas via teoria do narcisismo, as psiconeuroses, em geral, eram interpretadas à luz da teoria da libido, como consequências do processo de repressão libidinal. Assim, a repressão é retirada do contexto da teoria da libido, cujo mecanismo é o principal fator etiológico na origem das neuroses de transferência.

Contudo, a contribuição mais original de Abraham, nesse texto, é a compreensão dos sentimentos ambivalentes – amor e ódio – do melancólico baseado na anialidade. Para compreender a insistência de Abraham em discutir a melancolia em relação com os traços do caráter obsessivo, é necessário levar em conta que a ambivalência surge no contexto da teorização da neurose obsessiva. Aliás, Abraham recorre às recém-publicadas contribuições

freudianas à neurose obsessiva, e define os aspectos ambivalentes próprios da fixação à fase anal como aspecto preponderante entre os estados depressivos. Isso leva Abraham a realizar uma comparação entre depressão e ansiedade, em que ambas seriam o resultado da repressão do instinto sexual: um neurótico será tomado de angústia quando seu instinto tende para uma satisfação que a repressão lhe impede de alcançar, enquanto a depressão aparece quando ele renuncia a seu objeto sexual, sem sucesso nem satisfação. Além de realizar uma comparação entre os afetos de luto e depressão, a análise de Abraham incide sobre a comparação entre os estados depressivos e os obsessivos, cuja semelhança reside na profunda ambivalência de ambos. Assim, nesses estados, a busca de amor permaneceria bloqueada em função dos fortes sentimentos de ódio reprimidos e da incapacidade do indivíduo em renunciar a extrema hostilidade. Essa seria a base a partir da qual ocorreria o processo de projeção: as pessoas não me amam, na verdade, me odeiam. Os sentimentos intensos de culpa se deveriam ao fato dos desejos destrutivos existentes, nesses casos, permanecerem reprimidos e inconscientes. Por isso, o sujeito obtém satisfação por meio das autoreprovações. A mania consistiria em um retorno ao período da infância anterior à instalação do processo repressivo, e manifestaria aquilo que esteve reprimido durante a fase depressiva. Com isso, é definida uma fixação nos processos psíquicos da fase anal.

No mesmo período em que debatia com Ferenczi o problema da introjeção na melancolia, Freud também trocava com Abraham uma série de cartas sobre o assunto da melancolia. Freud enviara o esboço sobre a melancolia primeiramente a Ferenczi, em 7 de fevereiro de 1915, e recomendou que este enviasse, em seguida, para Abraham. Freud comenta sobre o esboço com Abraham na carta que lhe envia, datada de 18 de fevereiro de 1915: “Eu terminei algo novo sobre a melancolia; ele está com Ferenczi neste momento; ele lhe enviará” (FREUD-ABRAHAM, 2006, p.297-298). Um simples comentário sobre um tema tão caro a Abraham, apenas de passagem, entre tantas outras coisas. Em carta de 22 de fevereiro de 1915, Ferenczi comunica a Freud que ficará mais alguns dias com o esboço da melancolia: “Com sua permissão, eu guardarei as páginas sobre a melancolia ainda um a dois dias, para enviá-las, em seguida, a Abraham” (FREUD-FERENCZI, 1996, 60-61).

A primeira carta que Abraham escreve a Freud, após ser notificado que iria receber novidades a respeito da melancolia, foi em 28 de fevereiro de 1915, e contém uma observação a respeito das provas de outro artigo recém-impresso, *Observações sobre o amor de transferência* (FREUD, 1915c). Freud enviara as provas tipográficas de seu artigo sobre a transferência, junto à carta de 18 de fevereiro de 1915, aquela em que menciona, também, o esboço da melancolia pela primeira vez. Isso foi alvo de um erro de interpretação por parte de

Lussier (2007), que tomou os comentários de Abraham sobre o artigo *Observações sobre o amor de transferência* (FREUD, 1915c) erroneamente, como sendo concernentes ao esboço da melancolia. Assim, a autora interpreta a crítica de Abraham, que trata com certa indiferença o artigo *Observações sobre o amor de transferência* (FREUD, 1915d), como uma indiferença relativa ao esboço da melancolia e constrói o argumento de que o psicanalista berlinense estaria incomodado com o conteúdo deste último. Como vemos, isso não é verdade, pois Abraham estava se referindo às *Observações sobre o amor de transferência* (FREUD, 1915d) e não ao esboço da melancolia, que não havia recebido ainda. Abraham escreve o seguinte:

Antes de qualquer coisa, eu lhe agradeço pelas provas que me enviou. Eu não tenho nenhuma objeção desde a primeira até a última linha. Minha grande satisfação é que o que se disse neste ensaio confirma minhas muitas experiências. Se eu disse que é o primeiro ensaio de vossa autoria que não me trouxe nada de novo, isto significa simplesmente que, por uma vez, eu não me senti obrigado a rever nenhum ponto. Ao contrário, minhas observações não estavam ainda ordenadas com tanta clareza; é pela estruturação do artigo que eu aprendi tantas coisas (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.299).

A única constatação que pode ser feita é que, além da fria reação ao conteúdo do artigo *Observações sobre o amor de transferência*, conforme pode ser lido no fragmento citado, Abraham não escreve sequer uma palavra sobre o esboço da melancolia. Ainda, ao momento dessa carta, que data de 28 de fevereiro, é possível que Abraham tampouco tivesse recebido o esboço, pois, segundo vimos, Ferenczi pediu a Freud, em 22 de fevereiro para permanecer com o texto mais alguns dias. Em resposta a Abraham, Freud escreve, logo em seguida, em 4 de março de 1915:

O sentido muda, mas o resultado é o mesmo. Quando o Sr. diz que minha última contribuição não lhe ensinou nada de novo, isto é tão gratificante para mim, quanto a vossa ênfase costumeira do oposto. Eu acredito que esta contribuição é a melhor e a mais útil de toda a série, assim estou preparado para que ela evoque a mais forte oposição (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.300).

Freud comunica a Abraham que, mesmo se habitualmente este costumava receber cada novo trabalho freudiano com entusiasmo, ao dizer, dessa vez, que não enxergara nada de novo em seu artigo *Observações sobre o amor de transferência* (FREUD, 1915d), sentia-se igualmente gratificado provavelmente por entender que o “não trouxe nada de novo” de Abraham poderia indicar que ele estava em sintonia com suas ideias. No entanto, conforme pode ser lido, Freud não deixa de atribuir à indiferença de Abraham certa resistência ao conteúdo do artigo citado, por considerar que de toda a série de artigos sobre a técnica, esse é o que traz contribuições mais significativas e, portanto, poderia provocar fortes resistências.

Não nos alongaremos mais sobre a discussão do artigo, pois a nossa intenção é apenas esclarecer que a discussão em questão não se trata em absoluto sobre o esboço da melancolia, além de esclarecer um importante erro de interpretação contido em um relevante artigo sobre a gênese de *Luto e melancolia*⁶⁹. Em função disso, não seria correto acusar uma reação problemática da parte de Abraham suscitada pelo esboço da melancolia, o que ficará mais evidente ao tratarmos da carta em que Abraham expressa seu ponto de vista sobre o assunto. Veremos que Abraham se coloca diante de Freud como um debatedor com propriedades teóricas consistentes sobre o assunto da melancolia.

Foi em 5 de março de 1915 que Abraham enviou um catão postal acusando ter recebido o esboço da melancolia enviado a ele por Ferenczi: “Caro Professor, somente para lhe dizer que eu recebi de Ferenczi o pequeno manuscrito sobre a melancolia. Uma vez o tendo estudado em detalhes, devo mandá-lo de volta para você” (ABRAHAM-FERENCZI, 2002, p.301). Abraham permaneceu o mês inteiro de março de 1915 em silêncio a respeito do esboço, e seus comentários sobre o manuscrito só viriam, no entanto, em 31 de março de 1915. É verdade que exatamente nesse período Abraham estava ingressando no exército como médico de guerra, e seguiria trabalhando em hospitais militares fora de Berlim, com grande sobrecarga de atividades. Nessa época, conforme pode se ler de sua troca de cartas com Freud, Abraham estava também preocupado com sua família, que deixara em Berlim. Em 13 de março de 1915, responde a uma longa carta de Freud com apenas algumas linhas sobre temas gerais, informando a Freud seu novo endereço de correspondência:

Caro Professor, eu cheguei aqui ontem e devo realizar trabalhos cirúrgicos, embora eu espere ter mais tempo para meu próprio trabalho que eu tinha em casa. Trouxe comigo o artigo que recentemente lhe prometi. Meu endereço é: Allenstein (Prússia oriental), hospital de guarnição, n.1, Hohensteinerstrasse. Quais são vossas notícias? O que o Sr. sabe de vossos filhos? Eu espero que também aqui, eu receba notícias frequentes do Sr.. Com minhas cordiais saudações ao Sr., vossa casa e aos amigos vienenses, Seu Abraham (FREUD-ABRAHAM, 2002, p. 301).

Abraham acaba de ingressar no hospital de guerra, na Prússia oriental e mostra preocupação tanto em produzir o artigo prometido a Freud para compor as revistas de psicanálise, quanto em continuar sua troca de cartas com ele. Ao perguntar sobre seus filhos, Abraham tem em mente a preocupação que ocupa Freud com o estado daqueles que estão também no front da guerra. Freud responde a Abraham: “Todos nossos votos calorosos lhe acompanham em vossa nova atividade, que, esperamos, proporcione ocasião para ver vossa família, e por vezes também, tempo livre para realizar vossos escritos destinados” (FREUD-

⁶⁹ LUSSIER, M. (2000). Mourning and Melancholia. *Int. J. Psycho-Anal.*, 81:667-686.

ABRAHAM, 2002, p.302). Em 27 de março de 1915, diante do silêncio geral de Abraham, inclusive sobre o manuscrito da melancolia, Freud envia uma nova carta em que faz um pequeno comentário sobre o tema, no dia 27 de março de 1915:

Caro amigo, eu espero com impaciência notícias de vossa nova estadia, mas eu tenho de meu lado pouca coisa a dizer. Eu trabalho com lentidão e constância em meus artigos para a *Imago* e a *Zeitschrift*. Eu encontrei a confirmação de minha explicação da melancolia em um caso que estudei durante dois meses, sem atingir no entanto um sucesso terapêutico visível, que pode, é verdade, se manifestar subitamente (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.302-303).

Freud comenta sobre o caso que confirma sua explicação da melancolia e, com isso, traz à tona o assunto na correspondência com Abraham. Finalmente, Abraham se manifesta sobre o assunto em 31 de março de 1915, com uma longa carta, em que questiona uma série de pontos a respeito das ideias de Freud. Logo na abertura de sua carta, Abraham revela o motivo de sua demora para se manifestar sobre o assunto:

Caro Professor, eu demorei muito tempo para me pronunciar sobre vosso esboço de uma teoria da melancolia; e não somente porque me faltava a tranquilidade necessária para o trabalho. Há muitos anos atrás, eu mesmo fiz uma tentativa nesta direção, mas eu sempre estive consciente de suas imperfeições, e, além disto, temia que minha atitude frente à vossa nova teoria resultasse demasiado subjetiva. Penso ter superado esta dificuldade, e aceito todo o essencial pelo Sr. exposto, mas penso que apenas um elemento de meu trabalho anterior deveria estar mais fortemente acentuado do que o Sr. o faz, e por último, quero submeter à vossa consideração uma proposta para resolver a questão que o Sr. deixou aberta. Obviamente, ficam sem resolução ainda questões importantes, para as quais, no momento, não tenho explicação (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305).

Logo de início, Abraham afirma que se conteve diante do esboço sobre a melancolia com a preocupação de ser demasiado subjetivo em função de ter realizado já contribuições importantes sobre esse assunto. Até o momento, o artigo de Abraham era o único entre tantos que havia reconhecidamente trazido contribuições propriamente psicanalíticas ao tema. Contribuições estas que Freud ignorou em seu esboço, e para a qual Abraham vai lembrar sua pertinência. O clima da carta é de um verdadeiro diálogo científico, entre dois titãs da psicanálise. Abraham reflete profundamente sobre as teses de Freud e procura trazer uma série de contribuições, advindas não somente de seu trabalho anterior sobre a melancolia, mas também das recentes publicações freudianas, além de sua prática clínica com pacientes melancólicos. Abraham começa por retomar pontos de seu artigo “Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva”, e assinala a Freud que já havia realizado a comparação entre o luto e melancolia, sugerindo uma coincidência entre eles. Explica que, em 1911, se baseou no trabalho de Freud sobre a neurose obsessiva (o homem

dos ratos) – derivando, dela, a depressão do sadismo, cuja intensidade impedia o melancólico de desenvolver sua capacidade de amar. Em seguida, afirma que teve “de deixar inteiramente sem resposta a questão de por que em uns casos surge melancolia e, em outros, a obsessão. Naquela época, não tínhamos ainda dois importantes trabalhos de vossa autoria, o do narcisismo e o da organização pré-genital” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305). Como vimos nos comentários das reuniões da Sociedade de Viena sobre a melancolia, para Freud, essa afecção permanecia sem explicação em função de não ter sido nela identificada um dos pontos mais fundamentais da psicanálise, a da escolha da neurose, ou seja, explicar o motivo de determinados elementos levarem a uma patologia e não a outra. Assim, na época em que Abraham escreveu seu artigo sobre a melancolia, em 1911, lhe faltava justamente a compreensão considerada mais fundamental por Freud, que residia em explicar os elementos que distinguiam os traços em comum presentes na neurose obsessiva e na melancolia, isto é, a que se atribuiria a articulação desses elementos sob uma ou outra forma de afecção. Talvez tenha sido justamente por este motivo que Freud, ao considerar o problema da melancolia, não tenha se referido às contribuições anteriores de seus colegas psicanalistas: porque lhes faltava a chave para explicar o mecanismo distintivo da melancolia. Como o próprio Abraham reconhece, são as contribuições trazidas pelo conceito de narcisismo que permitirão avançar no sentido de se reconhecer os traços distintivos da melancolia, hipótese que procuramos sustentar em nossa pesquisa, segundo o capítulo anterior.

A referência à organização pré-genital deve-se ao conteúdo exposto no artigo *A predisposição à neurose obsessiva* (1913), no qual Freud aborda justamente o problema da escolha da neurose, conforme mostramos ao abordá-lo no capítulo 2. Abraham menciona muitas vezes durante essa carta o quanto os elementos trazidos por esse artigo mudaram sua perspectiva sobre a melancolia. Embora Freud tenha intitulado o artigo *A predisposição à neurose obsessiva* (1913), esta afecção só servirá, como uma forma de pretexto (no melhor sentido do termo), para ele destacar a importância de se identificar os traços distintivos de cada afecção, e por quais meios essa tarefa deve ser empreendida; além de introduzir a importante noção de organizações pré-genitais, o que está na superfície do artigo. Assim Freud, ainda no início desse artigo, salienta que a orientação do trabalho da psicanálise é deduzir as condições normais estudando seus distúrbios. Freud destaca, ainda, que as fases do desenvolvimento da libido caminham lado a lado com as do desenvolvimento do ego e que estas se articulam no estabelecimento da predisposição da neurose. Assim, na abertura de seu artigo, Freud escreve:

Sem dúvida, o problema de por que um indivíduo adoecia de uma neurose se inclui entre aqueles que devem ser respondidos pela psicanálise. Mas é provável que a resposta seja obtida apenas quando se resolver outro problema mais específico: saber por que este ou aquela pessoa tem uma determinada neurose e não outra. Esse é o problema da ‘escolha da neurose’ (FREUD, 1913, p. 325).

É possível depreender, desse breve fragmento, a importância que Freud atribuía a essa questão; ele somente escreveu sobre a melancolia quando pôde colocá-la sob o prisma da escolha da neurose e da elucidação de seu mecanismo distintivo. No capítulo 2, procuramos mostrar que a origem da predisposição a uma neurose, conforme indica Freud, deve ser procurada na história do desenvolvimento das funções psíquicas, tanto as funções sexuais, quanto as funções do ego, que começam a ser mais bem elucidadas com a introdução do narcisismo. O ponto de fixação indica que parte das funções psíquicas sofreu algum tipo de alteração ao longo de seu desenvolvimento e, diante da frustração, a função pode regredir para esses pontos fixados. Assim, Freud vai reunir duas novidades introduzidas no problema da escolha da neurose:

No começo eu diferenciava apenas a fase do autoerotismo, em que os instintos parciais, procuram a satisfação do prazer no próprio corpo, cada um por si, e depois a reunião de todos os instintos parciais para a escolha de objeto, sob o primado dos genitais a serviço da reprodução. Como sabemos, a análise das parafrenias obrigou-nos a interpolar aqui um estágio de narcisismo, em que a escolha de objeto já se realizou, mas o objeto coincide com o Eu. Agora vemos necessidade de reconhecer afinal outro estágio antes da configuração final, no qual os instintos parciais já se reuniram para a escolha de objeto, o objeto já se coloca como outra ante a pessoa, mas o primado das zonas genitais ainda não se instaurou. Os instintos parciais que dominam essa organização pré-genital da vida sexual são os eróticos-anais e os sádicos (FREUD, 1913, p.326).

Nesse artigo, Freud procura articular o narcisismo, recém-introduzido na teoria em relação ao contexto geral do desenvolvimento da libido e do ego e, ainda, introduzir a organização pré-genital, baseado na observação da neurose obsessiva. Nesse momento, Freud define a organização pré-genital da vida sexual como expressão dos instintos eróticos anais e os sádicos – sendo este último o qual Abraham insiste em sua ligação com a melancolia.

Diante disso, Abraham, ainda em seu comentário ao esboço da melancolia, vai insistir na aproximação entre a neurose obsessiva e a melancolia, mas agora sob a luz dessas novas contribuições freudianas. Com isso, é possível notar o quanto Abraham estava de fato se mostrando freudiano, a ponto de levar às últimas consequências suas formulações. Assim, Abraham vai analisar a neurose sempre procurando colocá-la em relação aos seus pontos de fixação, bem como se preocupará em tornar claros os seus diferentes traços distintivos. Ao ler a carta em questão, de 31 de março de 1915, temos a impressão que Abraham se encontra com

a chave para decifrar os “segredos” da melancolia e a entrega a Freud em seu longo comentário.

Na continuação da carta, lemos o seguinte: “Dos dois fatores importantes para o surgimento da neurose obsessiva, ou seja, o sadismo e o erotismo anal, em meu trabalho de 1911, salientei, de modo especial, o primeiro. Creio, no entanto, hoje não poder renunciar a este ponto de vista” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305). Frente a isso, Abraham vai insistir no papel do sadismo alegando que, em sua experiência com paciente melancólicos, encontrava confirmações a esse respeito, como, por exemplo, acentuada criminalidade, violência, autocensuras indicando emoções hostis recalcadas, a irrupção do sadismo na fase maníaca, a forma como o melancólico atormenta aqueles a que está ligado, entre outros fatores. No entanto, Abraham, ao insistir na importância do papel do sadismo da melancolia, irá realizar uma importante distinção desse fator na neurose obsessiva e na melancolia. Como se viu anteriormente, na neurose obsessiva, somam-se dois elementos: o sadismo e o erotismo anal. Na melancolia, ressalta Abraham, não se deve atribuir como componente da melancolia o erotismo anal, “*talvez esteja aqui o ponto de separação destes estados, tão afins em tudo mais*” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305, grifo do autor). Ao fazer essa distinção, Freud toma um caminho tipicamente freudiano, procurando identificar cuidadosamente as características distintivas de cada afecção ao longo do desenvolvimento da libido. Restaria agora, ao autor, conseguir conciliar isso com a recém teoria do narcisismo e do desenvolvimento do ego – o ponto sobre o qual Freud insiste em *Luto e melancolia*. Nesse aspecto, Abraham vai, então, questionar o pilar central da teoria freudiana da melancolia, colocando em xeque o papel da identificação narcísica. Abraham vai insistir que, embora esteja pronto para reconhecer que o melancólico transfira para si mesmo as censuras que estão referidas ao objeto de seu amor, não é o que sua experiência lhe mostra:

Apesar de não ver que o melancólico transfira para si mesmo as censuras que estão referidas ao objeto de seu amor e que servem para desvalorizá-lo, considero completamente possível tudo o que o Sr. disse sobre a identificação com o objeto amoroso. É provável que a concisão de seus argumentos seja a única causa para que eu não tenha me aprofundado mais aqui. *Em meus pacientes, pareceu-me como se o melancólico, incapaz de amar como é, queria a todo custo apoderar-se de seu objeto amoroso, não podendo suportar sua perda; é hipersensível à mais mínima atitude não amistosa. Não poucas vezes se deixa atormentar pela pessoa amada em uma autopunição masoquista. As censuras que por esse motivo quereria fazer a ela, põe-nas em sua própria conta, porque inconscientemente causou-lhe um dano muito maior (onipresença do pensamento)*. Isto é o que havia deduzido de minhas análises. Mas com o Sr. sabe, caro professor, estou disposto a mudar meu ponto de vista. Apenas lamento que nosso diálogo tenha de ser por escrito (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305, grifo nosso).

Abraham, para expressar sua opinião, parece se cercar do cuidado em afirmar que talvez não tenha compreendido bem, que está disposto a mudar de opinião etc., chega a sugerir que sua incompreensão se deve ao aspecto sintético das ideias de Freud. Mas o que conta é que ele mantém sua posição em afirmar que para ele, segundo sua experiência clínica, as autoacusações do melancólico não se devem a um desvio do objeto original para o ego. O que ele observa? Muito mais no registro da culpa e no campo da neurose obsessiva, Abraham vai sublinhar que as autoacusações são fruto da incapacidade de amar em função do sadismo, que se expressa sob a forma de impulsos hostis inconscientes. Assim, as autoacusações são, na realidade, decorrentes do sentimento de culpa inconsciente por ter danificado o objeto amoroso, e da incapacidade do melancólico tomar o objeto enquanto objeto de amor. Diante de sua incapacidade de suportar a perda e de sua hipersensibilidade narcísica, o melancólico, segundo Abraham, vai reagir agressivamente à mínima atitude não amistosa do objeto e, com isso, em função dos ataques sádicos inconscientes, será tomado por sentimentos de culpa e necessidades de punição. Dessa maneira, é possível notar que Abraham está realmente considerando a melancolia em um registro diverso de Freud: não é a identificação narcísica a chave de sua explicação, mas a incapacidade de amar, o sadismo inconsciente, e o sentimento de culpa delirante. Embora Abraham afirme estar pronto para aceitar a identificação, não reconhece que as autoacusações do melancólico se dirigem originalmente ao objeto perdido. Abraham não se dá conta que, ao questionar esse ponto, está também pondo em questão todo o argumento de Freud, que será extensivamente desenvolvido em torno da ideia de que o conflito do melancólico é um deslocamento de acusações voltadas para o objeto perdido. Conforme se pode notar, já de antemão, é mais sobre a vertente de Abraham, que considera o melancólico como incapaz de amar em função do sadismo e do ódio, que vão se pautar autores como Radó (1928), Klein (1940) e Deutsh (1930, 1933), os quais irão privilegiar os sentimentos de culpa como explicação da melancolia.

Voltando às considerações de Abraham, ao que se segue, o autor formula a seguinte questão: “Mas qual é o delito que o melancólico praticou em relação ao objeto com o qual se identifica?” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305). Ao formular tal questão, Abraham demarca uma importante separação entre sua teoria da melancolia e a de Freud: para o primeiro, o melancólico realmente cometeu um delito (ataques inconscientes ao objeto em função do sadismo), enquanto, para Freud, quem cometeu o delito foi o objeto com o qual o sujeito se identifica (as autoacusações são fruto do ódio suscitado pelo dano causado pelo objeto). A resposta que Abraham oferece à questão anterior é conciliatória, e entrega a chave do mecanismo da melancolia para Freud:

Encontrei esta resposta em um de vossos últimos trabalhos, parece-me que o do narcisismo (?). Nele se fala de identificação, e o Sr. se refere ao fundamento infantil deste processo; a criança queria incorporar o objeto amoroso; dizendo-o mais diretamente, *devorá-lo*. Tenho, pois, fortes razões para falar de uma tendência canibalística semelhante na identificação melancólica. E pode se considerar como certo que esta identificação melancólica tem um significado ambivalente: uma manifestação de amor como destruição (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305).

O trabalho freudiano ao qual Abraham se refere aqui não é *Introdução ao narcisismo*, mas a terceira edição dos três ensaios que Freud lhe enviara no final de dezembro de 1914. Abraham comentara, naquela ocasião, ao receber a nova edição dos *Três ensaios*, que estava estudando-a naquele momento. A referência de Abraham é à nova seção acrescentada nessa terceira edição, intitulada *As fases de desenvolvimento da organização sexual* e, mais exatamente, ao subtópico *Organizações pré-genitais*. Eis que reencontramos, aqui, as organizações pré-genitais introduzidas em 1913, salientadas anteriormente. Mas, agora, nessa subseção dos *Três ensaios*. A passagem que inspira Abraham a fazer as observações anteriores é a seguinte:

A primeira dessas organizações sexuais pré-genitais é a *oral*, ou, se preferirmos, *canibalesca*. Nela a atividade sexual ainda não se separou da nutrição, nem tampouco se diferenciaram correntes opostas em seu interior. O objeto de uma atividade é também o da outra, e o alvo sexual consiste na *incorporação* do objeto – modelo do que mais tarde irá desempenhar, sob a forma da identificação, um papel psíquico importante. Como resíduo dessa hipotética fase de organização que nos foi imposta pela patologia podemos ver o chuchar, no qual a atividade sexual, desligada da atividade de alimentação, renunciou ao objeto alheio em troca de um objeto situado no próprio corpo (FREUD, 1905, p.187).

Assim, como se pode notar nesse fragmento retirado dos *Três ensaios*, Abraham está incorporando, em sua teoria da melancolia, as mais recém-publicadas novidades da teoria freudiana. Nessa passagem é a primeira vez que Freud introduziu o conceito de uma organização oral canibalística da libido, que foi abordada em seguida em *Os instintos e seus destinos* – o qual estava em processo de escrita no momento (1915). Nesse último artigo, à incorporação oral canibalística, Freud vai associar, à ambivalência afetiva, o termo introjeção proposto por Ferenczi, conforme mostramos anteriormente. Abraham traz, com suas observações, consideráveis contribuições à teoria da melancolia na psicanálise, com destaque para a noção da ambivalência presente na atividade oral de incorporação melancólica. Freud irá desenvolver a noção de ambivalência dessa fase em *Os instintos e seus destinos*, abordando os pares de opostos sadismo e masoquismo, atividade e passividade e odiar e amar. Sobre a transformação do sadismo em masoquismo, Freud (1915, p.70) afirma que “significaria um retorno ao objeto narcísico, enquanto nos dois casos o sujeito narcísico é

trocado, mediante a identificação por um outro Eu”. A observação de Freud parece estar às voltas com os apontamentos de Abraham e Ferenczi, e procura insistir nas atividades ambivalentes dos instintos na fase oral e narcísica:

Levando em conta o estágio preliminar narcísico do sadismo, que aqui construímos, aproximamo-nos de uma concepção mais geral: a de que vicissitudes que consistem no instinto, para se voltarem contra o próprio Eu e se converterem de ativo em passivo, dependem da organização narcísica do Eu, e carregam a marca desta fase. [...] Estágios preliminares do amor se revelam como metas sexuais temporárias, enquanto os instintos sexuais perfazem a sua complexa evolução. O primeiro desses estágios divisamos no *incorporar* ou *devorar*, um tipo de amor compatível com a abolição da existência separada do objeto, e que portanto pode ser designado como ambivalente. (FREUD, 1915, p.70-79).

A fase descrita aqui nos parece ser aquela em que os processos da melancolia estão mais próximos. Freud coloca em relevo uma atividade sádica, anterior ainda àquela da fase anal em que Abraham insiste com tanta veemência em seus comentários.

Nota-se que Freud, ao tematizar sobre a melancolia, está realizando a passagem do patológico ao normal: os processos psíquicos observados na melancolia revelam as atividades precoces de um período do desenvolvimento primitivo que estava sendo explorado naquele momento. Conforme mostramos no segundo capítulo, é justamente observando os processos psíquicos em ação nas psicopatologias que Freud reconstitui sua teoria do desenvolvimento. Se na melancolia é possível identificar processos narcísicos, a compreensão deles levará, também, à compreensão dos processos psíquicos dessa fase inicial do desenvolvimento psíquico. Para Freud, a explicação da melancolia não se reduz à compreensão da melancolia; mas é, na verdade, a terra prometida para preencher aquilo que o autor considera senão a maior, uma das consideráveis lacunas da psicanálise até o momento: explicar o desenvolvimento dos instintos do ego e suas atividades, assim como os mecanismos das neuroses narcísicas. Ao lado disso, é possível observar o quanto a troca de cartas com seus discípulos resultavam em contribuições fundamentais para a teoria freudiana, obrigando Freud a rever suas posições teóricas e a incrementar seus conceitos.

Voltando à carta de Abraham e aos seus comentários sobre o esboço da melancolia, ao insistir sobre a tendência canibalística na identificação melancólica, ele recorre a uma série de argumentos relacionados às dificuldades de alimentação do melancólico. Como primeiro argumento, ele apresenta o medo de morrer de fome do melancólico, sublinhando que o comer ocupa o lugar de amar. Também a repulsa ao alimento, em quadros melancólicos, indica que o comer adquire uma significação particular relativa à ambivalência da fase oral, pois comer é devorar o objeto amado. Abraham lembra, ainda, dos delírios de licantropia, tão

associados na antiguidade com a melancolia, em que o melancólico delira ser um homem lobo que devorou seres humanos. Um último argumento consiste na brincadeira que os médicos fazem com pacientes melancólicos quando estes expressam suas autocensuras e sentimentos de culpa: “bem, o que o Sr. pode ter feito? Acaso comeu criancinhas?”, indagam os médicos. Todos esses casos indicam a favor de uma importante constatação: “Atrever-me-ia supor que o papel que na neurose obsessiva corresponde à zona anal é ocupada, na melancolia, pela zona oral” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305). Assim, Abraham reúne dois elementos etiológicos, de um lado o sadismo, advindo da fase anal e, de outro, o erotismo oral, advindo da incorporação ambivalente da fase oral canibalística. Sua conclusão, então, é a seguinte: “Parece-me que a partir deste ponto de vista fica mais compreensível o “empobrecimento do eu”. O eu não recebe, por assim dizer, para comer, o que desejaria. Perdeu seu conteúdo, ou seja, o que queria incorporar” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305).

Na seqüência, Abraham termina sua carta resumindo o que ele propõe como um acréscimo à teoria freudiana da melancolia:

Os pontos fundamentais de sua exposição: o melancólico perdeu algo, mas não sabe o *quê*, o empobrecimento e eu e suas conseqüências; a identificação com o objeto amoroso, a localização do processo do luto nas catexias do eu, a anulação das catexias objetais na identificação narcísica; tudo isto tem que manter-se de maneira absoluta. Creio, de minha parte, que há que somar a tudo isto, o sadismo e o erotismo oral (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305).

Abraham realiza uma brilhante conclusão a partir de um deslocamento de sua teoria de 1911: propõe substituir o erotismo anal pelo erotismo oral, conforme indicam as manifestações clínicas da melancolia relativas ao alimentar-se. Ainda, insiste que o sadismo é um elemento fundamental a ser considerado desde seus primeiros trabalhos, e que deve ser conservado como fator etiológico. Desse modo, Abraham encerra seus comentários ao esboço da melancolia de Freud, quase se desculpando diante de suas brilhantes contribuições: “Peço-lhe, caro Professor, que me faça uma crítica sem rodeios, e também que me explique com mais detalhes aquilo que, em vossos condensadíssimos argumentos, eu possa ter entendido mal” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.303-305).

A primeira carta resposta de Freud às notáveis observações de Abraham, que datam de 19 de abril de 1915, não consta nas correspondências, tendo provavelmente se perdido. Abraham enviou duas cartas a Freud durante o mês de abril, nos dias 17 e 26. A carta do dia 17 de abril de 1915 foi apenas um curto cartão postal em que Abraham escreve a Freud que estava à espera de notícias. Na longa carta de 26 de abril de 1915, nenhuma palavra sobre a

melancolia. No entanto, na carta de 4 de maio de 1915, Freud faz um longo comentário a Abraham sobre suas observações a respeito da melancolia:

Vossos comentários sobre a melancolia me foram muito válidos. Não hesitei em incorporar em meu artigo as partes que eu poderia usar. O que mais me foi válido foi a referência à fase oral da libido, e eu também mencionei a ligação com o luto. O vosso pedido para eu ser um crítico severo não me impõe nenhuma dificuldade; gostei de praticamente tudo o que o Sr. escreveu. Gostaria somente de apontar duas coisas: que o Sr. não explora suficientemente o essencial em sua hipótese, que é o aspecto tópico, a regressão da libido e o abandono do investimento do objeto inconsciente, mas, ao invés disso, coloca em primeiro plano as explicações pelo sadismo e pelo erotismo anal. Embora esteja correto sobre isto, o Sr. deixa escapar a verdadeira explicação. Erotismo anal, o complexo de castração, etc., são fontes onipresentes de excitação, que fazem parte de todo sintoma. As vezes uma coisa deriva delas, as vezes outra. E naturalmente é sempre um trabalho encontrar o que derivou do que, mas a explicação da patologia somente pode ser encontrada no mecanismo, ou seja, nos pontos de vista dinâmico, tópico e econômico. Eu sei que logo o Sr. concordará comigo. [...] Terminei o meu artigo sobre a melancolia há 15 minutos. Eu vou datilografá-lo para lhe enviar uma cópia. Em troca, me prometa vossos comentários (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.309).

Freud reconhece as contribuições de Abraham e comunica-o que irá utilizá-las em seu artigo, sublinhando as contribuições a respeito da fase oral e a relação com o luto. De fato, como vimos, Freud credita a Abraham a relação com a fase oral em nota de rodapé, logo na abertura do artigo *Luto e melancolia*: “Abraham, a quem devemos o mais relevante dos poucos estudos psicanalíticos sobre o tema, também partiu dessa comparação”. Com essa afirmação, Freud reconhece as contribuições de Abraham relacionadas ao seu artigo de 1911. Freud continua dizendo que praticamente tudo o que Abraham comentara lhe agradara. Mas não deixa de destacar os pontos de discordância entre eles. Primeiro, a respeito da regressão da libido ao ego, e a retirada do investimento de objeto inconsciente. Esse ponto era, para Freud, o núcleo de sua tese e, ao discordar dele, Abraham ameaçava a contribuição que Freud considerava mais valiosa: a identificação narcísica. A intenção de Freud, em relação à melancolia, era colocar em evidência justamente o mecanismo de identificação narcísica que, segundo Simanke (1994), era um conceito que permitiria a Freud explicar a constituição do aparelho psíquico na segunda tópica. Quanto ao segundo ponto, a respeito do sadismo e do erotismo anal, Freud aponta que considerá-lo em primeiro plano não explicava o aspecto distintivo da melancolia - para o autor, a principal característica da abordagem psicanalítica. Assim, Freud insiste que o ponto principal é elucidar o mecanismo distintivo da afecção e considerá-lo em seu aspecto metapsicológico – tópico, dinâmico e econômico. De fato, toda a construção do artigo *Luto e melancolia*, coloca em evidência a preocupação de Freud em elucidar esses três fatores; mais que isso, é justamente nessa fase que Freud está escrevendo os artigos metapsicológicos, e comunicando tal preocupação a seus discípulos. Na mesma

carta, Freud informa a Abraham que terminara seus cinco artigos metapsicológicos, que planejava publicá-los sob o nome de *Ensaio preliminares a metapsicologia* e que estes seriam do mesmo gênero do capítulo 7 da *Interpretação dos sonhos*.

Em *Luto e melancolia* (1917 [1915], p.182), Freud vai considerar o essencial das observações de Abraham:

Expusemos em outro lugar, que a identificação é o estágio preliminar da escolha de objeto, e o primeiro modo, ambivalente em sua expressão, como o Eu destaca um objeto. Ele gostaria de incorporar esse objeto, e isso, conforme a fase oral ou canibal do desenvolvimento da libido, por meio da devoração. Abraham relaciona isso, justificadamente, a recusa da alimentação que se apresenta na forma grave do estado melancólico.

Freud constrói sua tese sobre o processo de identificação narcísica, definindo-a como uma regressão da escolha narcísica de objeto para o narcisismo. Narcisismo este que é caracterizado por Freud (1917[1915], p.182) como pertencente à fase oral canibalística: “não hesitaríamos em acolher em nossa caracterização da melancolia a regressão do investimento objetual à fase oral da libido, ainda pertencente ao narcisismo”. Ademais, Freud irá considerar a comparação com a neurose obsessiva sugerida por Abraham, mas irá enfatizar a distinção entre uma depressão-obsessiva e uma melancolia:

Quando existe predisposição para a neurose obsessiva, o conflito da ambivalência empresta ao luto uma configuração patológica e o leva a se exprimir em forma de autorrecriminações, nas quais o indivíduo mesmo teria causado – isto é desejado – a perda do objeto de amor. Essas depressões neurótico-obsessivas que se seguem à morte de pessoas amadas nos mostram o que o conflito da ambivalência realiza por si só, quando não há também uma retração regressiva da libido (FREUD, 1917 [1915], p.183).

No caso de depressões neurótico-obsessivas, em função do ódio, o indivíduo sentirá culpa por ter desejado inconscientemente a perda do objeto de amor; no entanto, nesse quadro estaria ausente a regressão da libido ao narcisismo. Lembremos que o núcleo do debate entre Freud e Abraham era sobre as autoacusações do melancólico. Para Abraham, as autoreprovações são fruto do sadismo e do ódio inconsciente, que geram um profundo sentimento de culpa. Para Freud, o conflito melancólico, desencadeador das autoacusações, é fruto de um deslocamento das acusações dirigidas ao objeto para o ego do sujeito, via regressão da libido por meio da identificação. Os sentimentos agressivos vêm à tona no momento da perda, em função do objeto ser eleito segundo o modelo do narcisismo. Era esse o aspecto distintivo para Freud, pois o que Abraham supunha como mecanismo atuante da melancolia, podia ser observado, também, na neurose obsessiva. Para Freud, segundo

afirmamos anteriormente, o valor da explicação de um mecanismo psicopatológico estaria justamente na identificação dos elementos que os distingue, respondendo, por exemplo, a questão de saber o que há na melancolia, que não esteja presente na neurose obsessiva. Freud parece preocupar-se em diferenciar a neurose obsessiva da melancolia, tornando claro que esta não pode ser compreendida à luz da predominância do sadismo, como queria Abraham:

Dos três pressupostos da melancolia – perda do objeto, ambivalência e regressão da libido para o Eu –, os dois primeiros são também encontrados em recriminações obsessivas após casos de morte. Nestes é a ambivalência que certamente constitui a mola do conflito, e a observação mostra que, passado ele, nada resta que semelhe o triunfo de uma disposição maníaca (FREUD, 1917[1915], p.193, grifo nosso).

Freud considera que a melancolia tem como aspecto distintivo a regressão da libido ao ego; este é, segundo o seu ponto de vista, a mola do conflito melancólico, enquanto, no caso das depressões-obsessivas, a mola do conflito é a ambivalência e a relação com o erotismo e o sadismo anal, exatamente como propunha Abraham em relação à melancolia. Questionamos, frente a isso, se provavelmente Freud considerava que os apontamentos de Abraham, pautados em sua prática clínica, ajustavam-se mais às depressões-obsessivas do que aos estados propriamente melancólicos. No entanto, é difícil afirmar com certeza uma resposta para esse problema.

Retomando a correspondência em torno do esboço da melancolia, o debate continua. Abraham se mostra irredutível em seu ponto de vista, que desenvolveu ao longo de anos, em seu trabalho com pacientes melancólicos. Na carta de 3 de junho de 1915, escreve:

A respeito da questão da melancolia, estou totalmente de acordo com o senhor em *um* ponto - que eu não considerei suficientemente o mecanismo, ou seja, o aspecto topográfico. Mas um segundo ponto permanece: o postulado de vosso curto manuscrito, de que as reprovações que são dirigidas à uma outra pessoa são voltadas para o próprio ego. Ainda não estou convencido disto. Pelo que me lembro, vosso artigo não apresenta provas detalhadas. Se não lhe for incômodo, gostaria de receber uma carta explicando mais precisamente o que o senhor quis dizer e quais são vossas considerações sobre isto (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.311, grifo do autor).

Abraham concorda com Freud sob o fato de não haver elucidado o aspecto tópico, mas insiste que as autoacusações do melancólico não são originalmente dirigidas a outro objeto, como sublinha Freud, e sim que se tratam de sentimentos de culpa por algum dano inconsciente causado ao objeto. Aponta ainda que Freud não havia apresentado provas detalhadas sobre esse ponto e pede maiores explicações sobre a questão. Contudo, em 3 de julho de 1915, Freud mostra que não estava tão aberto ao debate quanto Abraham supunha. Freud encerra o debate taxativo:

Eu adoraria dizer-lhe mais sobre a melancolia, mas somente poderia fazer isto *adequadamente* se nos encontrássemos e conversássemos. Eu não lhe enviei o manuscrito datilografado de "Luto e Melancolia"? (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.313).

Assim, Freud se esquivava diante da confrontação de Abraham, e fecha a possibilidade de continuidade de um debate que poderia ter se tornado ainda mais frutífero para o futuro da psicanálise. Em *Luto e melancolia*, Freud mantém seu argumento de que as autoreprovações do melancólico são originalmente voltadas para o objeto, e que por meio da regressão da libido ao ego, se estabelece uma identificação com o objeto e um decorrente conflito interior. E, além disso, incorpora ao seu artigo publicado todas as observações de Abraham que lhe foram entregues de maneira tão generosa. Diante do que expomos, nota-se que jamais Freud poderia abrir mão do ponto de vista questionado por Abraham, pois não era somente sua explicação a respeito do mecanismo da melancolia que estava em jogo, mas, sobretudo, uma parte importante dos fundamentos que iriam sustentar os postulados da segunda tópica do aparelho psíquico, que estava sendo gestada naquele período.

Nessa mesma época, Freud pedira a Abraham que contribuísse com artigos para manter as suas revistas de psicanálise ativas durante a guerra. Ao longo do primeiro semestre de 1915, Abraham estava escrevendo um artigo sobre a primeira fase pré-genital da libido, a fase oral, em função da recente publicação da terceira edição dos *Três ensaios*, no qual Freud sugere, pela primeira vez, a incorporação oral. Na carta de 6 de julho de 1915, Abraham comunica a Freud o término de seu artigo: “Incidentalmente, eu devo fazer algumas alusões sobre as conexões que eu mencionei algum tempo atrás, em meu artigo ainda inacabado sobre a zona oral” (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.315). Como se pode ler, Abraham comenta que pretende incluir, em seu novo artigo, algumas observações surgidas no debate sobre a melancolia. Assim, em seu artigo intitulado *O primeiro estágio pré-genital da libido*, Abraham (1916) incorpora à sua teoria sobre os estados depressivos as formulações advindas, por um lado, do intercâmbio realizado por cartas com Freud sobre o assunto e, por outro, dos períodos libidinais expostos por Freud (1905[1915]) em sua terceira edição dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Ao abordar a primeira fase genital e relacioná-la com o material patológico, Abraham afirma:

Gostaria de tentar, com base em nosso material relacionado com a organização pré-genital inicial, trazer duas contribuições À teoria psicanalítica, ou seja, considerar a questão dos estados psíquicos da depressão e examinar o problema da escolha da neurose (ABRAHAM, 1916, p.56).

Ao tratar dos estados depressivos, Abraham ataca justamente os pontos que Freud indicara que eram seus pontos fracos a respeito de sua teoria dos estados depressivos. Com isso, Abraham vai considerar que os estados depressivos podem ser entendidos como uma regressão à primeira fase psicosexual da libido, a fase oral, na qual há uma tendência a devorar o objeto. E, ao mesmo tempo, vai se antecipar a Freud, que acabara por publicar *Luto e melancolia* apenas em 1917. Teria Freud adiado sua publicação em função do artigo de Abraham? Não saberemos. No entanto, vale salientar que o artigo de Abraham de 1916, guardada as devidas diferenças, constitui-se em uma interessante preparação ao artigo *Luto e melancolia*. Na realidade, o artigo pode ser lido como um desdobramento do debate com Freud em torno do esboço da melancolia.

Para finalizar, gostaríamos ainda de sublinhar uma breve passagem de um artigo de 1924, em que Abraham volta a abordar o problema da melancolia. Abraham (1924) volta a publicar um importante artigo no qual aborda extensamente o assunto da melancolia, em uma seção intitulada *Os estados maníaco-depressivos e os níveis pré-genitais da libido*. Nesse trabalho, ressalta a relação da melancolia com a neurose obsessiva, assim como a confirmação freudiana de sua relação com o luto. No Entretanto, a passagem que vale destacar é a seguinte:

Mais ou menos pela mesma época, Freud abordou o problema da melancolia de outro ângulo e deu o primeiro passo verdadeiro em direção à descoberta do mecanismo daquela doença. Demonstrou ele que o paciente, após haver perdido seu objeto de amor, recupera-o mais uma vez através do processo de introjeção (de maneira, que as autoacusações do melancólico, por exemplo, são realmente dirigidas contra seu objeto perdido (ABRAHAM, 1924, p.82).

Abraham acaba por curvar-se diante da tese freudiana que questionara com tanta veemência no debate com Freud, e reafirma justamente o que Freud apontava com tanta insistência para seus discípulos: a importância de se esclarecer o mecanismo distintivo da melancolia, o que, segundo vimos, Freud considerava que Abraham não havia feito, reivindicando para si tal realização. O que acabamos de abordar ao longo deste tópico, mostra, de um lado, a importância de Abraham na teorização da melancolia, e de outro, o quanto era controverso os aspectos distintivos dessa afecção. Contudo, fica claro que, para Freud, a principal função de *Luto e melancolia* estava em reconstituir o processo psíquico característico da fase do narcisismo, a identificação narcísica e, por isso, sua compreensão do mecanismo da melancolia sempre privilegiou esse aspecto.

4.9 A título de conclusão: uma compreensão geral de Luto e melancolia

Após termos apresentado uma série de elementos que fizeram parte do contexto de formação das ideias de *Luto e melancolia*, passaremos a uma breve apresentação do artigo em questão. Embora tenhamos abordado o conteúdo desse artigo ao longo de nosso trabalho, entendemos que a função desta apresentação é proporcionar uma visão integrada das noções fundamentais que nele são elaboradas.

Conforme assinalado anteriormente, em *Luto e melancolia* o procedimento empregado para evidenciar os mecanismos psíquicos subjacentes a esses estados é a comparação entre uma condição mais geral e comum (o estado normal do luto) e uma condição psicopatológica (a melancolia). Tal aproximação se torna possível em função do reconhecimento de traços semelhantes entre eles. Efetivamente, o texto realiza um intercâmbio entre esses dois estados, sempre os comparando e diferenciando-os, fazendo com que ambos sejam esclarecidos. Ao esclarecer um estado patológico, Freud acaba por elucidar de novo a normalidade; assim, não é apenas a melancolia que é compreendida a partir do luto, mas também este é mais bem compreendido a partir do que se apreende da melancolia. Esse tipo de intercâmbio entre estados normais e patológicos também foi usado no artigo metapsicológico *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (1917a[1915]). Mas já havia sido utilizado originalmente em *A interpretação dos sonhos*, no qual a compreensão dos mecanismos de formação dos sonhos permite o esclarecimento da formação dos sintomas das neuroses. O trabalho do sonho e o trabalho de formação do sintoma realizam atividades análogas, o que permite a Freud aproximá-los para seu esclarecimento mútuo. O que está em pauta é um caminho, ou melhor, um procedimento de abordagem dos processos psíquicos, que de outra maneira não seria possível. Nesse sentido, coube ao nosso segundo capítulo evidenciar que esse procedimento, cuja fonte de inspiração é sem dúvida a clínica das neuroses, permitiu a Freud uma abordagem original das psicopatologias e do aparelho psíquico.

Contudo, conforme mostramos anteriormente, a esse procedimento se acrescenta um segundo, o procedimento metapsicológico. Vale aqui reproduzir mais uma vez o parágrafo que abre o artigo *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (1917a[1915]), no qual Freud inicia suas argumentações, comentando sobre o seu procedimento de investigação, que costuma conceber os estados normais como modelos paradigmáticos a partir dos quais se pode compreender a patologia:

Em nossas pesquisas psicanalíticas, constatamos com freqüência como pode ser vantajoso utilizar certos estados e fenômenos que podemos conceber como *versões normais*, ou *modelos prototípicos*, de estados afetivos – por exemplo, o luto e o

apaixonamento, ou o estado de sono e o fenômeno de sonhar – para compará-los com as chamadas afecções patológicas (FREUD, 1917[1915], p.79)

Nesse interessante artigo metapsicológico, é estabelecida uma comparação entre o fenômeno do sonhar e o da alucinação presente nas neuroses narcísicas. Freud afirma que, no estado de sono, há uma reativação daquele estado que experimentamos uma vez no útero materno, o de calor, repouso e isolamento do excesso de estímulos. O estar dormindo caracteriza-se pela retirada do interesse pelo mundo, isto é, pela regressão da libido até um estado de narcisismo primitivo, enquanto o ego regride até a satisfação alucinatória de desejo, como pode ser observado nos sonhos. A satisfação alucinatória de desejo foi um modelo que acompanhou as exposições metapsicológicas no capítulo 7 de *A interpretação dos sonhos*. É estabelecida, assim, uma analogia entre o sono e o narcisismo e entre o sonho e a satisfação alucinatória de desejo – pois nestes dois últimos, é o desejo que move sua formação. Tal analogia permite a Freud postular que o sonho e a esquizofrenia se parecem, por serem estados nos quais ocorre tanto uma regressão da libido para o estado de narcisismo, quanto a utilização, comum em ambos, de processos da realização alucinatória de desejo. Finalmente, a comparação entre o sonho e a esquizofrenia é realizada por serem ambos estados alucinatórios de desejo. O que isso nos mostra de fato, entre outras coisas, é que o sonho é o protótipo normal dos processos psíquicos que regem os sintomas de algumas perturbações narcísicas que, nessa época, a da metapsicologia (1915-1917), compreendiam os estados de paranoia, esquizofrenia e melancolia.

Conforme Prado de Oliveira (2012) procura evidenciar em seu trabalho sobre a metapsicologia freudiana, com o artigo *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (1917a[1915]), Freud tinha a ambição teórica de designar, segundo as coordenadas de sua metapsicologia, os processos dinâmicos, tópicos e econômicos ao apontar as similitudes e as diferenças entre o sonho e a esquizofrenia ou, mais exatamente, entre as fantasias, as alucinações e o sonho. Segundo nosso ponto de vista, que procuramos evidenciar em nosso trabalho, o artigo *Luto e melancolia* segue o mesmo propósito ao abordar esses dois estados depressivos. Prado de Oliveira (2012) mostra, ainda, que o primeiro a ter notícias das novas contribuições a respeito do procedimento metapsicologia foi Abraham, no contexto da discussão sobre o esboço da melancolia, que examinamos anteriormente. Conforme mostramos, Freud, ao censurar Abraham por suas explicações supostamente incompletas sobre a melancolia, observa que a explicação do mecanismo de uma psicopatologia somente pode ser considerada válida e útil se explicada do ponto de vista metapsicológico, ou seja, dinâmico, tópico e estrutural (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.309). Segundo Prado de Oliveira

(2012), é no artigo *O inconsciente*, no entanto, que Freud torna público o procedimento que deve orientar a pesquisa psicanalítica:

Notamos que pouco a pouco fomos levados a introduzir, na exposição de fenômenos psíquicos, um terceiro ponto de vista, além do dinâmico e do topológico: o *econômico*, que procura acompanhar os destinos das quantidades de excitação e alcançar uma avaliação ao menos relativa dos mesmos. Parece-nos apropriado distinguir com um nome especial o modo de ver as coisas que é a consumação da pesquisa psicanalítica. Proponho que seja denominada *metapsicológica* uma exposição na qual consigamos descrever um processo psíquico em suas relações *dinâmicas, topológicas e econômicas*. Diga-se de imediato que, no estado atual de nossos conhecimentos, conseguiremos fazê-lo apenas em alguns pontos isolados (FREUD, 1915c, p. 121).

Portanto, observa Prado de Oliveira (2012, p.23-24), com esse parágrafo, contido em *O inconsciente*, publicado no final de 1915, e com a carta enviada a Abraham, “ao curso de um intercâmbio a respeito das articulações entre a psicopatologia e a vida normal, Freud revoluciona todas as suas teses anteriores e a psicanálise” e, com isso “transforma a metapsicologia em método de apresentação e de abordagem clínica, que é a consumação da pesquisa psicanalítica”. Ainda, segundo Prado de Oliveira (2012), não é a apresentação da repressão, nem de seu retorno, nem do inconsciente ou dos instintos que são propriamente metapsicológicos; “como as fontes de excitação, aquelas são também ubiqüitárias, presentes em toda formação do psiquismo”, afirma o autor. Desse modo, Prado de Oliveira (2012, p.24) aponta que a verdadeira “revolução da metapsicologia reside na definição do imperativo de uma tríplice abordagem” – a dinâmica, a tópica e a economia dos processos psíquicos.

Seguindo essas indicações, em nosso ponto de vista, uma das funções que *Luto e melancolia* desempenha entre os artigos metapsicológicos é justamente a de “ilustrar” a tríplice abordagem da metapsicologia freudiana, pois Freud demonstra ao longo do texto, principalmente em sua segunda parte, a preocupação em evidenciar os mecanismos psíquicos a partir dos pontos de vistas tópicos, econômicos e dinâmicos – e, com isso, oferecer um delineamento que defina a abordagem da pesquisa psicanalítica. Nesse sentido, segundo Laufer (2011, p.10) a função do artigo *Luto e melancolia* é traçar as características estruturais da clínica melancólica e estreitar seu procedimento e os fundamentos teóricos da psicanálise em torno da “feiticeira metapsicologia”.

Não é possível afirmar com certeza que tenha sido justamente os questionamentos de Abraham sobre a melancolia, e seu pedido de “uma carta explicando mais precisamente o que o senhor quis dizer e quais são as vossas considerações” a respeito do assunto, que tenha levado Freud a realizar uma abordagem metapsicológica tão extensa dos mecanismos do trabalho do luto e da melancolia (FREUD-ABRAHAM, 2002, p.311). No entanto, essa

constatação mereceria investigações mais aprofundadas em outro trabalho. Para nossos objetivos, diante da questão de saber a que se deve a redação de *Luto e melancolia*, e o que justifica sua inserção entre os artigos metapsicológicos, é suficiente afirmar que esses fenômenos serviram a Freud como campo de experimentação de sua abordagem metapsicológica recém-proposta nos outros quatro artigos. E que essa via tenha se dado no campo da melancolia não é agora estranho à nossa compreensão, pois, segundo procuramos mostrar ao longo do nosso trabalho, essa afecção carecia de explicações propriamente psicanalíticas, e vinha sendo alvo de incursões nesse sentido há um considerável tempo no meio psicanalítico. Ao lado disso, somam-se os fatos de que a *Introdução ao narcisismo* contribuiu para que tornar possível elucidar o mecanismo da melancolia, e que os psicanalistas em torno de Freud estavam se aproximando cada vez mais de sua explicação. Coube a Freud reunir os elementos disponíveis naquele período e abordá-los sob o prisma da metapsicologia, o que lhe deu um ar de considerável novidade teórica. Diante dessas considerações, passaremos à breve apresentação de *Luto e melancolia*.

Na abertura do artigo *Luto e melancolia*⁷⁰, encontramos o seguinte: “Após termos utilizado o sonho como protótipo das perturbações psíquicas narcísicas, iremos agora tentar esclarecer a natureza da melancolia. Para tal iremos comparar a melancolia com o afeto que está envolvido no luto normal” (FREUD, 1917 [1915], p.103). Assim, em *Luto e melancolia* (1917 [1915]), Freud se propõe a compreender os processos psíquicos da melancolia a partir de sua correlação com o luto – ressaltando seus aspectos comuns e distintos – e retomando o que havia proposto vinte anos antes no citado “Manuscrito G”, de 1895: “o afeto correspondente à melancolia é o do luto”, isto é, “o anseio por alguma coisa perdida” (FREUD 17-12-1894 in MASSON, 1986, p.99). A premissa desenvolvida em seu estudo é a de que o luto seria o afeto normal que corresponde à melancolia, lançando, então, a perda como sua origem: “portanto na melancolia deve tratar-se de uma perda, ou seja, uma perda na vida instintiva” (FREUD 17-12-1894 in MASSON, 1986, p.99).

Dois fatores levam Freud a estabelecer uma relação e a fazer uma comparação entre o luto e a melancolia. O primeiro é o de que ambos os estados são entendidos como reações à perda. Ambos são ocasionados por uma perda de um objeto libidinal ou perda de um ideal. O

⁷⁰ A tradução de *Luto e melancolia* utilizada neste tópico é de Luiz Alberto Hans, in FREUD, S. Escritos sobre a psicologia do Inconsciente, volume 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

segundo ponto que levou Freud a comparar esses dois estados – e aqui o luto e a melancolia realmente têm pontos em comum – foi o quadro clínico que neles se manifesta. No luto e na melancolia, os sintomas são muito parecidos, o que o leva a aceitar que os processos psíquicos dos dois estados guardam elementos em comum. Entretanto, Freud não deixa de distingui-los minuciosamente. Temos o luto e a melancolia, ambos tomados como reações à perda de objeto libidinal, e também como quadros clínicos semelhantes, isto é, com sintomas equivalentes. Mas esses dois estados se diferenciam em um ponto crucial: na melancolia faz-se presente uma intensa e notável perda do sentimento de autoestima, do sentimento de amor próprio, da autovalorização; essa perda se expressa em autorrecriações e autoinsultos, podendo chegar até a uma expectativa delirante de punição.

A situação de perda remete-nos diretamente à vivência do luto. É no processo de luto que as perdas são vivenciadas e elaboradas. E Freud nos explicará os processos psíquicos subjacentes a essa vivência. Conforme assinalamos, tanto o luto quanto a melancolia se constituem em estados responsivos à perda. Nas palavras de Freud (1917 [1915], p.103), o luto, [...] “é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações que colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal etc”. Frente a isso, é esperado que, diante da perda e/ou da separação de algo ou de alguém que amamos e admiramos em nossa vida, vivenciemos um processo penoso de doloroso sofrimento. Em *A Transitoriedade* (1916[1915], p.318), Freud afirma que “o luto pela perda de algo que amamos ou admiramos se afigura tão natural ao leigo, que ele o considera evidente por si mesmo”. Devido ao sentimento imposto pela ausência do objeto amado, instala-se um sofrimento que, de tão comum e usual, é aceito com ou sem resignação. Sem a presença do objeto, o mundo se torna pobre e vazio, desinteressante e penoso. Portanto, é esperado, em condições normais, que um período de dor e sofrimento seja necessário para o sujeito “habituar-se” psicologicamente à ausência do objeto. Corriqueiramente, costuma-se dizer: “isto passa, é só dar tempo ao tempo”, “logo você se acostuma”. Assim é o luto, tão natural e usual que sua existência nem chega a ser questionada. Todavia, a naturalidade do luto não significa que ele seja de fácil explicação; trata-se de um estado muito penoso, em maior ou menor grau, diz Freud. Mas qual é o sentido do luto? Em que ele consiste?

É através da teoria da libido que o luto será inicialmente explicado: “quando o objeto não tiver um significado – reforçado por milhares de elos – que o torne tão fundamental para o Eu, sua eventual perda não será suficiente para causar nem luto, nem melancolia” (FREUD, 1917[1915], p.115). Quando ama, uma pessoa estabelece uma relação demasiado significativa, havendo, segundo a psicanálise, um investimento psíquico em um objeto. Trata-

se, aqui, de um laço afetivo psíquico que liga sujeito e objeto por meio do investimento de uma energia instintual de origem sexual: a libido. Cargas de energia libidinal são investidas nas representações psíquicas do objeto afetivo. Costuma-se dizer que há uma ligação libidinal com o objeto, ou um enlace entre a libido e o objeto. Esse objeto pode ser tanto uma pessoa querida quanto um ideal, projetos a realizar, uma meta a cumprir, uma crença significativa, até mesmo a casa ou a cidade na qual residimos. Tudo aquilo com o que nos ligamos afetivamente. O que acontece depois que o enlace é realizado é que o objeto se constitui em um objeto de gratificação libidinal, e passa a ter um papel relevante na vida psíquica do sujeito; pois permite o deslocamento de quantidades de instinto sexual que, de outra forma, se acumulariam e provocariam desprazer. Segundo Freud (1916[1915], p.318), numa etapa ainda muito inicial do desenvolvimento, a libido está dirigida para o próprio ego, ou seja, é narcísica. Mais tarde, essa libido é desviada do ego para os objetos, que são incorporados no ego, através do investimento da libido (a energia do instinto sexual) nas representações internas do objeto no interior do aparelho psíquico.

O problema que acontece após isso tem a ver com a percepção psíquica da *transitoriedade* que, segundo Freud (1916[1915]), é um aspecto inerente à vida: ao nascer, fazemos um luto pelo corpo materno, ao deixarmos de ser criança, fazemos um luto pela infância perdida – saímos da casa dos pais, mudamos de cidade, separamo-nos de velhos amigos, perdemos os amores da adolescência, descobrimos novas paixões, temos de abandonar velhas crenças e convicções, o corpo e a representação corporal são alteradas durante o ciclo vital, os objetos afetivos morrem; enfim, separações e perdas são completamente inerentes à vida. Portanto, o luto se impõe como um processo necessário no qual nos defrontamos com a transitoriedade da existência por meio de vivências de perdas. O luto é, por assim dizer, o espaço paradigmático de elaboração psíquica da perda. As frustrações e decepções também podem ser concebidas dentro do registro das perdas e separações, no entanto, são muitas vezes complicadas por sentimentos agressivos e sádicos que são despertados nessas situações; caso isso ocorra, pode se originar um luto patológico. Ao nos depararmos com um limite e nos frustrarmos, também se faz necessário um luto pelo que se deixou de conseguir ou de realizar. Um luto pelo impedimento daquilo que era almejado, e para cuja satisfação a frustração impôs um limite.

Perda, separação, renúncia, decepção e frustração são tão certas na vida quanto a certeza de que um dia ela chegará ao seu fim. Sobre esse tema, Freud escreveu um breve artigo intitulado *A Transitoriedade*, no qual narra uma caminhada em um belo campo acompanhado de dois amigos. Estes, durante a caminhada, diminuem o valor da natureza e da

vida ao constatarem sua efemeridade. O argumento deles era o seguinte: se um dia toda essa beleza está fadada a deteriorar-se, então qual seria seu valor? Por que admirá-la? Surge para Freud um enigma a decifrar que será solucionado por esta explicação: a constatação da transitoriedade das coisas leva muitas pessoas a se defenderem inconscientemente da vivência do luto que está implícita na finitude das relações. A percepção de que um dia aquela beleza se reduzirá ao pó remete geralmente as pessoas à vivência do luto inevitável. A lógica seria: “*se um dia as flores morrerão e os campos irão secar, toda esta beleza terá fim; quando isto acontecer nos enlutaremos pela perda destes belos campos*”. Segundo Freud, o psiquismo apresenta uma tendência a recuar frente ao que é penoso. Assim, a psique desvaloriza esses objetos – no caso, os campos e sua beleza – como uma tentativa de se defender contra a dor que seria infringida pela vivência de um futuro de perda e do decorrente luto. De fato, a capacidade de investir nos objetos, mesmo quando constatamos a finitude que se impõe a tudo que é vivo, é uma das maiores, mais sofisticadas e difíceis conquistas do psiquismo. E preservar tal capacidade é um desafio que permeia toda a existência de uma pessoa – sua falta estaria intimamente relacionada à melancolia.

Mas avancemos em direção à explicação do processo psíquico no qual elaboramos essas vivências: o luto. Convém frisar que, no artigo *Luto e melancolia*, Freud se refere ao luto como reação à perda por morte de um ente querido. É sobre esse fato específico que ele está pensando nesse momento. A noção apresentada aqui, de que o luto é um processo que pode ser aplicado à compreensão dos mais diversos tipos de vivências de perdas e frustrações, é uma compreensão posterior.

De acordo com Freud (1917[1915]), quando algum objeto de enlace da libido deixa de existir real ou psiquicamente, ou seja, quando ocorre uma perda de um objeto ou de um ideal, é necessário que o investimento libidinal seja retirado do objeto perdido e direcionado para outro. Esse processo resulta em um grande afastamento e em uma perda de interesse pelo mundo externo (realidade), com exceção daquilo que esteja ligado ao objeto perdido. Trata-se de um recolhimento para realizar um trabalho psíquico: o “*trabalho de luto*”, um trabalho de constatar e aceitar que o objeto deixou de existir na realidade e da decorrente retirada dos investimentos instintuais das representações ligadas àquele objeto. Isso porque, embora o objeto deixe de existir, o vínculo subsiste, continua atuante no interior do aparelho psíquico, resistindo à sua destruição. A libido, ao investir as conexões com o objeto, é confrontada com o exame de realidade que constata sua inexistência e, com isso, não permite que ocorra a gratificação libidinal esperada; o investimento libidinal aumenta intensamente por não encontrar a satisfação que lhe apazigue, que é a relação real com o objeto. Esse processo

provoca dor em função da crescente quantidade de energia livre que é gerada no aparelho psíquico. Esse princípio já era enunciado em *A interpretação dos sonhos*, em que Freud liga o desprazer ao aumento de energia e à sua não satisfação. O trabalho do luto consiste em desinvestir as representações de objeto e ligá-las, ou seja, conferir-lhes outro destino no aparelho psíquico que possibilite satisfação. É necessário que o investimento tão intenso das representações do objeto perdido, ligadas à satisfação do instinto, seja inibido para que não continue gerando desprazer diante da ausência do objeto. Esse processo é lento e penoso, sendo acompanhado das seguintes manifestações: perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor (um novo objeto de satisfação libidinal), estado de espírito penoso, perda de interesse pelo mundo externo e inibição de toda e qualquer atividade – na medida em que o mundo externo e as atividades não evoquem o objeto ou a sua perda.

O afastamento e a inibição característicos do luto podem ser explicados pelo processo ao qual o ego é submetido. Conforme explicado, o mecanismo do luto baseia-se em um trabalho de desinvestimento da quantidade de energia libidinal que fora colocada no objeto em período anterior à sua perda e à sua ligação. O amor consiste na capacidade de colocar libido em um objeto externo, com o qual se estabelece uma relação de satisfação – o termo satisfação ou gratificação é aqui entendido como descarga de libido, e o termo frustração, como sua não descarga diante de um limite imposto pela realidade. Diante da perda do objeto, faz-se necessário que esse impulso libidinal seja retirado de suas ligações com o objeto que, agora perdido, não pode mais atendê-lo ou satisfazê-lo. Dessa forma, o investimento libidinal é retirado aos poucos, num processo lento e gradual; por conseguinte, a existência do objeto é prolongada psiquicamente. O enlutado apresenta-se como uma pessoa recolhida, inibida, sem interesse pelo mundo, fechada sobre si mesma e imersa em uma situação desprazerosa que a consome. O sujeito enlutado assim se apresenta, justamente porque está se ocupando desse trabalho do luto: está desligando-se psiquicamente do objeto para não compartilhar de seu destino. Cada uma das conexões com o objeto é sobreinvestida, e mediante cada uma delas o exame de realidade constata a ausência do objeto – diante do que a satisfação não vem, gerando desprazer; o trabalho psíquico em questão consiste em retirar de cada representação ligada ao objeto seu significado de satisfação real. Com isso, diante de uma nova possibilidade de investimento, essas representações serão investidas de maneira menos intensa, constituindo-se em uma lembrança do objeto e não em sua evocação enquanto objeto de satisfação possível.

Perante isso, há uma questão que intriga Freud: a de saber por que o ser humano não abandona facilmente uma posição de satisfação libidinal, nem mesmo diante de um substituto

que lhe proporcione gratificação. Ao perder um ente querido, o sujeito continua ligado a ele, mesmo frente à constatação de sua ausência e à disponibilidade de um substituto equivalente. Freud revela que, no ser humano, há uma tendência em não abandonar de boa vontade um objeto libidinal. Diz ele em *Escritores criativos e devaneios* (1908[1907], p.136):

Contudo, quem compreende a mente humana sabe que nada é tão difícil para o homem quanto abdicar de um prazer que já experimentou. Na realidade, nunca renunciamos a nada; apenas trocamos uma coisa por outra. O que parece ser uma renúncia é, na verdade, a formação de um substituto ou sub-rogado.

Quando a libido se liga a um objeto, dificilmente irá renunciar a ele, mesmo quando um substituto se acha à mão, mesmo quando existe um substituto disponível e acessível. Em *Introdução ao narcisismo*, ao se referir ao apego do ser humano à sua condição narcísica vivenciada na infância, Freud (1914, p.40) afirma: “Aqui, como sempre no âmbito da libido, o indivíduo se revelou incapaz de renunciar à satisfação que uma vez desfrutada foi desfrutada. Ele não quer se privar da perfeição narcísica de sua infância [...]”. De forma geral, diante da renúncia do primeiro objeto de amor, o ego narcísico, o que Freud constata é uma força de oposição existente em todo ser humano e que pode ser entendida quase como um princípio universal da vida psicológica; a saber, a resistência a desligar-se de seus objetos de amor, ou, em termos metapsicológicos, a desinvestir sua libido dos objetos que permitem obter gratificação libidinal e evitar o desprazer. A retirada ou desligamento da libido em relação ao objeto perdido se realiza por meio do trabalho de luto que, segundo Freud, só pode ser lento e penoso. O desligamento só pode ser feito a expensas de grande quantidade de dor psíquica. Enquanto esse trabalho estiver ocorrendo, a existência do objeto é prolongada psiquicamente:

[...] na verdade essa representação mental [do objeto] é composta de incontáveis impressões isoladas (vestígios inconscientes delas), e de que o processo de recolher a libido não tem como ser algo momentâneo, mas ao contrário, como no luto, é um processo que só progride paulatinamente (FREUD, 1917[1915]), p.114).

Mas, mesmo frente a essa resistência da libido a se desligar do objeto, a realidade exerce uma pressão e mostra ao sujeito que ele não existe mais e que a continuidade do vínculo pode ser mortal para o ego – a continuidade não *pode* e não *deve* ser mantida – obrigando-o, assim, a se desligar psiquicamente desse objeto. Se o sujeito não considerar a prova da realidade – a constatação da inexistência do objeto –, corre o risco de perecer com ele, ou cair em um luto psicótico, cuja principal característica é manter a existência e o vínculo com o objeto magicamente, de um modo alucinatório, via psicose alucinatória de desejo. É preciso um longo tempo para o ego cumprir tal exigência da realidade, constatar que

o objeto não existe mais e que não pode mais satisfazê-lo. Ceder ao teste da realidade é uma obrigação dolorosa, mas imprescindível. Nesse processo, cada lembrança, cada expectativa, cada vivência com o objeto perdido, são lembradas e reinvestidas de um modo especial, permitindo ao ego constatar que o objeto não existe mais, obrigando-o, dessa forma, a desvincular sua libido do objeto perdido:

Cada uma das lembranças e expectativas que vinculam a libido ao objeto é trazida à tona e recebe uma nova camada de carga, isto é, de sobreinvestimento [*Überbesetzung*]. Em cada um dos vínculos vai se processando então uma paulatina dissolução dos laços de libido (FREUD, 1917 [1915], p.104-105).

O respeito à realidade prevalece, e o sujeito renuncia ao laço afetivo, aniquilando o vínculo com o objeto. Após o objeto ter sido desinvestido e a libido ter sido desligada do objeto, o luto chega ao fim:

[...] cada vez que surgem as lembranças e as inúmeras situações de expectativa que mostram quanto a libido ainda está vinculada ao objeto perdido, a realidade logo se apresenta com o veredicto de que o objeto não mais existe; assim, o Eu é por assim dizer confrontado com a questão de se deseja partilhar o destino desse objeto; entretanto, em face das inúmeras satisfações narcísicas que a vida propicia, o Eu acaba persuadido a ir dissolvendo seus liames [*Bindung*] com o objeto aniquilado (FREUD, 1917[1915], p.114).

Quando esse processo, ao qual Freud se refere como trabalho de luto, se conclui, o ego fica livre e desinibido para se ligar a novos objetos. O objeto é, então, considerado pelo ego como definitivamente morto ou perdido: “o luto compele o Eu a desistir do objeto, declarando-o morto e oferecendo ao Eu o prêmio de continuar vivo [...]” (FREUD, 1917 [1915], p.115). Entretanto, persiste a lembrança de um vínculo que já existiu no passado e proporcionou gratificações. A lembrança, que geralmente é sentida na vivência da saudade, é sentida sempre em relação a um vínculo que não existe mais na realidade, o que significa que as representações ligadas ao objeto passaram a ser investidas de um modo particular – a lembrança por si só pode se constituir em um modo de satisfação; no entanto, nunca comparável à satisfação obtida com o objeto investido em vida. Se o sujeito ainda não elaborou a perda do objeto, seu sentimento será sempre de dor por um objeto cujo vínculo foi interrompido, mas que necessita ser restaurado. A dor do luto se mantém enquanto não for realizado todo o recolhimento da libido, pois uma das condições para que o ego volte a desfrutar da vida é que restabeleça novamente suas ligações com o mundo, que torne a desfrutar de seus vínculos libidinais e invista em novos objetos. Aquele objeto perdido não será esquecido, mas preservado na lembrança que é acompanhada do sentimento de saudade. Sua ausência não provocará mais a terrível dor do luto – desligar a libido do objeto é um

processo dolorido –, que é constatar na realidade o desaparecimento do vínculo amoroso. É nesse sentido que continuar vivo poderia ser entendido como um prêmio para o sujeito.

São, resumidamente, esses os postulados de Freud sobre o luto apresentados em *Luto e melancolia*. Há ainda questões tópicas e econômicas que Freud aborda ao longo do texto, mas que já apresentamos no tópico sobre a metapsicologia, para o qual remetemos o leitor. Restamos, no entanto, um pequeno comentário. Em *Luto e melancolia* o problema econômico da dor psíquica do enlutado é assinalado, mas não elucidado. Freud o fará mais tarde, em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926[1925]), quando aborda brevemente a questão da dor e do luto. Em síntese, Freud (1926[1925]) afirma mais uma vez que o luto ocorre sobre a influência do teste de realidade, em que o ego-percepção (aqui já se trata da segunda tópica) mostra ao aparelho psíquico que o objeto deixou de existir, embora ele permaneça existindo psiquicamente enquanto representações de objeto de desejo. O desejo é definido em *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900) como a tendência, diante do impulso instintual, a investir representações que proporcionem gratificação. No luto, afirma Freud (1926[1925]), o teste de realidade exige categoricamente da pessoa desolada que ela própria deva separar-se psiquicamente do objeto, visto que ele não existe mais na realidade. Conforme mostramos, trata-se de não mais investir as representações ligadas ao objeto tão intensamente diante do surgimento do impulso, e de torná-las disponíveis para encontrar outros meios de satisfação. Segundo Freud (1926[1925]), o trabalho do luto consiste na tarefa de efetuar passo-a-passo essa retirada das cargas de investimento libidinal das representações do objeto, pois estão ligadas a ele todas as situações em que tal objeto foi o recipiente de elevado grau de investimento e de possibilidade de satisfação. Essa tarefa é dolorosa, explica Freud (1926[1925]), porque o investimento do anseio pelo objeto, elevado e não passível de satisfação, permanece psiquicamente concentrado no objeto durante a reprodução das situações na quais o sujeito deve desfazer os laços que o ligam ao objeto perdido. As quantidades de libido investidas no objeto são crescentes, contínuas e provocam um acúmulo desprazeroso, que é convertido em dor psíquica. A tarefa do luto é dolorosa na medida em que o investimento do objeto não proporciona satisfação e se mantém alto nível.

No adendo C de *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud (1926[1925]) afirma que o sentimento de desprazer assume o caráter de dor psíquica em função do alto nível de investimento somado ao alto nível de ligação que predomina continuamente sob a forma de um intenso anseio que está concentrado no objeto de que se sente falta ou que está perdido – um investimento que aumenta com firmeza porque não pode ser apaziguado, satisfeito. A economia da dor é explicada da seguinte maneira: a dor ocorre sempre que um estímulo incide

na periferia e irrompe através dos dispositivos do escudo protetor contra estímulo, e passa atuar como um estímulo instintual contínuo. No caso do luto, as representações ligadas ao objeto estão altamente investidas pela necessidade instintual e não encontra satisfação na realidade; isso, acompanhado da natureza contínua do processo de investimento e a impossibilidade de inibi-lo produzem o estado de dor psíquica.

Tendo apresentado brevemente o trabalho do luto, vejamos agora o que Freud compreendeu acerca da melancolia.

No início de *Luto e melancolia*, Freud alerta que tratará da melancolia de origem psíquica. Diante da perda de algo significativo, como um objeto ou um ideal, a pessoa enluta-se. Independentemente de sua vontade, ela passa por um processo de sofrimento lento e gradual que resulta na desinibição da libido que, encontrando-se livre, poderá investir novamente em novos objetos ou ideais. No entanto, a reação diante frente à perda, em alguns casos, não é o luto, mas a melancolia.

As características encontradas em uma pessoa melancólica são as mesmas de uma pessoa enlutada, salvo em dois aspectos. O primeiro traço distintivo é uma intensa redução de autoestima, expressando-se em autorrecriminações e autoenvilecimento (FREUD, 1917 [1915], p.105). Freud considera a melancolia uma reação à perda de um objeto amado; porém, quando não há uma perda real desse tipo, “constata-se que a perda pode ser de natureza mais ideal” (FREUD, 1917 [1915], p.105). O outro traço distintivo em relação ao luto é que, na melancolia, existe dificuldade em perceber o que foi perdido, supondo-se que provavelmente o paciente não saiba conscientemente o que perdeu. Segundo Freud (1917 [1915], p.105),

Esse desconhecimento ocorre até mesmo quando a perda desencadeadora da melancolia é conhecida, pois, se o doente sabe *quem* ele perdeu, não sabe dizer *o que* se perdeu com o desaparecimento desse objeto amado. [...] a inibição melancólica nos parece enigmática, porque não podemos ver o que estaria absorvendo de tal maneira o doente.

Nesse sentido, na melancolia ocorre uma perda objetal retirada da consciência. Temos, então, definidas duas características que estão presentes na melancolia e ausentes no luto: a perda retirada da consciência e a redução da autoestima - um empobrecimento do ego. A pessoa que se encontra melancólica faz questão de declarar que é a pior entre as pessoas, de exaltar suas fraquezas e se dizer merecedora das mais duras punições:

O paciente nos descreve seu Eu como não tendo valor, como sendo incapaz e moralmente reprovável. Ele faz autocensuras e insulta a si mesmo e espera ser rejeitado e punido. Rebaixa-se perante qualquer outra pessoa, e lamenta pelos seus parentes, por estarem ligados a uma pessoa tão indigna como ele. O doente não chega a pensar que uma mudança das circunstâncias de vida se tenha abatido sobre ele; ao contrário, estende sua autocrítica ao passado e afirma, em verdade, nunca ter sido melhor (FREUD, 1917 [1915], p.105).

Devido a essa redução da autoestima e às intensas autorrecriminações, Freud afirma que o melancólico perdeu seu amor próprio e que isto aponta para uma perda relativa ao seu ego. Diante disso, surge uma contradição: segundo a analogia com o luto, até o momento, a perda parecia-nos relativa a um objeto externo; entretanto, evidencia-se uma perda relacionada ao ego; se no luto é o mundo que se torna pobre e vazio para o sujeito, na melancolia é o ego que se apresenta desta maneira: desprovido de valor e miserável. Freud resolve essa contradição por meio da seguinte explicação: se observarmos atentamente as autoacusações do paciente, perceberemos que, em última instância, elas se referem a um objeto externo: “Assim, tem-se nas mãos a chave para o quadro da doença: as autorrecriminações são recriminações dirigidas a um objeto amado, as quais foram retiradas desse objeto e desviadas para o próprio Eu” (FREUD, 1917 [1915], p.108).

Esse objeto, que por algum motivo foi perdido, passa a ser odiado e criticado. Portanto, no melancólico, as recriminações são deslocadas do objeto para o próprio ego. Como vimos, durante o luto a libido é retirada gradualmente do objeto perdido e deslocada para outro. Na melancolia isso não acontece: a libido é retirada do objeto e investida no ego. O objeto é, então, trazido para o ego, que passa a ser tratado e julgado como seria o objeto perdido. Nesse momento, pela clareza e importância, é pertinente reproduzir aqui o parágrafo em que Freud desvela a dinâmica da melancolia para, ato contínuo, realizarmos nossos comentários. Na verdade, o que se segue é a passagem que deu acesso a todo o desenvolvimento que irá advir ao longo de *Luto e melancolia*. Vejamos:

Podemos facilmente reconstruir este processo. Havia ocorrido uma escolha de objeto, isto é, o enlaçamento [*Bindung*] da libido a uma determinada pessoa. Entretanto, uma *ofensa real ou decepção* proveniente da pessoa amada causou um estremecimento dessa relação com o objeto. O resultado não foi um processo normal de retirada da libido desse objeto e a seguir seu deslocamento para outro objeto, mas sim algo diverso, que para ocorrer parece exigir a presença de determinadas condições. O que se seguiu foi que o investimento de carga no objeto se mostrou pouco resistente e firme e foi retirado. A libido liberada, em vez de ser transferida a outro objeto, foi recolhida para dentro do Eu. Lá essa libido não foi utilizada para outra função qualquer, e sim para produzir uma *identificação* do Eu com o objeto abandonado. Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu. A partir daí uma instância especial podia julgar esse Eu como se ele fosse um objeto, a saber: o objeto abandonado. Desta forma, a perda do objeto transformou-se em uma perda de aspectos do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada transformou-se num

conflito entre a crítica ao Eu e o Eu modificado pela identificação (FREUD, 1917 [1915], p. 108).

Muitas questões são suscitadas por essa passagem. De início, é realizado um investimento afetivo, não um investimento qualquer, mas um investimento *narcísico*. Isso quer dizer que o objeto foi investido segundo o modelo do ideal de ego. Em seguida, temos um acontecimento que dispara o mecanismo melancólico: uma perda – que Freud trata em um sentido mais amplo, como *decepção* e *ofensa*. Isso é muito importante, porque caracteriza qual o tipo da perda que estaria relacionada à melancolia, não só uma perda por morte, mas uma perda que seria mais bem definida como uma frustração ocorrida na relação com o objeto. Tal frustração poderia, dessa forma, despertar tanto o ódio quanto uma decepção do sujeito na relação com o objeto. Independentemente da situação da perda – seja ou não por morte –, o que se nota na melancolia é uma frustração que obriga o sujeito a renunciar à relação objetal. O objeto, na verdade, não é perdido, e sim *abandonado*. Notemos como, em distinção com o luto, o objeto da melancolia não é perdido, mas abandonado em função de uma frustração vivida na relação com o mesmo. O investimento não pode ser mantido. Nesse processo, o que acontece não é o esperado – como no luto, o investimento em um novo objeto ou a resistência da libido em se desligar –, mas antes um recolhimento da libido para o ego. Surge aqui o importante conceito de *identificação*, que mais adiante será definida também de maneira específica como uma *identificação narcísica*, isto é, a identificação do ego com o objeto abandonado. A sombra do objeto cai sobre o ego, tornando-o um representante, ou semelhante, do objeto abandonado no interior do aparelho psíquico. Esta *sombra sobre o ego* permite a uma parte diferenciada desse ego julgá-lo e acusá-lo sem piedade – e deparamo-nos, nesse momento, com algo que poderia ser equiparado ao posterior conceito de superego. Aqui, ainda no registro da primeira tópica e do narcisismo, trata-se do ideal de ego. A relação do ego com esta instância crítica diferenciada, a instância moral, substitui a relação do ego com o objeto. Freud finaliza o fragmento afirmando o essencial: ao abandonar o objeto, acontece uma perda, mas uma perda de *aspectos do ego*. Perdem-se, assim, aspectos que, mais adiante, serão relacionados ao conceito de narcisismo e de amor-próprio ou sentimento de si. A identificação do ego com o objeto abandonado é produzida a expensas de um processo regressivo. E, se há regressão, há retorno a formas de organização e funcionamento primitivas. Há um deslocamento do conflito vivido com o objeto para o interior do aparelho psíquico. Com isso, vemos que os elementos etiológicos da teoria freudiana, como regressão, fixação e conflito, além da frustração como desencadeante do conflito, estão articulados no mecanismo da melancolia.

Um aspecto importante a se destacar entre essas noções é a inauguração metapsicológica do registro da perda – um espaço problematizador da experiência melancólica. Com esses pressupostos, por meio da comparação com o luto, Freud insere a melancolia no registro da perda traumática, e abre um vasto campo para se compreender os elementos psíquicos que estão relacionados às experiências de perda. O mecanismo da identificação narcísica, que consiste em retirar a libido do objeto e recolhê-la no ego, origina as autoacusações nas quais o indivíduo se submerge – característica marcante do melancólico. O conceito de identificação narcísica é considerado fundamental por alguns autores estudiosos da melancolia⁷¹. Começa-se, assim, a desenhar os elementos melancólicos do psiquismo.

Entretanto, vale perguntar: por qual motivo o sujeito recorre a esse mecanismo de identificação com o objeto, ao invés de apenas enlutar-se? Isto é, por que a melancolia e não o luto?

A resposta à questão encontra-se no tipo de ligação que o sujeito estabeleceu com o objeto. Para que o mecanismo de identificação entre em ação é necessário que se possibilite a existência de uma contradição na relação com o objeto. É preciso que tenha havido uma forte fixação da libido no objeto e que, ao mesmo tempo, esse vínculo seja frágil, isto é, que tenha pouca resistência e aderência do investimento instintual no objeto. Em função dessa forte fixação, o objeto não pode ser renunciado, mas, ao mesmo tempo, a frágil ligação permite uma destacabilidade da libido sempre que um obstáculo se impuser à relação – sejam perdas, ofensas, decepções ou frustrações. É essa destacabilidade que permite o abandono do objeto que, conforme Freud demonstrou, é tão característico da melancolia. Esse abandono é realizado por meio do mecanismo da identificação. Trata-se de um mecanismo regressivo que permite ao sujeito abandonar a ligação objetual com uma marcante facilidade, mas não sem prejuízos. É a situação contrária ao que nos revela o luto, processo no qual é constatada uma grande resistência da libido em se desligar do objeto.

Ainda sobre a contradição presente na relação com o objeto, essa aponta que, além da fragilidade do vínculo, ou *pouca resistência*, como Freud a denominou, existe também uma *forte fixação* no objeto, que é até maior do que nos casos em geral. Nesse caso, o objeto é abandonado facilmente, embora a relação com o mesmo seja preservada por intermédio de sua introjeção no ego. O que se percebe é uma impossibilidade de renunciar à relação com o objeto amoroso, porque existe algo que não pode ser perdido e que precisa ser preservado, mesmo à custa do massacre do ego. O *que* não pode ser perdido fica mais evidente quando

⁷¹ Ver VIOLANTE, 1994.

compreendemos a constituição do tipo de vínculo estabelecido com o objeto, o vínculo narcísico. De forma geral, fica evidente que se trata de formas primitivas de vinculação, que é atribuída à fixação na fase oral canibalística, a fase sádica do narcisismo, uma etapa preliminar da escolha de objeto. Essa fixação determina tanto o vínculo estabelecido com o objeto, uma ligação narcísica, quanto o mecanismo que se segue à decepção vivida na relação com aquele, o mecanismo de identificação narcísica. São características próprias de uma fase em que o ego ainda não discriminou sua separação com o objeto de amor, que, segundo vimos em *Os instintos e seus destinos*, leva à predominância de mecanismos introjetivos.

A expressão “*a sombra do objeto caiu sobre o ego*” significa que, embora na realidade a relação com o objeto seja abandonada, no interior do ego tal relação subsiste mediante a identificação. O ego tortura-se e acusa-se porque, na verdade, quer se vingar do objeto perdido/abandonado – por decepção ou frustração vivenciada na relação com o mesmo. E essa vingança só acontece sobre si mesmo porque a relação com o objeto, que não pode ser abandonado, passa a habitar o interior do ego. O conflito com o objeto se desloca para um conflito entre o ego e a instância crítica.

Segundo Freud, a existência desta contradição — uma intensa fixação e ao mesmo tempo uma frágil ligação — só é possível em um tipo específico de investimento libidinal dos objetos: na “escolha narcísica”⁷². Assim, ele conclui que uma parte da predisposição à melancolia estaria ligada à predominância da escolha objetual narcisista, na qual, diante da perda ou decepção, o sujeito pode substituir o amor objetual pela identificação narcisista, não precisando, dessa forma, renunciar à relação amorosa; isso equivaleria a uma “regressão do investimento de carga depositado no objeto para a fase oral da libido – fase ainda pertencente ao período do narcisismo” (FREUD, 1917 [1915], p. 109). Agora estamos em condições de responder a nossa pergunta: por qual motivo o sujeito cai em melancolia em vez de se enlutar? A resposta estaria, entre outros motivos, no tipo de vínculo estabelecido com o objeto. É por conta do vínculo narcísico que o sujeito não pode abandonar a relação com o objeto. É por conta desse vínculo que o sujeito, ao invés de se enlutar, cai em melancolia. Assim, no nível superior da organização egóica, a relação com o objeto não pode ser abandonada, mas no nível mais primitivo da organização egóica, tal relação subsiste mediante identificação. Logo, há ausência de integração dos diferentes níveis de organização egóica. Isso evidencia que a regressão aos pontos de fixação de organizações primitivas incide sobre alguns níveis, e mantém outros intactos. No entanto, os níveis regredidos acabam por exercer

⁷² Termo que também pode ser referido por ligação narcísica ou eleição narcísica.

influência nos níveis mais desenvolvidos. O amor pelo objeto que não pode ser renunciado tem a ver com níveis mais desenvolvidos; liga-se à capacidade de investimento libidinal e precisa respeitar a tendente oposição ao desligamento do objeto, que é evidenciado pelo luto. No entanto, é possível perceber a atividade de níveis mais primitivos de organização, que exercem uma pressão para o abandono do objeto – como descrito na organização oral canibalística, que incorpora o objeto devorando-o. Assim se explica a contradição geral que caracteriza o quadro da melancolia: o melancólico está preso em um conflito contraditório entre o amor e o ódio, e sua forma sádica de se relacionar com o objeto, cujo despertar é suscitado pelo evento da perda. É preciso sublinhar que são de formas primitivas de vinculação com o objeto. É nesse ponto que o narcisismo é relacionado à melancolia e definido como uma de suas pré-condições. Se Freud parte da analogia com o luto e percebe que a melancolia é também a reação à perda de um objeto, nesse momento é distinguido o tipo de perda que está presente na melancolia; ao que tudo indica, nela ocorreu uma perda no ego, ou de aspectos do ego. Como vimos, essa perda é, na verdade, a perda de um objeto que, a partir da identificação narcísica, foi transformada em uma perda do ego.

Nesse momento, cabe fazermos algumas considerações que vão além do que está explícito no texto freudiano. Deparamo-nos, aqui, com a primeira contribuição fundamental de *Luto e melancolia*: se examinarmos mais profundamente as colocações de Freud nesse sentido, relacionando-as com o texto sobre o narcisismo, de 1914, perceberemos que, na realidade a perda melancólica consiste em uma perda ligada às bases narcísicas do psiquismo. Nesse caso, destaca-se uma perda muito específica: a perda de uma relação narcísica, ou seja, aquela que de alguma forma traria satisfação para o narcisismo do sujeito. Na passagem anteriormente citada, Freud afirma que houve uma transformação que se inicia em uma perda de um objeto afetivo e termina com a perda de aspectos do ego. Não seria muito díspar afirmar que tal perda já existia, mas estava sendo compensada na relação com o objeto. Freud (1917 [1915], p.109) insiste que na melancolia acontece “uma regressão que parte de certo tipo de escolha objetual e volta para o narcisismo original”. O sujeito estabelece uma ligação com o objeto segundo o tipo de escolha narcísica e, frente a algum obstáculo, regride ao narcisismo – fase em que o bebê é completamente dependente do objeto por não ter o mínimo de recursos para sobreviver por conta própria. Ele é desprotegido, dependente e limitado. Sua sobrevivência depende de maneira absoluta de um objeto externo, seja ele a mãe ou a cuidadora. A percepção em relação ao mundo externo está comprometida, o que o faz tomar o mundo como uma parte de si mesmo. Se coisas boas acontecem, como uma gratificação em função da experiência de ser alimentado, o bebê toma o seio como parte sua e como criação

de sua mente. Se ocorre algo ruim, a mesma lógica é aplicada, fazendo com que o bebê se sinta responsável pela ocorrência negativa. Essa imagem de um bebê em sua fase narcísica pode ser denominada de onipotente, uma fase em que ele é o centro do mundo, como se tudo que existisse e fosse percebido fosse criação de sua mente. Estamos frente aos postulados propostos em *Os instintos e seus destinos*, em que Freud (1915) descreve as relações precoces do ego com a realidade, sugerindo que, nessa fase inicial, o sujeito narcísico é trocado, via identificação por outro ego: as vicissitudes dos investimentos instintuais, observa Freud (1915), para se voltarem contra o próprio ego e se converterem de ativo em passivo, dependem da organização narcísica e carregam a marca dessa fase; a isso podem corresponder as tentativas de defesa que, diante de fixações em estágios precoces, predominam em estágios mais elevados da evolução do ego.

Caso se faça uma superposição entre essa imagem do bebê narcísico e a do melancólico, veremos que elas se parecem em muitos aspectos. Como o bebê, o melancólico descreve-se frágil e dependente, sem condições e recursos para enfrentar as mínimas dificuldades. Tudo o que acontece com ele e à sua volta, principalmente infortúnios, decorre de sua falta de valor, incapacidade ou deficiência. Ao esbarrar em uma dificuldade, não a reconhece enquanto dificuldade, mas como fracasso – seu fracasso é mera prova de sua deficiência. Qualquer um é tomado como possuidor de maior dignidade e valor do que ele mesmo. Sempre se coloca como um sujeito limitado e desprovido de recursos. Há, ainda, o sentimento de culpa onipotente que o persegue de maneira insistente, sempre o responsabilizando e o recriminando por uma série de coisas que não são necessariamente ligadas às suas limitações. Poderíamos continuar com mais uma série de descrições; contudo, apenas essas já nos permitem aproximar analogamente o melancólico do bebê, na fase do narcisismo, extremamente dependente, limitado e dotado de uma grande onipotência. No entanto, não custa lembrar uma alusão freudiana à regressão, processo comum entre as neuroses:

Quando se analisam os psiconeuróticos, notam-se em todos eles as assim chamadas regressões temporais, ou seja, que há um montante de retrocesso no desenvolvimento peculiar a cada um desses estados. Podemos distinguir duas dessas regressões, a do desenvolvimento do Eu e a do desenvolvimento da libido (FREUD, 1917 [1915], p.79).

No caso da melancolia, encontramos respectivamente uma acentuada regressão da libido do ego, devido à retirada dos investimentos libidinais dos objetos externos que causaram uma decepção, e a decorrente regressão do ego ao estágio do narcisismo primitivo –

uma fase muito inicial do desenvolvimento humano, ainda na primeira infância. Com isso, vigoram formas de ligação e organização psíquica próprias desses períodos.

Se analisarmos por esse lado, nossa comparação entre o melancólico e o bebê não seria tão imprópria. Se, por algum motivo, o bebê, ainda na fase em que o narcisismo é predominante, venha a se dar conta de sua condição frágil e dependente, angústias inomináveis e aterrorizantes se apossariam de seu psiquismo. É possível supor que o melancólico é um sujeito que toma consciência de sua dependência narcísica do objeto e regride ao narcisismo, aproveitando-se de sua destacabilidade. Se aceitarmos essa comparação entre o melancólico e o modelo do bebê narcísico e desamparado, compreenderemos com maior clareza a afirmação de Freud, de que o melancólico parte da escolha objetual narcísica e retorna ao estado de narcisismo. Seria, assim, a regressão da relação narcísica até a vivência precoce de um narcisismo que sofreu possivelmente uma perturbação anterior.

Isso nos leva imediatamente a pensar em uma ferida constitucional na época do narcisismo ou da dependência. Falhas no desenvolvimento inicial do sujeito, em função de falta de sustentação na época da dependência, tornariam o sujeito portador de uma insuficiência narcísica. Essa insuficiência impeliria o sujeito a ligar-se aos objetos sempre segundo o tipo narcísico de escolha para, com isso, tentar suprir aquela falha narcísica originária. Frente às situações de decepções, ou falta de gratificações (perdas), em suas relações narcísicas (com seus objetos narcísicos), o sujeito seria compelido a regredir até essas vivências precoces – que deixaram suas marcas como falta de constituição de suas bases narcísicas. Nesse viés, o melancólico assim o seria antes mesmo de “cair melancólico”. Seria essa uma forma de se pensar em uma melancolia estrutural, isto é, o sujeito estruturaria seu psiquismo melancolicamente. Essa falha afetaria diretamente o sentimento de si mesmo (sentir-se integrado com recursos, sentimento de identidade, capacidade de criatividade e pensamento), tornando o sujeito susceptível à melancolia. De todo modo, se reconhe o pressuposto de que a melancolia está ligada a uma perda narcísica. Assim, o que é de fundamental importância nesse ponto de *Luto e melancolia* é a revelação de Freud, que definirá todo o desenvolvimento teórico psicanalítico posterior; a saber, a ligação estabelecida entre melancolia e narcisismo e, de forma mais abrangente, entre o narcisismo e as patologias depressivas. Retornaremos a essas questões no decorrer deste capítulo.

Retomando o curso de nossa reflexão sobre *Luto e Melancolia*, vamos agora à próxima contribuição fundamental contida nesse texto. Se a escolha narcísica é uma pré-condição da melancolia, não é a única. Freud retoma duas pré-condições da melancolia:

Portanto, a melancolia toma uma parcela de suas características emprestadas do luto [reação à perda]; a outra parcela ela retira de um processo específico de regressão, o qual parte da escolha objetual de tipo narcísico e retorna ao estado de narcisismo (FREUD, 1917[1915], p.109).

Com essa retomada, Freud prepara o terreno para introduzir uma terceira condição fundamental para a psicodinâmica da melancolia: “a perda do objeto de amor mostra-se como uma ocasião muito excepcional para que a ambivalência que havia nas relações amorosas agora se manifeste e passe a vigorar” (FREUD, 1917[1915], p.109-110). É nesse ponto que ele acrescenta a importância dos sentimentos ambivalentes e dos conflitos decorrentes, sendo que tal ambivalência explicará a autodestrutividade do melancólico.

Sua intenção é tentar explicar a satisfação encontrada na melancolia em suas autorrecriminações e autocensuras. Fazendo primeiramente uma alusão à neurose obsessiva, Freud mostra-nos que o luto poderia seguir um curso patológico devido à marcante ambivalência presente nessa neurose. Assim, ao nutrir sentimentos de ódio – coexistindo junto ao amor – contra a pessoa amada, o sujeito obsessivo se sentiria responsável ou causador da perda do objeto por tê-la desejado; isso desencadearia intensos sentimentos de culpa expressas em autorrecriminações – é sobre essa hipótese que insiste Abraham. Contudo, não seria esse o caso do melancólico, pois não encontramos a presença da identificação narcísica, isto é, a regressão da libido ao narcisismo ou, dito de outra forma, a fase narcísista. Seria essa uma forma de luto patológico. Freud estaria indicando, nessa parte, que uma perda, somada a uma forte ambivalência presente na relação com o objeto perdido, daria origem a um luto patológico. Novamente faremos uso das significativas palavras de Freud, no momento em que ele insere a questão da ambivalência, para então comentá-las:

Mas, ao contrário do luto patológico, o que desencadeia a melancolia geralmente abarca mais do que uma nítida perda ocasionada pela morte. Abrange todas as situações por meio das quais os elementos opostos de amor e ódio se inseriram na relação com o objeto, ou lograram reforçar uma ambivalência já preexistente, por exemplo, situações de ofensa, negligência e decepção. *Esse conflito de ambivalência, seja ele de origem mais real, ou mais constitutiva, é um dos importantes pré-requisitos para o surgimento da melancolia* (FREUD, 1917[1915], p.110, grifo nosso).

Vários pontos merecem ser considerados nessa passagem. O primeiro deles é aquele que diz respeito ao fato que ocasiona a melancolia. Como já comentamos anteriormente, e Freud o confirma nessa passagem, a perda sofrida pelo melancólico não é somente da morte de um ente querido, mas frustrações vividas na relação objetual: por ofensa, desprezo,

desconsideração, negligência ou decepção⁷³: [...] “para produzir o quadro da melancolia é suficiente ocorrer um prejuízo de um Eu que ignora o objeto (isto é, basta uma mágoa de natureza puramente narcísica causada ao eu)” (FREUD, 1917[1915], p.112). Esta última hipótese se trata de uma melancolia causada pela frustração diante do ideal do ego com o próprio ego, segundo Freud observa em *Introdução ao narcisismo*.

Outro ponto importante, nessa passagem, é aquele em que Freud associa essa perda à ambivalência, ou melhor, ao conflito causado pela ambivalência. Tal frustração se dá no momento em que um conflito ambivalente, já existente, aparece e entra em ação, complicando a relação com o objeto. O conflito causado pela ambivalência traz as marcas da qualidade do vínculo com o objeto. Como o vínculo é narcísico, a ambivalência – que é uma característica própria das relações afetivas – não pode ser vivida na relação com o objeto. Na ligação narcísica, a relação deve ser vivida como purificadas de elementos frustrantes e ruins, e isso quer dizer que a relação é idealizada. Amor e ódio são vividos como incompatíveis, causando um conflito de difícil resolução para o sujeito. A imagem de uma encruzilhada na qual qualquer caminho levasse à destruição seria adequada para descrever o conflito do melancólico.

Nessa lógica, que é própria do vínculo narcísico, não há espaço para sentimentos de ódio, porque o objeto é essencial para a manutenção do narcisismo do sujeito, que precisa manter a satisfação obtida na relação acima de qualquer condição. Entretanto, ele esbarra na impossibilidade de manter uma relação sem frustração, sem limites e desenganos; em suma, a realização idealizada como perfeita não é possível na realidade. Em algum momento, essa satisfação será interrompida, simplesmente porque não é possível que o objeto possa atendê-la completamente. Essa é uma ilusão do melancólico, que procura alcançá-la a todo custo.

Freud demonstra que o momento da perda evidencia, ou aumenta, uma ambivalência já existente na relação. O ódio já existe, mas é feito um esforço no sentido de negar sua existência. A ambivalência existe como característica intrínseca a qualquer investimento afetivo, embora possa variar a intensidade do conflito causado por ela. Quanto maior o ódio e menor a tolerância a ele na relação, maior será o conflito. No caso do melancólico, quando a fruição da satisfação obtida na relação narcísica é interrompida, o ódio vem à tona visando a expressar sua revolta contra algo que, para ele, é impensável. O ódio surge despertando

⁷³ Na tradução de Marilene Carone (1992, p.136), encontramos: “ofensa, desprezo e decepção”. Na de Jaime Salomão (1996, p.256), temos: “desconsideração, desprezo e desapontamento”. Na de Hanns (2006, p.110): “ofensa, negligência e decepção”. Em todos os casos, fica evidente que se trata de uma frustração vivida na relação com o objeto.

sentimentos de vingança, justamente porque a fruição narcísica é interrompida. Nesse momento, a dependência narcísica do objeto se evidencia, e o sentimento do melancólico é que, sem ele, sua sobrevivência seria impossível. No entanto, o ódio não pode ser dirigido ao objeto. O massacre do objeto significaria um massacre das provisões narcísicas. É esse o momento em que o melancólico chega a uma encruzilhada. Seu desejo é abandonar o objeto, mas isso se mostra impossível:

Uma vez tendo de abdicar do objeto, mas não podendo renunciar ao amor pelo objeto, esse amor refugia-se na identificação narcísica, de modo que agora atua como ódio sobre este objeto substituto, insultando-o, rebaixando-o, fazendo-o sofrer e obtendo desse sofrimento alguma satisfação sádica. A indubitavelmente prazerosa autoflagelação do melancólico expressa, como fenômeno análogo na neurose obsessiva, a satisfação de tendências sádicas e de ódio (FREUD, 1917[1915], p.110).

É impossível abandonar a relação narcísica, mas, para mantê-la, paga-se um alto preço. O caminho escolhido é para o melancólico o único possível. Sua solução é identificar-se narcisicamente com o objeto – mecanismo que pode ser entendido também como reconhecer a dependência narcísica do objeto, isto é, reconhecer o quanto de si necessita do objeto para manter-se. O refúgio na identificação narcísica leva o ódio a se voltar todo para o próprio sujeito, trazendo-lhe a saída da autodestruição. Freud apresenta a regressão da libido como uma forma de preservar a relação amorosa: “ao fugir para o interior do Eu, o amor pode então escapar de ser suprimido” (FREUD, 1917[1915], p.115).

Portanto, a melancolia pode ser compreendida como uma luta na qual amor e ódio se enfrentam. O ódio, tentando separar a libido do objeto, e o amor, procurando defender a libido dessa separação. Um embate entre o ataque para desatar a libido do objeto e a defesa para manter a posição da libido. Essa luta seria toda, ou pelo menos em parte, inconsciente – evidenciando seu aspecto tópico (FREUD, 1917 [1915], p. 114).

Por isso, entendemos que o conflito da ambivalência presente na melancolia é uma característica fortemente relacionada à escolha narcísica. Ambas estão intimamente imbricadas. Ao renunciar ao objeto, este passa a ser preservado, pois o ódio que deveria ser voltado para ele é voltado para o ego. O objeto precisa ser poupado por ser um objeto narcísico, mas isso à custa do massacre do ego. Massacre que só é possível porque o narcisismo está fora do ego. O sujeito prefere acabar consigo mesmo ao invés de destruir o objeto. Assim, observamos como, realmente, para o melancólico, seu narcisismo está depositado no objeto que se voltou para o ego via identificação narcísica.

Em um momento do texto citado anteriormente, Freud afirma, ainda que de passagem, que o conflito ambivalente pode ser de origem constitutiva ou real. Esse comentário é passível de vários entendimentos. E ele retoma essa questão no final de seu artigo. Na melancolia, diz o autor, “a relação com o objeto não é simples, há o elemento complicador que é o conflito da ambivalência”. E segue afirmando que essa ambivalência teria duas fontes, *uma constitucional*, isto é, característica própria deste ego nas suas relações significativas – “presente em qualquer relação amorosa que o Eu venha a ter”. E outra fonte das experiências que implicam uma ameaça de perda do objeto. O que nos parece é que Freud está considerando possível uma inclinação para o ódio desde os primórdios, uma ambivalência *constitucional* que tornaria o ego propenso a conflitos ambivalentes em qualquer relação libidinal. Com isso, poderíamos afirmar que a ambivalência independeria do objeto e da relação com este. O outro tipo de conflito ambivalente seria despertado por experiências repetidas e ameaças reais de perda, isto é, uma relação que despertasse um forte conflito ambivalente. Nesse outro caso, a ambivalência estaria muito dependente do vínculo com o objeto; levar-se-ia muito mais em conta a relação estabelecida com o objeto para que surja a ambivalência. De qualquer forma, essas afirmações de Freud, que nos soam um tanto nebulosas, merecem explorações mais profundas, às quais teremos de renunciar por ora (FREUD, 1917 [1915], p. 114).

Concluimos, finalmente, que Freud afirma que a melancolia só é possível devido à junção de dois fatores fundamentais: *a regressão* da libido ao ego e o conflito com o objeto devido à *ambivalência*.

A pessoa só pode voltar seu ódio contra o próprio ego, porque esse ódio é originalmente dirigido ao objeto perdido. Devido à regressão da libido ao narcisismo, o ego identificou-se com tal objeto perdido e o trouxe para dentro de si. Esse ódio é fruto dos sentimentos de ambivalência existentes para com o objeto, que são evidenciados na situação de perda. Freud deixa claro que tudo em relação aos conflitos ambivalentes na relação com o objeto permanece fora da consciência. Tal conflito só seria despertado com as experiências de perda (frustração), que trariam para a consciência o ódio do objeto e o seu decorrente conflito. A ideia que apresentamos a pouco, de que a relação narcísica não permite a existência de sentimentos de ódio para o objeto, seria confirmada neste trecho: “Assim, de qualquer modo, tudo nesses embates ambivalentes permanece fora do alcance da consciência, pelo menos enquanto não ocorrer o desfecho característico da melancolia” (FREUD, 1917[1915], p.115). O desfecho a que ele se refere é o momento de decepção com o objeto, seguido pelo abandono do investimento e a regressão da libido para o ego: “Só após essa regressão da

libido é que o processo pode tornar-se consciente e se faz representar na consciência como um conflito entre uma parte do eu e a instância crítica”.

Freud comenta, ainda, sobre uma satisfação presente nas autorrecriações do melancólico. A satisfação obtida dos sentimentos hostis dirigidos ao ego corresponde à regressão à etapa do sadismo. Esse ódio, dirigido primariamente ao objeto e que acaba sendo [re]dirigido ao ego, explicaria o suicídio. Segundo Freud, “o Eu só pode matar a si mesmo se conseguir, através do retorno do investimento objetal, tratar a si próprio como um objeto” – objeto perdido e alvo original do ódio. Nesses termos, a melancolia é entendida sempre primariamente como uma vingança contra o objeto perdido (frustrante). O melancólico realiza uma vingança velada que acaba destruindo a si mesmo.

Assim como o luto, a melancolia desaparece após certo tempo. O trabalho do luto chega ao fim após o ego — compelido pela realidade de que o objeto não mais existe, junto ao incentivo narcísico de continuar a viver — desistir do objeto e desligar todo o investimento depositado neste. Na melancolia, os conflitos ambivalentes seriam responsáveis por um afrouxamento da fixação da libido ao objeto, “desvalorizando-o, rebaixando-o, como que matando-o a pancadas”. A melancolia chegaria ao fim ou pelo esgotamento da raiva ou pelo abandono do objeto como destituído de valor – o objeto não seria mais alvo do enlace narcísico, sendo assim tomado como não tendo valor, um valor narcísico. Dessa forma, a melancolia seria, como o luto, um trabalho de desligamento, mas um desligamento de um objeto narcísico, que opera seu trabalho de maneira inconsciente e é complicado pela ambivalência (sadismo e erotismo oral): “Talvez nesse processo o Eu acabe por desfrutar a satisfação de poder considerar-se melhor e superior ao objeto” (FREUD, 1917 [1915], p.115). Isso só pode acontecer se o objeto narcísico, que foi perdido e abandonado, puder ser substituído por outro, também narcísico, ou pela recuperação do narcisismo do ego. Tanto em um caso como em outro, isso seria efetuado pelo trabalho da melancolia.

A melancolia chega ao seu fim, o qual muitas vezes é seguido da mania. Vejamos, agora, as considerações tecidas por Freud sobre a mania, ainda neste artigo:

[...] o conteúdo da mania em nada difere do da melancolia, que em ambas as desordens lutam contra 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 (FREUD, 1917 [1915], p. 259).

A mania é caracterizada por estados de triunfo, exaltação e alegria. A tese de Freud é de que ela ocorre em função de uma grande quantidade de energia que há muito estava sendo consumida no trabalho da melancolia e que, no estado maníaco, encontra-se totalmente

liberada. Assim, a intensa euforia nada mais seria do que uma intensa descarga de energia que há muito se via consumida no trabalho melancólico. Da mesma forma que a melancolia, a mania é um processo inconsciente, “pois aquilo que o ego dominou e aquilo sobre o qual está triunfando permanecem ocultos dele” (FREUD, 1917 [1915], p.259). O homem maníaco parece liberado do objeto perdido e procura vorazmente novas catexias objetais. Mas essa hipótese – sobre a origem de mania –, afirma Freud, gera um problema: se no trabalho de luto também há um grande dispêndio de energia, por que, ao seu fim, ele não resulta em mania?

Segundo Freud, é impossível responder a esse impasse diretamente; no entanto, oferece uma conjectura. Diz o autor que, no luto, o trabalho de desinvestimento das catexias objetais colocadas no objeto perdido é feito de forma tão gradual e lenta que, ao seu término, a energia necessária a esse trabalho de luto tenha também se dissipado. Freud afirma que tanto a melancolia como o luto partilham da característica de separar aos poucos a libido de suas catexias de objeto. Já a melancolia agiria como um buraco que, exercendo uma pressão sobre a energia psíquica, consumi-la-ia. Portanto, ao se encontrar livre da pressão ao fim do acesso melancólico, ocorreria uma grande descarga de energia. A energia consumida no trabalho da melancolia, que, ao seu término, estaria livre, tornando possível a mania, estaria ligada à regressão da libido ao narcisismo e, conseqüentemente, à regressão dessa libido ao ego. Essa regressão, que instala a luta pelo objeto dentro do ego, exigiria uma quantidade de catexia muito elevada, podendo posteriormente, ao fim dessa luta, resultar em mania. Freud detém suas conjecturas nesse ponto, apontando ser necessário, antes de compreender a mania, ter maior compreensão da economia da dor física e da dor mental.

Na teoria freudiana, a psicodinâmica da melancolia foi explicada como uma reação a uma situação de perda real ou imaginária. Os processos psíquicos próprios desse estado – o vínculo narcísico, a identificação narcísica, regressão a etapa oral canibalística e emergência dos sentimentos ambivalentes – colocam o sujeito em uma posição de conflito psíquico que torna impossível a elaboração da perda. Assim, o trabalho da melancolia também corresponde a uma tarefa de elaboração da perda, mas sua realização é feita à custa de uma grande quantidade de energia psíquica, que compromete o funcionamento psíquico em geral. No entanto, é interessante destacar que Freud (1923) tomou as vivências de perda como originárias do aparelho psíquico, ao definir sua constituição baseada nos processos de identificação narcísica, o que antes eram operações exclusivas do trabalho da melancolia. A perda do seio materno é tomada como a perda metafórica de um estado mítico de fusão com o

corpo da mãe, ilusão característica do narcisismo primário de uma união simbiótica que reina desde o útero materno até o início da vida. Esse modelo hipotético será aplicado ao processo de diferenciação das instâncias psíquicas – o ego e o ideal do ego/superego –, na medida em que o ego e o superego se constituem a partir do abandono do objeto de amor e de sua identificação com ele (FREUD, 1923).

Dessa forma, o nascimento psíquico ocorre a partir da narcisação do ego, como consequência das experiências de perdas. No caminho que leva da díade primitiva mãe-bebê do início da vida à unificação do ego, intervém um conjunto complexo de operações: a separação da mãe provoca no bebê angústia e ameaça de desintegração, estado de desamparo que será superado pela constituição do ego narcisado e do objeto de amor total; o ego narcisado encontra, no amor que tem por si mesmo (expressão de sua relação com um objeto consubstancial), uma compensação pela perda do amor fusional (GREEN, 1988, p.28).

No início da vida, o narcisismo primário é sustentado pelos cuidados maternos, segundo o modelo de um seio à disposição, pronto a satisfazer as necessidades do bebê de maneira quase absoluta; a mãe busca satisfazer todas as necessidades do bebê e assegurar a eliminação de todo o desconforto e desprazer. Nessa sequência, os momentos de sua ausência instauram no psiquismo a existência de um objeto, justamente pela constatação de sua falta, provocando, assim, a mutação simbólica das relações entre prazer e realidade. É o momento inicial de uma transformação que acontece passo a passo, que vai desde a primazia absoluta do princípio do prazer até sua renúncia, nunca completa, em nome do princípio de realidade. O afeto depressivo poderia ser situado nesse ponto de transição que é também constitutivo do psiquismo, por meio da necessária abdicação do narcisismo, da onipotência e da fusão com o objeto primário. Dessa forma, para Delouya (2002), a depressão emerge na consciência de “ser”[-se] separado da mãe, ou, mais exatamente, com a perda progressiva da condição fusional, na esteira da constituição psíquica do ego e o conseqüente reinvestimento de si através das identificações narcísicas, cujo processo psíquico foi tão bem evidenciado pelo trabalho da melancolia.

Diante do exposto, foi por meio do processo psíquico de identificação narcísica observado na melancolia que se tornou definitivamente possível explicar a constituição do aparelho psíquico por meio do modelo da *perda de objeto*. Pois, até por volta das publicações de *Introdução ao narcisismo* e *Luto e melancolia*, o recalque consistia na principal explicação de uma diferenciação tópica das instâncias psíquicas. O surgimento do ego ainda permanecia inexplicado, ou simplesmente atribuído a uma constituição espontânea. A compreensão do mecanismo da constituição de um ego permanecia como uma lacuna na teoria freudiana,

lacuna que o processo de identificação narcísica veio preencher (SIMANKE, 1994). A identificação narcísica cresce em interesse para Freud justamente no estudo sobre a melancolia: “a maneira como o narcisismo é trabalhado por Freud em Luto e melancolia gira quase exclusivamente em torno da noção de identificação narcísica com o objeto”, pois esta “é capaz de fornecer uma explicação para o, até então, quase misterioso surgimento do ego como unidade psíquica” (SIMANKE, 1994, p.130). Além de permitir, juntamente com outros fatores, a constituição da segunda tópica, o processo psíquico de identificação narcísica, que se segue à perda dos objetos parciais arcaicos na primeira infância, permite compreender, a partir de então, o momento originário como uma *vivência depressiva*: uma elaboração da perda do estado fusional com corpo da mãe, que permite o acesso a realidade e ao mundo simbólico por meio da elaboração realizada pela função egóica das perdas primitivas. Segundo o processo da identificação narcísica, o ego se formaria pela assimilação identificatória da imagem do outro, percebido como igual a si – com isso o narcisismo é pensado como a internalização das relações com o outro. Em 1921, Freud (p.115) definiu a identificação como a “mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa”. A partir daí, nota-se que a identificação deixa de ser um conceito que diz respeito somente a uma dinâmica patológica do psiquismo e passa a ser pensada como a forma básica e primitiva de comunicação e ligação entre os seres humanos. Em *O ego e o id*, Freud (1923, p.41-42) considera a identificação como o processo fundamental de constituição do aparelho psíquico. Tal processo dinâmico envolve a experiência de perda de uma posição de gratificação, em que o bebê, diante da necessidade de renunciar a relação de satisfação com o objeto, o instala dentro do ego, causando uma alteração em seu interior. Por isso, “é possível supor que o caráter do ego é um precipitado de catexias objetais abandonadas e que ele contém a história dessas escolhas de objeto” (FREUD, 1923, p. 42), ou seja, a formação do ego se dá através da identificação com seus objetos “perdidos”.

É nesse ponto que a psicanálise nos oferece um esclarecimento para uma questão nebulosa. Se a melancolia acompanhou toda a história do homem até a atualidade, não seria incorreto aproximá-la da existência humana, como expressão de um elemento inerente à sua condição. Em *Luto e melancolia*, Freud deu visibilidade a uma associação já antiga, a relação entre perda e melancolia. As situações de perda são entendidas em um sentido mais amplo, como decepções e frustrações as mais diversas, tanto reais como ideais. Há aqui, portanto, um encontro entre a visão histórica e a psicanalítica, que se materializa na noção de perda como subjacente aos estados depressivos. Klein (1935, 1940, 1946) e depois Winnicott (1954, 1963), desenvolverão magistralmente a noção de uma vivência depressiva no início da vida,

chamada de *posição depressiva*. Segundo a teoria kleiniana e suas postulações sobre a existência de uma posição depressiva no desenvolvimento infantil normal, o bebê se depara com frustrações e perdas próprias da vida humana ainda na mais tenra infância. Novas perdas ao longo da vida do indivíduo serão sempre vividas com base na maneira como essas situações da infância foram elaboradas. Um estado de pesar ou um estado depressivo normal constituem os espaços em que as perdas podem ser elaboradas (KLEIN, 1940). Assim, a ideia de *perda do objeto* – como o momento fundamental da estruturação do psiquismo humano, durante o qual se instaura uma nova relação com a realidade – somada à noção de uma *posição depressiva* no início do desenvolvimento, se tornaram amplamente aceitas na psicanálise (GREEN, 1988). Finalmente, é possível observar que a hipótese de que a depressão está na origem da condução e regulação de construção do universo psíquico não é nova na psicanálise, remontando a elementos da teoria freudiana (DELOUYA, 2002). Frente a essas colocações, consideramos que a compreensão que Freud oferece a respeito da psicodinâmica da melancolia torna possível compreender o papel dos estados depressivos na vida psíquica e, principalmente, revela a constante presença desses estados na história da existência humana. A depressão ou a melancolia, ou, mais genericamente, os estados depressivos tão presentes na história da civilização, tornam-se, nessa perspectiva, não um mal a ser simplesmente erradicado, como se faz com uma doença, mas um estado inerente à condição humana que possibilita o nascimento do sujeito psíquico. Assim, deixa de ser um enigma o fato de os estados depressivos serem tão comuns e presentes na humanidade há tantos séculos.

Ao longo deste capítulo, acompanhamos o movimento de formulação da teoria freudiana da melancolia e constatamos que ele se deu associado ao vívido diálogo de Freud com o seu entorno, formado por psicanalistas que se dedicavam ativamente ao desenvolvimento da psicanálise. Abraham, Ferenczi, Sadger, Rank; nomes que nem sempre são lembrados em meio às formulações freudianas, mas que tiveram grande relevância no desenvolvimento da psicanálise. Além de ser o fruto de dois grandes movimentos da teoria freudiana – a introdução do narcisismo e dos artigos metapsicológicos –, *Luto e melancolia* foi, também, o resultado dos constantes questionamentos que eram colocados por esses autores. Abraham, por exemplo, que se dedicava com afinco às suas pesquisas psicanalíticas, participou ativamente da formulação da teoria freudiana da melancolia, e tem um papel inegável no desenvolvimento das teorias psicanalíticas sobre os estados depressivos. Suas formulações, ao lado das de Freud, deram origem às diversas abordagens sobre o tema, e fica,

como questão de pesquisa a ser abordada em outro momento, a análise do papel dessas teorias iniciais nos desenvolvimentos posteriores do campo psicanalítico, bem como o modo de suas apropriações.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa foi suscitada pela condição problemática dos estados depressivos na psicanálise atual. Conforme procuramos mostrar, as diferentes visões psicanalíticas propõem teorias particulares a respeito desses estados, reservando para eles aspectos etiológicos muitas vezes diversos. Mesmo a utilização de termos como melancolia e depressão é abordada de maneira relativamente vaga, assim como suas definições acerca de sua estrutura, enquanto neurose ou psicose. Ainda que partindo de uma fonte em comum - o artigo freudiano *Luto e melancolia* -, essas diversas teorias chegam a explicações muitas vezes completamente diferentes. Quando se referem à teoria freudiana da melancolia, também costumam apresentar interpretações divergente como, por exemplo, quanto à definição conferida por Freud a essa afecção: uma psicose ou uma depressão comum. Podem-se encontrar, facilmente, autores que tomem toda sua interpretação dos estados depressivos sobre uma perspectiva do narcisismo, ou, de outro modo, sobre a teoria dos conflitos da ambivalência. Assim, diante de um campo de relativa falta de consenso e de uma multiplicidade de interpretações, nos voltamos para o contexto de formulação de *Luto e melancolia*, com a intenção de compreender os fundamentos que se relacionaram à formação da teoria freudiana da melancolia: compreender a que se deveu a formulação do artigo e a que problemas ele veio responder, além de explicitar quais foram suas principais influências. Ao remontar aos fundamentos das formulações que compõem *Luto e melancolia*, contamos com a possibilidade de estabelecer bases a partir das quais poderemos, em trabalhos posteriores, dialogar com as diferentes abordagens psicanalíticas atuais sobre os estados depressivos.

No primeiro capítulo, partimos de um discurso alarmante que toma os estados depressivos na atualidade como epidêmicos e como um grave problema de saúde pública. No entanto, vimos que a preocupação em torno dos estados depressivos remonta aos tempos antigos, e que sua incidência não é exatamente uma novidade; assim como as dificuldades de tratamento, diagnóstico e definição de suas causas. Além de mostrar que nem sempre os estados depressivos estiveram associados exclusivamente a estados patológicos, a história dos estados depressivos no ocidente nos revelou, também, que eram conferidos outros sentidos e significados a tais estados. As dificuldades de determinação de suas causas, a falta de precisão diagnóstica, a relativa imprecisão na utilização dos termos e a indefinição de suas formas clínicas são dificuldades comuns em torno do tema dos estados depressivos e constituem questões com as quais a humanidade se debate desde os tempos antigos, e para as quais permanecemos ainda sem respostas precisas. Isso talvez indique que a natureza desses estados

exija uma abertura maior do que o paradigma psiquiátrico vigente possa oferecer em sua metodologia de abordagem científica desses fenômenos. O fato é que, por meio da apropriação dos estados depressivos pela psiquiatria moderna, eles deixaram de conter os múltiplos sentidos e significados que lhes foram atribuídos por mais de dois mil anos, para se restringirem a apenas uma doença baseada em disfunções neuroquímicas. É também no contexto de ascensão da psiquiatria moderna, no final do século XIX e no início do século XX, que Freud e os psicanalistas de sua época estão inseridos. Muitos haviam recebido treinamento em psiquiatria, e estavam bem informados sobre suas metodologias e procedimentos diagnósticos, que procuravam definir o mais precisamente possível os estados depressivos, por meio da descrição e agrupamento dos sintomas sob as classes diagnósticas que se multiplicavam em sua época. No entanto, a abordagem psicanalítica, sob a ótica freudiana, insistia que os sintomas só interessavam enquanto indicadores de formações e processos psíquicos – Freud afirmava que a atenção da psicanálise deveria se voltar para os mecanismos distintivos de cada afecção, assinalando sua função na organização do psiquismo. Assim, a psicanálise considera os estados depressivos não propriamente como uma doença a ser eliminada, e revela que tais estados estão relacionados à tarefa de executar um trabalho psíquico – a atividade psíquica de tratar das excitações instintuais. Ao definir o luto e a melancolia como estados subjacentes à realização de trabalhos psíquicos, Freud atribuiu sentidos outros aos estados depressivos, revelando sua função elaborativa no aparelho psíquico – mesmo que o fruto de tal trabalho possa ser a formação de uma organização sintomática, como observada na melancolia.

Se, por um lado, o DSM se tornou a referência hegemônica na definição do que se reconhece atualmente como estados depressivos e de quais são os seus critérios diagnósticos, por outro, a psicanálise, ao abordar o tema dos estados depressivos, revelou quais são os problemas de se atribuir a tais estados um sentido único de doença neuroquímica ou de um mal a ser eliminado. Não se trata aqui de negar os benefícios propiciados pelas medicações antidepressoras, e nem de levantar barreiras contra a sua prescrição. Trata-se, mais exatamente, de destacar como a abordagem hegemônica, representada pelo DSM, afeta também os estados não patológicos como o luto e a tristeza profunda, e revela uma tendência atual em considerá-los indesejáveis – fato que está ligado ao abuso da medicação das paixões tristes e a sua evitação. Desse modo, a incidência epidemiológica atual dos estados depressivos e sua formatação pelo discurso psiquiátrico vigente apresentam consequências preocupantes, e podem estar relacionados aos excessos das terapêuticas psicofarmacológicas. Os estados depressivos, embora considerados afecções psicopatológicas, estão ligados à

constituição humana e exercem um papel defensivo na organização psíquica. Sejam estados psicopatológicos ou não, o discurso psicanalítico indica que eles assumem uma função na formação, no desenvolvimento, na regulação e na defesa do psiquismo. É fundamental considerar que mesmo os estados psicopatológicos têm um sentido; e que, quando analisados psicanaliticamente, possibilitam a recuperação do sujeito, o restabelecimento e a retomada do desenvolvimento psíquico.

Em outro momento, realizamos uma longa exposição em torno do conceito de narcisismo, sendo possível observar que Freud partiu de fenômenos particulares, como a homossexualidade e a psicose, para inserir uma nova região conceitual na teoria psicanalítica. Freud e os psicanalistas de sua época procuraram compreender a posição narcísica das psicoses em relação ao desenvolvimento da libido, e chegaram ao postulado da existência de um período narcísico universal situado no início da evolução psicosexual – e constituíram os primeiros passos no sentido de se compreender o desenvolvimento do ego. Assim, a noção de um investimento libidinal no ego permitiu a compreensão da paranoia, uma patologia que apresenta distúrbios no investimento objetal e o predomínio do mecanismo de projeção. Efetuando o intercâmbio entre o normal e patológico, Freud elucidou uma série de processos psíquicos ligados às psicoses e à formação do aparelho psíquico, que foram postulados formalmente no artigo sobre o narcisismo. Diante do postulado de um narcisismo compondo o desenvolvimento normal, tornou-se possível explicar não só as psicoses, mas também as diferentes formas de investimentos libidinais (escolha narcísica e por apoio), a origem e formação da instância crítica que se diferencia do ego, as bases da autoestima (amor próprio), entre outros. São esses elementos de base que constituem os seus fundamentos e fornecem a chave do mecanismo distintivo da melancolia. Ressalta-se, ainda, que até aquele momento, já se antevia com clareza o papel dos aspectos ambivalentes nessas afecções – conforme o trabalho de Abraham (1912[1911]) sobre o assunto –, sendo que os fundamentos narcísicos permaneciam em construção e desenvolvimento. No entanto, é somente em *Luto e melancolia* que Freud (1917[1915]) irá articular estes elementos – os narcísicos e os ambivalentes – em torno de uma psicodinâmica específica que explique o mecanismo dessa afecção. O artigo *Luto e melancolia* é considerado, em função disso, um herdeiro do narcisismo.

A função de *Luto e melancolia*, além de esclarecer os mecanismos desses estados, é também contribuir para evidenciar o mecanismo específico que permite ao ego abandonar o investimento de objeto via regressão ao narcisismo: com o esclarecimento do mecanismo da melancolia, Freud esclarece, ainda, um mecanismo atuante na formação do aparelho psíquico. Frente a isso, é possível notar o quanto o intercâmbio entre o normal e o patológico exerce um

papel nuclear na teoria freudiana, pois os processos psíquicos contidos no primeiro estão evidenciados no segundo. Por isso, mostramos em nosso trabalho que *Luto e melancolia* pode ser tomado nestas duas dimensões: aquela mais evidente, que se refere a elucidação desses estados, e uma mais indireta, que leva à compreensão de mecanismos arcaicos que só podem ser observados a partir de seu funcionamento nas psicopatologias.

Isso é possibilitado por uma série de postulados que consideram o normal e o patológico distintos apenas quantitativamente: a patologia consiste em uma reação defensiva diante de uma frustração – esta entendida, aqui, como um impedimento de satisfação libidinal que provoca um desequilíbrio na economia libidinal. A saída perante uma frustração intolerável é o retorno, pela via da regressão, a pontos de fixação e formas de organizações psíquicas primitivas. Nessa perspectiva, o conflito psíquico diante da frustração é a forma de se explicar a patologia; ou, mais exatamente, esta consiste em uma saída diante de um conflito. Frente a isso, em nossa pesquisa, evidenciamos ainda que o modelo etiológico das neuroses de transferência teve um papel fundamental na formulação da teoria da melancolia, e o estabelecemos, ao lado do narcisismo, como um de seus fundamentos. A teoria da melancolia, advinda de uma conjunção de fatores, foi concebida no registro da primeira tópica; mais especificamente sob as perspectivas e questionamentos colocadas ao modelo etiológico das neuroses de transferências em função da introdução do conceito de narcisismo na teoria freudiana. Assim, consideramos válido nosso ponto de vista de que os fundamentos da teoria freudiana da melancolia residem no entrecruzamento do modelo etiológico das neuroses de transferência com a construção do modelo teórico conceitual do narcisismo, cuja função foi permitir à psicanálise elucidar e abordar as neuroses narcísicas. Essa constatação nos permite afirmar que a teoria freudiana da melancolia tem seus fundamentos em um percurso que parte das neuroses de transferências e segue até as neuroses narcísicas, e tem seu ponto de chegada nas formulações da segunda tópica do aparelho psíquico e da última dualidade instintual.

Frente a isso, é possível levantar a questão se, em função de seus fundamentos estarem profundamente arraigados ao contexto das neuroses narcísicas (as psicoses, na primeira tópica), a melancolia não teria acabado por ser incluída entre as psicoses por um considerável número de psicanalistas atuais. Embora seja um problema que permanece ainda sem resposta, e para o qual poderíamos nos voltar em pesquisas posteriores, podemos ensaiar uma conjectura. Segundo Peres (2011), a abordagem do artigo *Luto e melancolia* (FREUD, 1917[1915]) não se adequa à tradicional dualidade neurose-psicose, inserindo, diante desse impasse, uma terceira modalidade, entre essas duas categorias anteriores, que será definida

alguns anos mais tarde em *Neurose e Psicose* (FREUD, 1924[1923]): a neurose narcísica, que segundo a autora, acaba por constituir uma categoria nosográfica particular para dar conta do mecanismo distintivo da melancolia. De nosso ponto de vista, baseados no pressuposto freudiano de que toda neurose é fruto de uma frustração da libido, a melancolia poderia ser compreendida como uma neurose cuja etiologia recairia não na frustração da libido objetal, mas da libido narcisista – segundo o modelo da dualidade instintual inserida em *Introdução ao narcisismo* (FREUD, 1914), e a diferenciação entre ligação narcísica e ligação por apoio. Essa frustração da libido narcisista, segundo vimos, provoca a regressão aos pontos de satisfação narcísicos que constituem as etapas precoces do desenvolvimento do ego, e estabelece, com isso, um conflito entre a instância crítica e o objeto introjetado no ego. Portanto, na neurose melancólica, o modelo da neurose se entrelaça ao da psicose, situando a melancolia em uma encruzilhada entre estas duas últimas, pois nela se opera uma regressão da libido ao ego e não à fantasia – mecanismo distintivo das psicoses na primeira tópica conforme a proposição de Freud em *Introdução ao narcisismo* (1914). Mas, ao mesmo tempo, a melancolia é oriunda de uma frustração e um conflito vivido na esfera objetal, em conformidade ao modelo das neuroses – embora a parte afetada refira-se aos investimentos narcísicos, que se situam na esfera da economia do narcisismo e da libido narcísica. Não obstante essa proposição ser apenas uma conjectura preliminar, oriunda de nossas investigações no presente trabalho, consideramo-la passível de futuras investigações, contando com a possibilidade de que tal estudo contribuisse para esclarecer o problemático debate em torno da melancolia enquanto neurose ou psicose.

Quanto ao contexto de formação de *Luto e melancolia* (FREUD, 1917[1915]), vimos que ele é heterogêneo e não pode ser reduzido a apenas uma ou outra influência. Fatores mais indiretos, como a grande guerra e o isolamento por ela gerado, ao lado de fatores mais diretos, como a introdução do conceito de narcisismo na teoria psicanalítica, as discussões realizadas nas seções da Sociedade Psicanalítica de Viena e os diálogos realizados com os seus discípulos contribuíram para que Freud formulasse o conteúdo tão significativo apresentado em *Luto e melancolia*. Se, segundo vimos, suas ideias não são totalmente originais ou de sua exclusiva autoria, a maneira como elas são dispostas e articuladas ao longo do texto, ao lado da intensidade teórica com que ela é abordada indicam a capacidade de Freud de apropriar-se de elementos diversos para compor novas explicações. Seria impossível privilegiar a formação de *Luto e melancolia* a um ou outro fator, senão, mais adequadamente, a uma combinação heterogênea de fatores.

Quanto às contribuições para os problemas atuais em torno dos estados depressivos, verificamos que Freud não se atinha a uma preocupação estrutural, estando sua atenção voltada para o mecanismo distintivo da melancolia e o problema da escolha da neurose. Encontramos, ainda, passagens em que Freud chega a sugerir que a melancolia seria uma só, independente de suas diferentes apresentações clínicas. No entanto, segundo vimos, Freud costumava diferenciar uma melancolia endógena de uma melancolia psicogênica, o que vai ao encontro da tradição científica que procura diferenciar depressão endógena e depressão reativa. Mas, ao abordar a questão de seu mecanismo, Freud chegou a aplicar as mesmas premissas aos dois tipos de melancolia. Foi possível observar, ademais, que mesmo no campo psicanalítico não havia consenso a respeito dos estados depressivos, como se constatou no diálogo entre Freud e Abraham. Como se pode notar, os autores tinham opiniões diferentes sobre os fatores preponderantes na formação e na etiologia da neurose melancólica – embora ambos os autores tenham se influenciado e contribuído mutuamente nas formulações de seus trabalhos sobre o assunto. Vale ressaltar que Freud não utilizava a expressão psicose maníaco-depressiva, corrente na psiquiatria de sua época, enquanto Abraham utilizou a expressão com frequência em seus trabalhos. No entanto, Freud jamais se debruçou sobre uma discussão a respeito da melancolia ser ou não caracterizada como uma psicose; embora tenha considerado a melancolia no grupo das psicoses durante formulação de *Luto e melancolia*, sua posição final foi defini-la como uma neurose narcísica distinta das parafrenias e das paranoias. Para Freud a melancolia não era estabelecida sobre um conflito entre o ego e a realidade, como no caos das psicoses, e sim, em um conflito interno entre o ego e o superego. Diante disso, em pesquisas posteriores, seria indicado tomar algumas teorias atuais sobre os estados depressivos e cotejá-las com os fundamentos e debates que cercaram as formulações das teorias de Abraham e Freud sobre o tema.

Finalmente, diante do longo trabalho realizado, consideramos que a evolução mesma da teoria psicanalítica não ocorre por meio de um movimento isolado do pensamento de Freud, mas de uma conjuntura de fatores, entre os quais destacamos a participação de psicanalistas que estavam teorizando a psicanálise conjuntamente, como Abraham, Rank e Ferenczi, por exemplo. Se o desenvolvimento da psicanálise é ainda, em muitos casos, atribuído somente a Freud, é porque não se deu a devida atenção ao contexto de formulação de suas ideias em relação com aqueles que participavam ativamente de sua elaboração. Tal constatação indicaria a necessidade de realização de trabalhos de cunho epistemológicos que procurem resgatar as origens das formulações das ideias freudianas e que contribuam para a compreensão dos fundamentos sob os quais se estabeleceram a diversidade de teorias e

escolas que se encontram no meio psicanalítico atual. Essas talvez sejam o reflexo desta história que tende a ser encoberta com o passar do tempo. Esperamos que nosso trabalho tenha contribuído, em alguma medida, a lançar luz sobre mais uma das inúmeras questões caras à teoria psicanalítica, questões que aguardam ainda por novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. Obras e artigos de Sigmund Freud

FREUD, S. BREUER, J. (1895) Estudos sobre a histeria. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. II.

FREUD, S. (1894) As neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. III.

_____. (1896) A etiologia da histeria. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. III.

_____. (1950 [1895]) Projeto de uma psicologia. In: GABBY JR. O.F. *Notas a um Projeto de uma Psicologia: as origens utilitaristas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

_____. (1900) A interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vols. IV e V.

_____. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. VII.

_____. (1905[1890]) Tratamento psíquico (ou anímico). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. VII.

_____. (1907[1906]) Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. IX.

_____. (1908[1907]) Escritores criativos e devaneios. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. IX.

_____. (1910) Leonardo da Vinci e uma lembrança da infância. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XI.

_____. (1910a) Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XI.

_____. (1910b) A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XI.

_____. (1910c) Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XI.

_____. (1910d) Cinco lições de psicanálise. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XI.

_____. (1911) O caso Schreber. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1911a) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1912) Tipos de adoecimento neurótico. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1912a) A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1913) A predisposição à neurose obsessiva. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1913a) Princípios básicos da psicanálise. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1913b) O interesse científico da psicanálise. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1913 [1912-13]) Totem e Tabu. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XIII.

_____. (1914) Introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1915) Os instintos e seus destinos. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1915a) A repressão. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1915b) Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1915c) O inconsciente. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1915d) Observações sobre o amor de transferência. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1916 [1915]). A transitoriedade. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1916-1917[1915-1917]) Conferências introdutórias sobre psicanálise. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XV - XVI.

_____. (1917 [1915]) Luto e melancolia. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1917a [1915]) Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1920) Além do princípio de prazer. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 14. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1921) Psicologia das massas e análise do eu. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 15. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. (1923a) “Psicanálise” e “Teoria da libido”. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 15. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. (1923b). A organização genital infantil. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 16. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. (1923) O eu e o id. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 16. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. (1924 [1923]) Neurose e Psicose. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 16. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. (1924) O problema econômico do masoquismo. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 16. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. (1924a) A dissolução do complexo de Édipo. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 16. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. (1925[1924]) “Autobiografia”. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 16. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. (1926[1925]) Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XX.

_____. (1926) Psicanálise. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XX.

_____. (1927) O futuro de uma ilusão. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XXI.

_____. (1930) O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 18. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1931) Tipos libidinais. . In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 18. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1933[1932]). Novas conferências introdutórias à psicanálise. In: FREUD, S. *Obras completas*. (Trad. SOUZA, P.C.) Vol. 18. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

_____. (1940 [1938]) Esboço de psicanálise In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XXIII.

_____. *Neurose de Transferência: uma síntese*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FREUD, S. (1915). Letter from Freud to Lou Andreas-Salomé, April 1, 1915. *Int. Psycho-Anal. Lib.*, 89:28.

FREUD, S.; ABRAHAM, K. *The complete correspondence of Sigmund Freud and Karl Abraham*. FALZEDER, E. (ed) London: Karnak, 2002.

FREUD, S.; FERENCZI, S. *Correspondance*. Tome II (1914-1919). Paris: Calmann-Lévy, 1996.

FREUD, S. (1914). Notes from Sigmund Freud to Ernest Jones, December 25, 1914 to "Letter from Sigmund Freud to Ernest Jones, December 25, 1914". *The Complete Correspondence of Sigmund Freud and Ernest Jones 1908-1939*, 308-310

FREUD, S. (1915). Notes from Sigmund Freud to Ernest Jones, June 30, 1915 to "Letter from Sigmund Freud to Ernest Jones, June 30, 1915". *The Complete Correspondence of Sigmund Freud and Ernest Jones 1908-1939*, 312-313

2. Obras e artigos de outros autores

ABRAHAM, K. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1924). Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto a luz das perturbações mentais. In: ABRAHAM, K. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1916) O primeiro estágio pré-genital da libido. In ABRAHAM, K. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970

_____. (1912[1911]) Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In: ABRAHAM, K. *Manie et mélancolie: sur les troubles bipolaires*. Paris: Éditions Payot, 2010.

_____. (1911a) Giovanni Segantini: ensaio psicanalítico. In : ABRAHAM, K. *Manie et mélancolie: sur les troubles bipolaires*. Paris: Éditions Payot, 2010.

ALLILAIRE, J. F. Um modelo biológico em psicopatologia: a lentificação depressiva como organização patológica da atividade. In: FÉDIDA, P. *Comunicação e representação*. São Paulo: Escuta, 1989.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMATI-MEHLER, J. Mélancolie: folie, génie ou tristesse? In: *Revue Française de Psychanalyse*, Le spectre de la dépression, n.4, tome LXVIII, 2004.

ANDRADE, V. M. O conceito freudiano de narcisismo e a psicanálise atual: consequências teóricas e técnicas da introdução do conceito de narcisismo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 33 (4), p.631-649, 1999.

AVILA, A. Psicodinámica de la depresión. In *Anales de psicología*, 1990, 6 (1), 37-58 - Universidad Complutense de Madrid.

ARISTÓTELES. *O Homem de gênio e a melancolia: o problema XXX*, 1. (Trad., apresentação e notas de Jackie Pigeaud). Rio de Janeiro: Lacerda, 1998.

BARANGER, W. El narcisismo en Freud. In: SANDLER, J. *Estudio sobre "introducción al narcisismo de Sigmund Freud"*. Madrid: Julian Yebenes, S.A., 1991.

BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. A clínica da Depressão: questões atuais. In BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

BIBRING, E. The mechanism of depression. In GREENACRE, P. (ed). *Affective disorders*. New York: Int. Uni. Press, 1953.

BIRMAN, J. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BLEICHMAR, H. *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. El modelo modular-transformacional y los subtipos de depresión. In: *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós, 1997.

BOWLBY, J. Pathological mourning and childhood mourning. *J. Am. Psycho-Anal. Ass.*, 11:500-541, 1963.

BRANCO, B. M. & cols. Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas. In: LACERDA, A. L. T. & cols. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRILL, A. A. (1911) Ein Fall von periodischer Depression psychogenen Ursprungs. *Zentralbl. f. Psa.* 1 158-164

- BURTON, R. *The anatomy of melancholy*. New York: New York Review Books, 2001
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CAPER, R. *Fatos imateriais*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- CAROPRESO, F.S. A vivência de dor e o movimento do pensamento freudiano. In: SIMANKE, R.T. (org.). *O movimento de um pensamento: ensaios em homenagem a Luiz Roberto Monzani*. Curitiba: CRV, 2011.
- CAROPRESO, F.S; SIMANKE, R.T. Compusão à repetição: um retorno às origens da metapsicologia freudiana. *Revista Ágora*. Rio de Janeiro, v. IX, n.2, jul/dez 2006.
- CARUSO, I. *A separação dos amantes*. 4 ed. São Paulo: Diadorim/Cortez, 1986.
- CASTEL, P-H. *L'esprit malade*. Paris: Ithaque, 2009.
- CECCARELLI, P. R. Freud traído. In: *Reverso*, Belo Horizonte, ano 29, n.54, 2007.
- CHABERT, C. Cliniques de La dépression. Métapsychologie de la perte. In: CHABERT, C. *Narcissisme et dépression*. Paris: Dunod, 2009.
- CONTI, N. A. *Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: Polemos, 2007.
- CORDÁS, T. A. *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos, 2002.
- CORNILLOT, M.P. Noção de trabalho em psicanálise. In: MIJOLA, A. *Dicionário internacional de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- DANDREY, P. *Anthologie de l'humeur noir: écrits sur la mélancolie d'Hippocrate à l'Encyclopédie*. Paris: Éditions Gallimard, 2005.
- DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo e comentários sobre a sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- DEL PORTO, J. A. Conceito de depressão e seus limites. In LAFER, B. & cols. *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- _____. Depressão. Conceito e diagnóstico. In: *Atualização em psiquiatria I*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- DELOUYA, D. *Depressão estação psique*. São Paulo: Escuta/ Fapesp, 2002.
- _____. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEMONT, P. La mélancolie dans l'Antiquité: de la maladie au tempérament. In : CLAIR, J. (org.) *Mélancolie: génie et folie en Occident*. Paris : Gallimard [Réunion des Musées Nationaux], 2005.

DEUTSCH, H. *La Psychanalyse des névroses et autres essais*. Paris : Payot, 1970

_____. (1930). États mélancoliques et dépressifs. In: DEUTSCH, H. *La Psychanalyse des névroses et autres essais*. Paris: Payot, 1970

_____. (1933). La psychologie de états maniaco-dépressifs, avec référence particulière a l'hipomanie chronique. In: DEUTSCH, H. *La Psychanalyse des névroses et autres essais*. Paris: Payot, 1970

EHRENBERG, A. *La Fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 2008.

_____. *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob, 2010.

ESQUIROL, E. Da lipemania ou melancolia (1820). In *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.* VI, 2, 158-166, jun/2003.

ETCHEGOYEN, H. Introducción del narcisismo: texto y contexto. In: SANDLER, J. *Estudio sobre "Introducción al narcisismo" de Sigmund Freud*. Madrid: Julian Yebenes, S.A., 1991.

EURÍPIDES. *Medéia, Hipólito, As Troianas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

FARINHA, S. *A depressão na atualidade – um estudo psicanalítico*. 2005, 102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

FEDIDA, P. *Dos benefícios da depressão*. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.

FENICHEL, O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERENCZI, S. (1914) Para compreender as psiconeuroses do envelhecimento. In: FERENCZI, S. *Obras completas*. V. III. São Paulo: Martins fontes, 2011.

_____. (1913) O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: FERENCZI, S. *Obras completas*. V. II. São Paulo: Martins fontes, 2011.

_____. (1908) Das manisch-depressive Irresein in subjektiver Beleuchtung. *Zentralblatt Psychoanal.*, 1, p.74.

_____. (1909) Transferência e introjeção. In: FERENCZI, S. *Obras completas*. V. III. São Paulo: Martins fontes, 2011.

FIGUEIREDO, L.C.M. *Matrizes do pensamento psicológico*. Petrópolis: Vozes, 1991.

FOREST, F. *Freud et la Science: éléments d'épistemologie*. Paris: Economica, 2010.

FUKS, M. Mal-estar na contemporaneidade e patologias decorrentes. *Psicanálise Univ.*, São Paulo, n.9 e 10, p.63-78, jul/dez 1998 – jan/jun 1999.

GABBY JR. O. F. *Notas a um Projeto de uma Psicologia: as origens utilitaristas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

_____. A teoria do inconsciente como memória. *Psicologia USP*, São Paulo 4(1/2), p.247-260, 1993.

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

GERO, G. The construction of depression. *Int. J. Psycho-Anal.*, 17:423-461, 1936.

GINZBURG, J. Conceito de melancolia. In: A clínica da melancolia e as depressões. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. n. 20, 2001.

GREEN, A. *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

GRINBERG, L. Cara a Sigmund Freud acerca de “Introducción al narcisismo”. In: SANDLER, J. *Estudio sobre “Introducción al narcisismo” de Sigmund Freud*. Madrid: Julian Yebenes, S.A., 1991.

Gross, O. (1907). Das Freudsche Ideogenitätsmoment und seine Bedeutung im manisch-depressiven Irresein Kraepelin's. Leipzig: Vogel.

HASHIMOTO, F. *Vivências de perdas em uma empresa familiar*. 2005, 156 f. Tese (Livre docência em Orientação Profissional). FCL da UNESP de Assis. Assis, 2005.

HERSANT, Y. *Mélancolies: de l'antiquité au XXe siècle*. Paris: Éditions Robert Laffont, 2005.

HIPÓCRATES, C. De la nature de l'homme. Des maladies. Aphorismes. In: DANDREY, P. *Anthologie de l'humeur noire: écrits sur la mélancolie d'Hippocrate à l'Encyclopédie*. Paris: Éditions Gallimard, 2005.

HORNSTEIN, L. *Depresiones. Afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Paidós, 2007.

_____. *Introdução à psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1989.

JACKSON, S. *Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times*. New Haven: Yale University Press, 1986.

JACOBSON, E. (1971) *Depression: comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. New York: Int. Uni. Press, 1983.

JEANBLANC, A. Le deuil n'est pas une maladie! In: Le Point, 22-02-2012: http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/anne-jeanblanc/le-deuil-n-est-pas-une-maladie-22-02-2012-1434096_57.php - acessado em 13/03/2012.

JONES, E. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

- _____. (1909) Psycho-analytic notes on a case of hypomania. *Amer. J. Insanity*, 66: 203-18.
- JOUVENT, R. Clínica da tristeza. In: FÉDIDA, P. *Comunicação e representação*. São Paulo: Escuta, 1989.
- KAPSAMBELIS, V. Naissance d'une pensée. In : ABRAHAM, K. *Manie et mélancolie: sur les troubles bipolaires*. Paris: Éditions Payot, 2010.
- KAUFMANN, P. *L'apport freudien: elements pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Paris : Larousse, 1998.
- KHEL, M. R. Apresentação à Luto e melancolia. In FREUD. S. *Luto e melancolia*. São Paulo: Cosac NAIFY, 2011.
- _____. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- _____. Depressão e imagem do novo mundo. In: NOVAES, A. (org). *Mutações*. Rio de Janeiro: Agir; São Paulo: Edições SESCSP, 2008.
- _____. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo. Cia das letras, 2002.
- KLEIN, M. (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: *Amor, Culpa e Reparação*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: *Amor, Culpa e Reparação*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: *Amor, culpa e reparação*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- KLIBANSKY, R.; PANOFSKY, E.; SAXL, F. *Saturne et la mélancolie*. Paris: Éditions Gallimard, 1989.
- KRAEPELIN, E. Introdução a psiquiatria clínica – primeira lição: Melancolia. In: *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. N.21, 2001, p.170-76.
- KRISTEVA, J. *Sol Negro - Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.
- _____. La traversée de la mélancolie. In: *Figures de la Psychanalyse*, 1/2001 (n.4), p.19-24.
- LAFER, B. & cols. *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- LAMBOTTE, M.C. *Le discours mélancolique*. Paris : Anthropos, 1993.
- LANDAUER, K. (1914) Spontanheilung einer katatonie. *Int. Zeit. für ärztliche psychoanal.* 2:441.
- LAPLANCHE, J. *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes médicas, 1985.
- _____. *Problemáticas I: a angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

- LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LASCH, C. *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- LAUFER, L. Préface à Freud, S. In: FREUD, S. *Deuil et mélancolie*. Paris: Éditions Payot, 2011.
- LE GUEN, C. (dir) *Dictionnaire Freudien*. Paris : PUF, 2008.
- LE RIDER, J. *Modernité viennoise et crises de l'identité*. Paris: PUF, 2000.
- LUSSIER, M. *Le travail de deuil*. Paris: Puf, 2007.
- MAEDER, A. (1910) Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 33: 50-7.
- _____. (1911) Referat von Jones: 'Psycho-analytic notes on a case of hypomania'. *Zentralblatt Psychoanal.*, 1: 344.
- MARUCCO, N. C. La Melancolia: el caso de una pasión - retrotiempo, por los rastros de Caín y Abel. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 21, n° 1:7, 1987.
- MASSON, J. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess. 1887 – 1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- MAY, U. Abraham's Discovery of the "bad mother": a contribution to the history of the theory of depression. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82 (2), 2001, p. 283-305.
- MELTZER, D. *O desenvolvimento kleiniano - I*. São Paulo: Escuta, 1989.
- MENDLOWICZ, E. Trauma e depressão. In: RUDGE, M. A. (ORG.) *Traumata*. São Paulo: Escuta, 2006.
- MENEZES, P. R., NASCIMENTO, A. F. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In LAFER, B. & cols. *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- MEZAN, R. *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- MIJOLA, A. (dir) *Dicionário Internacional da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- MONZANI, L. R. *Freud: o movimento de um pensamento*. 2ª ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1989.
- MOREIRA, A. G. C. *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta/Edufpa, 2002.
- NUNBERG, H.; FEDERN, E. (orgs.) (1967) *Les premiers psychanalystes*. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne. Vol. II. Paris: Gallimard, 1978.

_____. (1975) *Les premiers psychanalystes*. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne. Vol. IV. Paris: Gallimard, 1983.

OGDEM, T. H. Uma nova leitura das origens da teoria das relações objetais. In: *Livro Anual de Psicanálise* (2004), XVIII, p.85-98.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE (coord). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*.

PARMENTIER, S. Note sur le concept de « mélancolie » chez Freud. *Figures de la psychanalyse* 1/2001 (no4), p. 119-124.

PEREIRA, M. E. C. Griesinger e as bases da “Primeira psiquiatria biológica”. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 685-691, dez.2007

PERES, U. T. *Melancolia*. São Paulo: Escuta, 1996.

_____. *Mosaico de letras: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1999.

_____. *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. Posfácio à Luto e melancolia. In FREUD. S. *Luto e melancolia*. São Paulo: Cosac NAIFY, 2011.

PERRON, R. Conflito. In: MIJOLLA, A. *Dicionário internacional de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34, 1994.

_____. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

PIGEAUD, J. Apresentação e notas. In ARISTÓTELES. *O Homem de gênio e a melancolia: o problema XXX*, 1. (Trad., apresentação e notas por Jackie Pigeaud). Rio de Janeiro: Lacerda, 1998.

PRADO DE OLIVEIRA, L.E. *Sándor Ferenczi: la psychanalyse autrement*. Paris: Armand Colin, 2011.

_____. (2012) *Metapsychologie: texto inaugural da 2as Jornadas Internacionales de Psicopatología Fundamental y Psicoanálisis: Teoría y Clínica del 29 al 31 de Marzo del 2012* – inédito.

PRATA, M. R. O normal e patológico em Freud. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9 (1): 37-81, 1999.

RADÓ, S. (1928). O problema da melancolia. In: *Revista Pulsional de Psicanálise*. 61:10-24, 1994.

ROSENBERG, B. *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo: Escuta, 2003.

ROSENFELD, H. (1959). An Investigation Into the Psycho-Analytic Theory of Depression. *Int. J. Psycho-Anal.*, 40:105-129.

ROSOLATO, G. L'axe narcissique des depressions. In : *Figures du vide*. Nouvelle Rev. Psychanalyse, n. II, 1975, Paris: Editions Gallimard.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SADGER, I. I. Psychiatrisch-Neurologisches in Psychoanalytischer Beleuchtung [Questões neuropsiquiátricas consideradas do ponto de vista psicanalítico]. In: *Zentralblatt für das Gesamtgebiet der Medizin und ihrer Grenzgebiete*, n.7-8, 1908.

_____. Fragment der Psychoanalyse eines homosexuellen. *Jb. f. Sexuelle Zwischenstufen*, 1908.

SCHORSKE, C.E. *Viena fin-de-siècle: política e cultura*. São Paulo: Cia das letras, 1988.

SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia europeia chega ao Brasil*. São Paulo: Cia das Letras, 2003.

SHARPE, E. (1944) In: KING, P.; STEINER, R. (eds). *As controvérsias Freud-Klein, 1941-45*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

SIMANKE, R.T. *Mente, cérebro e consciência nos primórdios da metapsicologia freudiana: uma análise do projeto de uma psicologia (1895)*. São Carlos: Edufscar, 2002.

SIMANKE, R. *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

SOLOMON, A. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

STEKEL, W. (1908). *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*. Mit einem Vorwort von Prof. S. Freud. Berlin, Vienna: Urban & Schwarzenberg.

STEINER, J. *Refúgios psíquicos*. Organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteirios. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

TAUSK, V. (1916) Diagnostic considerations concerning the symptomatology of the so-called war psychoses. *Psychoanal. Q.*, 38:382-404, 1969.

_____. (1913) Entertung des verdrängungsmotivs durch rekompense. *Int. Zeit. für ärztliche psychoanal.*, 1.

TEIXEIRA, M. A. R. *A concepção freudiana de melancolia: elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis. UNESP, 2007, 197 p.

TERRAZAS, J. G. Introduccion del narcisismo o el orden primordial de las valoraciones. In: BLEICHMAR e outros. *Lecturas de Freud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1990.

VIOLANTE, M. L. V. *A criança mal amada: estudo sobre a potencialidade melancólica*. Petrópolis: Vozes, 1994.

WAKEFIELD, J. C. ; HORWITZ, A. V. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press, 2007.

WIDLÖCHER, D. *Les logiques de la dépression*. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1983.

_____. Entre maladie dépressive et fascination mélancolique. Les sciences cliniques au XXe siècle. In : CLAIR, J. ; KOPP, R. *De la mélancolie: les entretiens de la fondation des treilles*. Paris : Gallimard, 2007.

WINNICOTT, D. W. (1963) O valor da depressão. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1954) A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WISDOM, J.O. (1962) Comparison and Development of the Psycho-Analytical Theories of Melan... *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:113-132.