

Depressão sem tristeza, com tristeza e melancólica¹

Marion Minerbo²

Resumo: Este estudo psicanalítico das depressões parte do pressuposto de que esse quadro é sintoma da atividade de um núcleo inconsciente que se organiza em resposta a modos específicos de presença do objeto primário: 1) operatório, 2) em codependência, e 3) por desinvestimento ou por investimento negativo do sujeito. Essa compreensão permite reconhecer as características do campo transferencial-contratransferencial e conduzir as análises em cada caso.

Palavras-chave: psicopatologia, depressão sem tristeza, depressão com tristeza, depressão melancólica

Introdução

Clinicamente, a depressão é um quadro mais ou menos típico de infelicidade e falta de prazer com a vida. Muitas vezes há também um rebaixamento da autoestima e a certeza de ser indigno do amor do outro. Mas o que melhor caracteriza o estado depressivo é a falta de esperança e a vivência de *futuro bloqueado* (Bleichmar, 1983). Entretanto, assim como a febre é apenas sintoma de uma infecção, a depressão é a manifestação sintomática de processos psíquicos inconscientes.³ Da mesma forma que febres diferentes remetem a processos infecciosos distintos, podemos reconhecer *infelicidades diferentes* produzidas por núcleos inconscientes distintos. Estes irão se manifestar na transferência com características próprias e exigirão estratégias terapêuticas específicas.

1 Agradeço a Alexandre Maduenho, Daniel Delouya e Perla Klautau pelas sugestões que ajudaram a melhorar este texto.

2 Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

3 No recorte proposto não vou me referir a elementos socioculturais ligados às depressões. Entendo que o sistema simbólico no qual nos constituímos determina em grande parte as representações de si e do mundo que formam o pano de fundo da vida psíquica.

Há um tipo de infelicidade *difusa*, muito próxima do tédio. A experiência subjetiva não é propriamente de tristeza, mas de vida vazia, estéril, burocrática, sem criatividade psíquica, colada à concretude das coisas. Nesse contexto de pobreza simbólica o futuro está bloqueado pela incapacidade de criar um ideal a ser investido.

Outro tipo de infelicidade aparece como *desempoderamento generalizado*. A experiência subjetiva é de não dar conta da vida. Há grande dependência em relação a um objeto que funciona como muro de arrimo para o eu. Essas pessoas vivem assujeitadas, com medo de perder o objeto e desmoranar. Por isso não têm autonomia psíquica suficiente para sustentar projetos, desejos, opiniões. O futuro está bloqueado porque não conseguem ser sujeitos da própria vida.

Uma terceira forma de infelicidade aparece como *autodepreciação*. A certeza de não ter valor para o objeto vem junto com a vergonha de ser e de existir, agravada pelo sentimento de culpa pelo próprio fracasso. A vivência subjetiva é de que nada adianta nada, porque nunca será digno e merecedor do amor do objeto. Aqui o futuro aparece bloqueado pela certeza de que nenhuma conquista fará brilhar os olhos do objeto.

Na origem de cada forma de infelicidade – difusa, por desempoderamento generalizado e por autodepreciação – encontrei três núcleos inconscientes distintos. Com base neles, organizei um pequeno painel diferenciando respectivamente: 1) depressão sem tristeza, 2) com tristeza e 3) melancólica. Em cada uma, as características específicas do campo transferencial-contratransferencial revelam qual foi o *modo de presença do objeto primário* em torno do qual se organizou o núcleo inconsciente.

Entendo por modo de presença do objeto *as respostas que este pôde dar aos movimentos pulsionais do bebê*, respostas essas que exigiram as defesas (clivagens e identificações) que, por sua vez, organizaram as dinâmicas constitutivas dos núcleos em questão (Roussillon, 2012).

Posto isso, o objetivo deste trabalho é *reconhecer, a partir da clínica, os distintos modos de presença do objeto primário que estão na origem de três tipos de depressão, de modo a instrumentar o analista em seu trabalho com esses pacientes*.

Antes de passar à clínica, faço uma breve apresentação do que estou chamando de pequeno painel sobre as depressões.

1. Depressão sem tristeza, mas com uma infelicidade difusa

Clinicamente, o núcleo inconsciente pode estar menos ou mais *tampnado* (compensado) por defesas eficazes. Como se sabe, o termo *depressão*

essencial ou sem tristeza foi proposto por Marty (1968) para caracterizar o funcionamento psíquico encontrado em muitos quadros psicossomáticos. A tristeza está ausente porque o sujeito se cortou de sua vida psíquica, e o sofrimento foi “solucionado” pela via somática.

Proponho ampliar essa ideia para os quadros em que a pessoa também se amputou de sua vida psíquica, mas em vez de somatizar, usou *defesas comportamentais*: adições, compulsões, transtornos alimentares, hiperatividade, violência, perversões. Essas pessoas não procuram análise por estarem deprimidas, mas por causa dos sintomas mencionados. De modo geral, sentem que “algo” não vai bem em sua vida, e descrevem, à sua maneira, o que chamei de infelicidade difusa. Reconhecemos aí a angústia branca descrita por Green.

2. Depressão com tristeza, com desempoderamento generalizado

A depressão com tristeza ou narcísica se manifesta como desmoronamento do eu pela perda do objeto de apoio, objeto que estou chamando de muro de arrimo do eu (Bleichmar, 1983; Freud, 1914/1969c). A perda desse objeto lança o eu numa condição de impotência e desamparo.

Proponho ampliar essa ideia para as situações em que, inversamente, o próprio sujeito foi usado como muro de arrimo pelo objeto. É nesse campo intersubjetivo que o sujeito se torna tão desempoderado e tão dependente do objeto, já que sua autonomia lhe foi sequestrada por suas (do objeto) necessidades narcísicas. Como resultado, sujeito e objeto precisam desesperadamente um do outro para não desmoronar.

O sujeito se deprime porque sua existência fica limitada a lutar para não perder o objeto do qual depende, e ao mesmo tempo lutar para se desvencilhar do objeto que depende dele. Reconhecemos aqui as angústias de separação e de intrusão descritas por Green.

3. Depressão melancólica com rebaixamento da autoestima

Aqui a questão não é a perda do objeto, como acabamos de ver, mas a *perda do amor do objeto*. Não é o desempoderamento por perda da sustentação egoica, mas a perda do *investimento libidinal* no eu/do eu.

Como se sabe, na depressão melancólica o supereu odeia e critica o eu de forma cruel (Freud, 1917/1969b). Identificado a essa instância, o sujeito é tomado pela certeza de não merecer o amor do objeto, certeza essa que é primária, inabalável e refratária aos testes de realidade. “Simplesmente não sou o que deveria ser para merecer esse amor.”

Proponho considerar essa certeza como um microdelírio cuja função é dar sentido ao absurdo do desinvestimento pela mãe morta (Green, 1988), ou pior, ao investimento negativo por parte do aspecto paranoico do objeto (Minerbo, 2015).

A busca pela perfeição, tão comum nesses pacientes, é secundária, e revela a tentativa desesperada de merecer seu amor. “Se/quando eu for perfeito, ele me amará.” Quando essa esperança é perdida, mergulha-se na melancolia.

Esse é o painel. Vamos à clínica.

Depressão sem tristeza

Leonora⁴ apresenta um transtorno alimentar. Já tinha procurado análise vários anos antes, mas desistira depois de três sessões. Achou “*a terapeuta muito fria... Ela não falava comigo. Ela esperava que eu falasse, e eu estava vazia, não tinha nada para dizer.*”

Agora quer tentar novamente porque, pela primeira vez, está interessada num homem. Mas tem pavor de imaginar uma relação mais séria. Até então teve vários “ficantes”. Reconhece sua grande necessidade de seduzir e chegou a ter diversos casos ao mesmo tempo. Não suporta ficar sozinha em casa à noite, por isso trabalha até tarde e se mantém ocupada com esses relacionamentos. Quando se angustia, come tudo que tem na geladeira, sem fome e sem prazer, “*só para ocupar as mãos e esvaziar a cabeça*”. Em seguida provoca o vômito para se aliviar. Depois de ter limpado tudo, consegue ir dormir... até a próxima crise. Recusa-se “*a continuar com esta vida. Antes acabar com ela do que ter essa comilança como única companheira*”

Trabalha até nos fins de semana, mas vai todo dia à academia. Faz musculação cinco vezes por semana. Reconhece que às vezes exagera: “*Todos esses exercícios me matam, mas adoro a sensação de fazer força e de sair dali exausta, esvaziada*”. Apesar da dificuldade diante da solidão, a perspectiva de uma vida em comum com seu novo amigo a angustia. “*A ideia de viver com alguém, de uma presença cotidiana... Só de imaginar já começo a passar mal. Ter filhos, então, nem pensar... É horrível imaginar um ser vivo dentro da minha barriga.*” Finaliza a entrevista dizendo que precisa estar o tempo todo trabalhando, se mexendo, saindo com os amigos. “*Se eu paro, estou perdida.*”

O que mais chama a atenção nas entrevistas é a ausência de vida interior. Não há associações, fantasias ou questionamentos a respeito de si. Seu relato é *operatório*, quer dizer, se atém à concretude dos fatos, e está inteiramente voltado para o espaço externo. Também não vemos sinal de afetos da *linhagem*

4 Livre adaptação do caso Éléonore, apresentado no capítulo 2 (caso 4) do livro *15 cas clínicas en psychopathologie de l'adulte* (Dumet & Ménéchal, 2005). As elaborações teóricas são minhas.

depressiva, que estão tamponados pelo modo de vida descrito. Por isso é uma depressão sem tristeza. Mas a ameaça depressiva está lá, e se anuncia quando diz “*Se eu paro, estou perdida*”, e “*Antes acabar com ela [a vida] do que ter essa comilança como única companheira*”.

Descreve um modo de vida organizado pelas lógicas de evacuação. Isso indica a falta de recursos psíquicos, em especial da *função simbolizante*, o que torna impossível tolerar qualquer tensão psíquica e a obriga a descarregar pela via do comportamento (trabalhar até tarde, malhar até ficar exausta, seduzir um homem atrás do outro, comer e vomitar). Graças a essas defesas, consegue funcionar, trabalhar, ser produtiva, ter amigos e sair. Mas esse frágil equilíbrio fica ameaçado com a possibilidade de um relacionamento sério com um homem.

Vimos na introdução que na origem de cada tipo de depressão podemos reconhecer um modo de presença do objeto primário – o qual, nesse caso, não permitiu a instalação suficiente da função simbolizante. Como todos sabem, Bion e Winnicott trouxeram contribuições fundamentais sobre o *modo de presença* necessário para a instalação da função simbolizante: respectivamente, função alfa e função espelho da mãe.

Partindo dessas duas contribuições, Roussillon (2008b, 2012) propõe uma espécie de *microscopia* desses dois processos – uma metapsicologia do processo de simbolização –, ressaltando *a dimensão pulsional envolvida na relação intersubjetiva*. Por um lado, enfatiza a participação *da mãe e do bebê* (e não só da mãe) na constituição da função simbolizante. O símbolo, por definição, se constitui na e pela junção de duas partes, uma que vem do bebê e outra que vem da mãe. O processo de simbolização se dá na intersubjetividade, com a participação de dois sujeitos – dois psiquismos.

Por outro lado, resgata a importância do *prazer compartilhado* no vínculo primário. *Primeiro*, como condição para criar as reservas narcísicas necessárias para que o bebê se torne progressivamente mais e mais capaz de tolerar frustrações. Sem essas reservas, a excitação produzida pelas experiências emocionais desprazerosas não poderá ser retida no interior do aparelho psíquico e terá que ser descarregada. *Segundo*, como condição para investir libidinalmente a própria função simbolizante. O bebê vem ao mundo com o potencial para simbolizar, mas este só se torna efetivo quando investido positivamente por seu próprio psiquismo. E isso só acontece se aquela atividade tiver sido fonte de prazer compartilhado no vínculo intersubjetivo. Somente então a atividade de simbolizar – ou qualquer outra função psíquica – pode ser retomada internamente sem a ajuda do objeto.

Qual é o tipo de prazer que precisa ser compartilhado no vínculo primário? Além do prazer de matar a fome e de sugar, Roussillon (2008b, 2012) enfatiza o prazer ligado a uma comunicação bem-sucedida entre a mãe e o

bebê. O autor fala em *pulsão mensageira*. Para ele, a pulsão não busca apenas a descarga. Busca também a comunicação com o objeto, que ele chama de *conversa primitiva*.

O que seria essa conversa primitiva? O choro do bebê e toda a sua linguagem corporal *significam potencialmente* alguma coisa. Mas a comunicação só se torna *efetiva*, inaugurando o processo de simbolização, se houver alguém capaz de decodificar e responder a essas mensagens. As demandas, os apelos e a comunicação de estados emocionais precisam ser bem interpretados para que sejam atendidos de forma suficientemente adequada. Isso depende da capacidade empática da mãe, isto é, de sua capacidade de se identificar aos estados emocionais do bebê.

O primeiro “assunto” da comunicação primitiva são as sensações do bebê. Quando um movimento/demanda corporal encontra uma resposta adequada por parte da mãe, essas duas partes “se encaixam”. Esse encaixe forma o protossímbolo, graças ao qual a sensação corporal pode se descolar do corpo. Ela deixa de ser uma “coisa em si” e passa a ter uma protorrepresentação. A experiência corporal/sensorial/emocional pode, então, ser integrada.

Com a ampliação progressiva de seu repertório simbólico, o bebê se torna cada vez mais capaz de tolerar frustrações e reter excitações. O salto qualitativo acontece quando o trabalho psíquico de dar sentido às experiências emocionais passa a ser fonte de prazer para o bebê. A função simbolizante será investida positivamente. Teremos, então, o que Bion chamou de *vínculo +K*.

Mas quando a mãe sofre de “daltonismo emocional”, ela não consegue reconhecer mensagens ligadas à vida psíquica. Por isso, irá traduzi-las sempre no plano concreto: frio, fome, sono, dor de barriga, doenças etc. Dizemos, então, que o objeto tem um *modo de presença operatório*.

A inadequação sistemática desse tipo de resposta por parte da mãe configura uma forma específica de trauma precoce e produz sofrimento psíquico por dois motivos. O primeiro é que as necessidades emocionais não são atendidas. O segundo é que se instala uma condição de incomunicabilidade: o sofrimento não pode ser compartilhado e é vivido como agonia.

Além disso, como os apelos emocionais da criança caem no vazio, o bom encaixe entre os apelos do bebê e a resposta da mãe não acontece. A capacidade de comunicação simbólica, que era um potencial inato da criança, degenera (Roussillon, 2010). A função simbolizante não será instalada de modo suficiente. Ou pior, será investida negativamente. Pois quando o vínculo primário produz dor em vez de prazer, o psiquismo irá se organizar contra o objeto e contra a simbolização. Teremos o que Bion chamou de *vínculo -K*.

Voltando a Leonora. Vimos que ela construiu uma vida organizada pelas lógicas de evacuação. Está o tempo todo engajada em diversas formas de agir. Foi a solução defensiva encontrada para descarregar as tensões ligadas à

dificuldade de mentalização. Diante da dor de não ter encontrado um objeto psiquicamente vivo, e para *evitar o retraumatismo da incomunicabilidade com o objeto operatório*, ela se organizou contra a atividade de pensar e contra o vínculo com o objeto. É por isso que a perspectiva de ter um companheiro fixo e mesmo a maternidade são tão angustiantes.

Como tudo isso nos ajuda a reconhecer a repetição desse tipo de vínculo no campo transferencial-contratransferencial e a conduzir essas análises?

Em primeiro lugar, sofreremos na pele a incomunicabilidade outrora vivida pelo *infans*, enquanto, complementarmente, o paciente estará identificado com o seu objeto operatório. O material clínico terá características muito factuais e concretas, pois ele não conhece o que costumamos chamar de mundo mental. Essa pobreza simbólica tende a nos deixar perdidos, desconcertados e desalojados de nossa condição habitual de escuta.

É importante evitar o silêncio, já que o paciente cairia num vazio angustiante. Mas há que evitar também interpretações em processo primário (simbólicas/oníricas), pois o paciente não saberia como usá-las. Será necessário respeitar o conteúdo manifesto concreto, permanecendo próximo do nível factual do relato – muitas vezes, um relatório dos acontecimentos da semana –, para aos poucos ir introduzindo nele alguma espessura emocional.

O trabalho mais produtivo se dará *na transferência* (passando ao largo de interpretações da transferência). Caberá ao analista usar sua criatividade clínica, inventando maneiras de *ser* o psiquismo vivo que o paciente nunca conheceu, apostando que ele possa vir a descobrir a dimensão mental da existência.

Depressão com tristeza

Manuela⁵ tem 25 anos, mora com os pais e está fazendo um doutorado. Sempre foi tímida e insegura. Quando vai ao cinema com amigos, todos comentam o filme, mas ela não consegue pensar em nada para dizer. Tem medo de dizer alguma bobagem, mas também sente que é inadequado ficar quieta. Tem amigas de infância, vai a festas, mas nunca namorou. Sabe que um dia vai ter que enfrentar isso, mas por enquanto “*conseguiu escapar*”. Apesar do doutorado, diz que está perdida, não sabe o que fazer da vida. Não tem planos para o futuro.

Aparentemente não há nada de muito errado com ela. Mas logo percebemos que é uma adaptação de superfície. Ela gasta muita energia para parecer que está tudo bem. Procura ajuda na véspera das férias de verão porque está apavorada com o que chama de “*vazio das férias*”. Os amigos vão viajar, cada

5 Adaptação livre do caso Émanuelle, apresentado no capítulo 2 (caso 1) do livro *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte* (Dumet & Ménéchal, 2005). Aqui também faço minha própria leitura do caso apresentado.

um vai viver sua vida, a irmã vai fazer um aperfeiçoamento em ginástica. Ela... não tem uma vida própria para viver. Vai ficar em casa e trabalhar na empresa do pai, como nos outros anos. Quando a analista lhe pergunta se não pode manter contato com os amigos durante esse tempo, diz que não se vê telefonando “*porque não teria nada para dizer*”.

Na segunda entrevista conta que é a filha mais velha. A mãe não quis uma segunda gravidez durante cinco anos para poder “*curtir a primogênita*”. Essa decisão tem a ver com sua (da mãe) própria história: quando a irmã nasceu, ela tinha 3 anos e foi mandada para a casa dos avós, numa cidade do interior. Sofreu muito, porque só via a mãe aos domingos. Mas acabou repetindo a história. Quando esperava a segunda filha, tentou mandar Manuela para a escola. A adaptação foi impossível. Quando o bebê nasceu, ela passava os dias na casa da avó.

Na terceira entrevista Manuela desaba. Desesperada, diz que sua vida é um fracasso, que pensa em suicídio.

Manuela é uma pessoa desvitalizada, apagada, triste e assustada. Não tem iniciativa nem vida própria. O que mais chama a atenção é a falta de autonomia do eu e um desempoderamento generalizado (é muito tímida, não consegue se colocar, não pode ligar para as amigas porque não teria nada a dizer, nas férias vai ficar em casa e trabalhar com o pai). Há também elementos melancólicos (minha vida é um fracasso etc.), mas falaremos da depressão melancólica adiante, com Bárbara.

Diferentemente do que acontece com Leonora, aqui os afetos são plenamente vividos em nível psíquico. Manuela procura ajuda porque tem pavor de desmoronar em face do vazio das férias, revelando a fragilidade do eu. Angustia-se porque vai perder seu objeto – no caso, o enquadre dado pela faculdade. É ele que organiza seu cotidiano e garante a presença das amigas.

O doutorado importa menos como projeto de vida (não tem planos para o futuro) do que como enquadre. Este funciona como objeto-tampão da angústia de separação, que aliás está presente desde a infância (aos 5 anos, não conseguiu se adaptar na escola). Mas funciona também como muro de arrimo que mantém o eu “de pé”, minimamente organizado e coeso.

O desempoderamento e a falta de autonomia nos dão notícias do grau de dependência em relação ao objeto. Do ponto de vista metapsicológico, a separação sujeito-objeto não se completou. O objeto não foi suficientemente representado em nível psíquico; o sujeito não conseguiu retomar internamente as funções psíquicas realizadas por ele. Por isso continua tão dependente do objeto externo.

Que condições o sujeito precisaria ter encontrado no vínculo primário para conseguir se separar de seu objeto? Qual teria sido o modo de presença do objeto que dificultou esse processo?

Quando a mãe começa a retomar sua vida, a criança frustrada irá expressar sua raiva. Ela tem o “direito” de atacar a mãe. Como sabemos, cabe a esta o trabalho psíquico de sobreviver a esses ataques. Entretanto, parece-me que não se enfatizou o suficiente que não basta a mãe sobreviver aos ataques *explícitos* da criança frustrada; é importante que ela sobreviva aos seus *pequenos momentos de autonomia*, que implicam também alguma “agressividade”, ou pelo menos podem ser interpretados assim. Por exemplo, os movimentos de retração autoerótica em que a criança lhe sinaliza que necessita estar a sós consigo mesma. A mãe deve sobreviver aos mil *micromovimentos* “agressivos” em que a criança diz: “Agora não preciso de você, me deixa em paz”.

Para sobreviver a esses micromovimentos, a mãe também precisa aguentar ficar só na presença da criança. Como a relação mãe-bebê é uma relação entre dois sujeitos, para que a criança conquiste sua autonomia em relação à mãe, é importante que esta tenha autonomia em relação à criança. Mas há situações em que, em virtude de sua própria fragilidade narcísica, a mãe sentirá necessidade de usar a criança como muro de arrimo. Ela mesma não conquistou a separação sujeito-objeto, nem conseguiu fazer o luto pela perda de seu próprio objeto (Kloutau & Damous, 2015). Inconscientemente, viverá os movimentos de autonomia da criança como rejeição e/ou abandono, e não conseguirá sobreviver a eles. A dialética presença-ausência se interrompe, e a criança ficará impedida de prosseguir em seu movimento de separação em relação à mãe. Com sua autonomia assim sequestrada, ficará desempoderada e dependente de seu objeto.

Na origem desses quadros reconhecemos um modo de presença do objeto primário em *codependência* com a criança. Nessa relação intersubjetiva a criança depende da mãe e a mãe depende da criança. A melhor imagem não é a do muro de arrimo, mas a de duas cartas de baralho que, para ficar de pé, precisam do apoio uma da outra. Numa relação de codependência, se qualquer uma delas sair, a outra cai. Elas não podem se separar porque ambas correm o risco de desmoronamento narcísico.

Parece ter sido o caso de Manuela. Ela conta que sua mãe foi separada da própria mãe quando a irmã nasceu. Foi enviada para a casa da avó, numa cidade do interior. Por isso, quando Manuela nasceu, “*não quis outro filho durante cinco anos para poder curti-la plenamente*”. Esse material pode ser escutado como representação de uma mãe que se agarra à filha para compensar o buraco deixado pela relação insuficiente com a própria mãe. Reconhecemos aí o que estou chamando de codependência no vínculo primário.

Esses pacientes passam a vida *lutando para não perder* o objeto. Como se sentem desempoderados, vivem submetidos, com medo de perdê-lo e desmoronar. Ao mesmo tempo *passam a vida lutando para se desvencilhar* do objeto que se apoia/se agarra neles para não desmoronar. Por isso, quando tentam

ter alguma autonomia, se sentem culpados por abandoná-lo. Imobilizados nesse impasse, não conseguem construir uma vida própria, o que leva a uma depressão com tristeza.

Como tudo isso nos ajuda a reconhecer a repetição desse vínculo no campo transferencial-contratransferencial e a conduzir essas análises?

Esses pacientes costumam gratificar o narcisismo do analista porque “valorizam” muito a análise – leia-se: *se apoiam* sobre ela para se manter de pé. Eles nos fazem sentir que jamais nos abandonarão. É importante reconhecer que, embora haja trabalho analítico acontecendo na superfície, inconscientemente a análise está sendo usada como objeto-tampão. Não é raro o analista se revoltar com tamanha dependência e tentar “empurrar” o paciente para que ande com as próprias pernas, o que obviamente não vai funcionar.

Ao mesmo tempo, inconscientemente esses pacientes sentem que estão lá para cuidar do analista – eles vão às sessões para que este se sinta útil e valorizado. Transferencialmente, é o analista que precisa da presença, do dinheiro e do amor do paciente. Desnecessário dizer que em algum momento a transferência negativa irrompe: o paciente se revolta por “ser obrigado” a ficar lá para sempre.

Há sempre o risco de fazer um uso narcísico desses pacientes. O analista tem de aceitar internamente que um dia aquela pessoa tão assídua e gratificante não precisará mais de análise. Será importante reconhecer e valorizar os pequenos brotos de potência e de autonomia que surgirem. É o trabalho *na transferência*. A interpretação *da transferência* também tem seu lugar – tanto o projeto de continuar eternamente em análise quanto a fantasia de que o analista não sobreviveria sem o paciente.

Depressão melancólica

Bárbara tem 30 anos, é solteira e mora com os pais. Procura análise por uma “*depressão crônica*”. Sempre foi difícil começar o dia. Não tem energia para investir nas atividades, ou então desanima logo. A vida é pesada e sem graça. Tem poucos amigos. Não gosta de sair com eles. “*Prefiro ficar em casa vendo séries.*” Investigando um pouco, descobrimos que se esconde do mundo porque não se sente suficientemente interessante. Pelo mesmo motivo, acabou se isolando profissionalmente.

Pergunto o que seria ser suficientemente interessante. Responde que teria que entender de arte, literatura, cinema, política. Ela se ofende e se retira quando percebe que sua conversa “*não repercute*”. Pergunto o que seria repercutir. Responde que seria “*virar assunto no grupo*”. Sua amiga garante que as pessoas curtiram o que disse, mas Bárbara não acredita.

O sofrimento narcísico e a autodepreciação estão em primeiro plano, resultado dos ataques do supereu cruel contra o eu que caracterizam a melancolia. Além disso, vemos que não consegue acreditar na amiga que garante que curtiram o que disse. Ao contrário, tem *certeza* de “*não ser gostável*”. Imagina que se fosse perfeita (entender de cinema, literatura etc.) mereceria o amor do objeto.

O melancólico grave tem a certeza delirante de ser um fracasso, digno de desprezo, o que pode levá-lo ao suicídio. Bárbara não chega a esse ponto, mas podemos considerar sua certeza de não ser gostável como um microdelírio – tanto que ela se esconde do mundo, o que não deixa de ser um microsuicídio.

Qual é o estatuto metapsicológico do delírio? Em “Construções em análise” (1937/1969a), Freud reconhece que há sempre um núcleo de verdade histórica, algo da ordem do traumático que de fato aconteceu. O delírio seria uma tentativa de dar algum sentido a essa experiência precoce. Aprofundando essa hipótese, Roussillon (1999) vê o delírio como uma forma particular de ligação não simbólica do traumático. A sutura do trauma é feita graças a uma representação. O problema é que ela se fixa e se torna dura como cimento, pois é absolutamente necessária para que o mundo tenha alguma ordem e inteligibilidade. Nesse sentido, resolve o problema, mas como não tem valor simbólico (e sim de sutura), perde qualquer possibilidade de ser metaforizada. Vira uma certeza inabalável.

Se o microdelírio é uma tentativa de dar algum sentido ao traumático, qual seria a verdade histórica nesse caso? Como diz Aulagnier (1989), o *tema* do delírio está sempre relacionado a essa verdade histórica. No caso do melancólico, o tema é a perda do amor do objeto – ele tem certeza de não ser gostável. Podemos, então, supor que algo análogo à perda do amor tenha acontecido no passado. E, de fato, em “Luto e melancolia” (1917/1969b), Freud se refere a uma *real ofensa ou decepção vivida na relação com o objeto amado*.

Voltemos a Bárbara. Ela se queixa de que sua conversa não repercute, não vira assunto no grupo. Como escutar esse material? Numa leitura, ela quer um tapete vermelho – que todos fiquem encantados e mobilizados pelo que tem a dizer. Ela se decepciona e se ofende quando isso não acontece. Se for isso, ela não conseguiu fazer o luto do narcisismo primário. Ela, a *Bárbara-adulta*, continua querendo ser Sua Majestade o Bebê. Mas em outra leitura a *criança-em-Bárbara está tentando nos contar algo a respeito do traumático*. O que poderia ser? Que seu objeto primário falhou em sua função reflexiva. Que seus movimentos pulsionais em direção ao objeto caíram no vazio. Que o olhar da mãe não se encantou, não se mobilizou, não lhe devolveu nada: “não repercutiu” (Green, 1988). Essa seria a real ofensa ou decepção vivida na relação com o objeto amado, como diz Freud.

Na verdade, não precisamos escolher entre as duas escutas. Bárbara-adulta não consegue fazer o luto do narcisismo primário, e continua precisando de um tapete vermelho, justamente *porque* o objeto primário “não repercutiu” – não confirmou o narcisismo primário – de forma suficiente.

O que significa, afinal, fazer o luto? Como sabemos, a experiência inicial de plenitude – ilusória, mas vivida como real – é necessária para a constituição de um bom narcisismo de vida. Suas marcas vão ser transformadas no ideal a ser reencontrado, só que agora na forma de *representação* da plenitude perdida. Nessas condições o ideal do eu é um ideal possível, toma em consideração o princípio de realidade; há esperança de gratificação e o futuro se abre.

Fazer o luto significa, então, se contentar com algo que se aproxima, mas não é idêntico, ao ideal narcísico perdido. Significa se contentar com uma representação – com um símbolo – da perfeição no lugar da própria perfeição. Mas essa representação só pode ser criada se a ilusão narcísica primária tiver sido vivida de modo suficiente. Ora, num contexto de *decepção narcísica primária* não há traços mnésicos de perfeição e plenitude para serem transformados em *representação do ideal perdido* (Roussillon, 2008a). O sujeito continuará se consumindo na busca da perfeição e da plenitude *em si mesmas*, como Bárbara.

Em certa sessão, a expressão “*minha conversa não repercute*” repercute em mim e produz uma imagem: a de uma bola que, jogada na areia fofa, não quica. E por que não quica? Para Bárbara, não existe a possibilidade de a areia ser fofa. A conclusão inevitável é que, se a bola não quica, é porque está murcha: ela é insuficiente.

“*Eu não sou gostável.*” Essa representação organiza o mundo e dá sentido ao traumático; resolve o absurdo do olhar vazio da mãe – a decepção narcísica primária. Mas, uma vez constituída, essa identificação se fixa e se transforma numa certeza inabalável. É o que estou chamando de microdelírio melancólico de não ser digno do amor do objeto. *Clinicamente*, reconheço dois tipos de microdelírio na depressão melancólica: 1) não sou o esperado/não sou suficiente, por isso não mereço o amor do objeto; 2) sou o oposto do que deveria ser, sou “do mal”, por isso mereço o ódio e o desprezo do objeto.

Metapsicologicamente, reconhecemos dois *modos diferentes de presença do objeto*:

- A criança não é suficientemente investida porque a mãe está *psiquicamente* em outro lugar – são variações da mãe morta, de Green (1988).
- Em função de seu núcleo paranoico, o objeto projeta no psiquismo em formação tudo o que não tolera em si mesmo. Interpreta negativamente todos os movimentos pulsionais do *infans*. Nesse modo de presença a criança é muito investida, mas com uma valência negativa.

De maneira inconsciente, o objeto odeia o *infans* porque o vê, projetivamente, como mau (Minerbo, 2015). Aqui o quadro melancólico é muito mais grave do que no primeiro caso.

Esses dois modos de presença do objeto primário ferem o narcisismo primário em seus fundamentos. No caso de Bárbara, o material clínico e a transferência indicam que seu objeto é uma variação da mãe morta, psiquicamente incapaz de investir a filha de modo suficiente.

Como isso me ajudou a reconhecer a repetição desse tipo de vínculo no campo transferencial-contratransferencial e a conduzir essa análise?

Por questões de sigilo, sou obrigada a ser muito sucinta. Em certa sessão eu estava com tosse. A cada vez que tossia, ela parava de falar de uma maneira ostensiva e irritada. Silenciava até ter certeza de que eu poderia continuar a escutá-la. A extrema sensibilidade ao desinvestimento, na transferência e na vida, indicava uma zona de traumatismo primário ligada ao modo de presença específico de seu objeto.

Por outro lado, me cumulava de dicas sobre livros e filmes. Era possível reconhecer, pelo avesso, a certeza de não ser gostável: tentava ser gostável sendo a paciente “interessante” que me trazia “novidades”.

A certa altura, a análise estava particularmente pesada. Eu me vi identificada à mãe morta, sem forças para continuar investindo nela. Nesse momento, ela faz um movimento que me surpreende: decide aumentar o número de sessões e passa a investir a análise de um modo que realmente “me acordou” – ou melhor, “me ressuscitou”. Depois de algum tempo, a representação “não sou suficiente para merecer o amor do objeto” começa a se mexer.

BÁRBARA: Levei meu cachorro no veterinário. Na fila havia uma senhora com um cachorro que não tinha uma perna. Achei incrível perceber que mesmo assim ela amava o cachorro! Eu não seria capaz disso.

Mesmo que Bárbara diga que não seria capaz disso, reconhece que é possível amar um cachorro sem uma pata. Não é preciso ser perfeito para merecer o amor do objeto.

As transformações se sucedem, embora sempre sujeitas a retrocessos. Começa a perceber a mãe sob outra luz. No lugar de uma pessoa má e mesquinha, surge uma mulher infantilizada e assustada com a vida. Diz que vem estranhando o mundo e a si mesma.

BÁRBARA: Perdi minha depressão. Parece que tiraram uma tampa.

MARION: Uma tampa?

BÁRBARA: Desenrosaram a tampa do tubo de pasta de dente, e agora tudo flui.

Fui num jantar e levei uma sobremesa. No dia seguinte minha amiga ligou para dizer que adorou e que queria a receita.

MARION: *Quer dizer que sua sobremesa repercutiu?!*

BÁRBARA: [Ri.] *Sim, repercutiu. Antes, se me pedissem a receita, eu teria certeza de que a pessoa só estava sendo gentil. Mas dessa vez eu acreditei. Ela realmente tinha gostado, e realmente queria a receita. É isso que está tão diferente.*

Para concluir, gostaria de reunir os fios da meada.

Este estudo psicanalítico das depressões partiu do pressuposto de que a depressão é o sintoma da atividade de um núcleo inconsciente.

Optei por começar com uma exploração fenomenológica da *infelicidade*, termo menos saturado do que *depressão*.

Encontrei três tipos de infelicidade, sempre acompanhados da vivência de futuro bloqueado: 1) infelicidade difusa, mais próxima do tédio, 2) por desempoderamento generalizado, e 3) por autodepreciação.

Cada um desses tipos me remeteu, *clanicamente*, a uma forma de depressão: 1) sem tristeza, tamponada por defesas do tipo comportamental, 2) com tristeza, por falta de autonomia em relação ao objeto e impossibilidade de viver para si, e 3) melancólica, com microdelírios de perda do amor do objeto.

Passando da clínica à *metapsicologia*, propus a hipótese de que os núcleos inconscientes subjacentes às três depressões se organizam *em resposta a modos específicos de presença do objeto primário*: 1) operatório, 2) em codependência, e 3) por desinvestimento ou por investimento negativo do sujeito.

Por fim, retornando à clínica, tentei mostrar como a compreensão da metapsicologia nos ajuda a reconhecer as características do campo transferencial-contratransferencial e a conduzir as análises em cada caso.

Depresión sin tristeza, con tristeza y melancólica

Resumen: Este estudio psicoanalítico de las depresiones parte del supuesto de que ese cuadro es un síntoma de la actividad de un núcleo inconsciente que se organiza en respuesta a modos específicos de presencia del objeto primario: 1) operatorio; 2) en codependencia; y 3) por desinversión / inversión negativa del sujeto. Esta comprensión permite reconocer las características del campo transferencial-contratransferencial, y conducir los análisis en cada caso.

Palabras clave: psicopatología, depresión sin tristeza, depresión con tristeza, depresión melancólica

Depression without sadness, with sadness and melancholic one

Abstract: This psychoanalytic study on depressions assumes that this condition is a symptom of the activity of an unconscious nucleus that is organized in response to specific modes of presence of the primary object: 1) operative; 2) in codependency; and 3) by disinvestment or negative investment by the subject. This understanding allows us to recognize the characteristics of the transference-countertransference field, and to conduct the analyzes in each case.

Keywords: psychopathology, depression without sadness, depression with sadness, melancholic depression

Dépression sans tristesse, avec tristesse et mélancolique

Résumé : Cette étude psychanalytique des dépressions se base sur le présupposé que cette condition est un symptôme de l'activité d'un noyau inconsciente qui s'organise en réponse à des modes spécifiques de présence de l'objet primaire : 1) opératoire ; 2) dans la codépendance ; et 3) par désinvestissement ou investissement négatif du sujet. Cette compréhension permet de reconnaître les caractéristiques du champ transférentiel / contre transférentiel et de mener les analyses propres à chaque cas.

Mots-clés : psychopathologie, dépression sans tristesse, dépression avec tristesse, dépression mélancolique

Referências

- Aulagnier, P. (1989). *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante* (C. Berliner, Trad.). Escuta.
- Bleichmar, H. (1983). *Depressão: um estudo psicanalítico* (M. C. Tschiedel, Trad.). Artes Médicas.
- Dumet, N. & Ménéchal, J. (2005). *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*. Dunod.
- Freud, S. (1969a). Construções em análise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 23, pp. 291-304). Imago. (Trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (1969b). Luto e melancolia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 245-271). Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1969c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 77-108). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Green, A. (1988). A mãe morta. In A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* (C. Berliner, Trad., pp. 247-282). Escuta.
- Klautau, P. & Damous, I. (2015). Caminhos e descaminhos do luto: o trabalho de separação mãe-bebê. *Cadernos de Psicanálise*, 37(33), 51-68.
- Marty, P. (1968). La dépression essentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 32, 595-598.

- Minerbo, M. (2015). Contribuições para uma teoria sobre a constituição do supereu cruel. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 49(4), 73-89.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolization*. PUF.
- Roussillon, R. (2008a). *Le deuil du deuil et la mélancolie* [Texto não publicado].
- Roussillon, R. (2008b). *Le jeu et l'entre je(u)*. PUF.
- Roussillon, R. (2010). La perte du potentiel: perdre ce que n'a pas eu lieu. In A. Braconnier & B. Golse (Orgs.), *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent* (pp. 251-264). Érès.
- Roussillon, R. (2012). *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Elsevier Masson.

Recebido em 28/1/2021, aceito em 8/2/2021

Marion Minerbo
marionminerbo@gmail.com