

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



PERSPECTIVA DINÂMICA DA MELANCOLIA:
O VAZIO BRANCO E FRIO QUE CONGELA NA AUSÊNCIA DA PRESENÇA DO
OBJECTO.

Joana Fonseca de Oliveira Santos

Nº de aluno
12400

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

PERSPECTIVA DINÂMICA DA MELANCOLIA:
O VAZIO BRANCO E FRIO QUE CONGELA NA AUSÊNCIA DA PRESENÇA DO
OBJECTO.

Joana Fonseca de Oliveira Santos

Dissertação orientada por Prof.^a Doutora Teresa Santos Neves

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de Prof.^a Doutora Teresa Santos Neves, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2.ª série de 26 de Setembro, 2006.

“ISTO”

Dizem que finjo ou minto
Tudo que escrevo. Não.
Eu simplesmente sinto
Com imaginação.
Não uso o coração.

Tudo o que sonho ou passo
O que me falha ou finda,
É como que um terraço
Sobre outra coisa ainda.
Essa coisa é que é linda.

Por isso escrevo em meio
Do que não está de pé,
Livre do meu enleio
Sério do que não é.
Sentir? Sinta quem lê!

(Fernando Pessoa, 1933?)

Agradecimentos

Esta etapa da vida académica marca com um carimbo de sentimentos no meu passaporte da vida o finalizar de um percurso. E no final desta etapa existem pessoas que, directa e indirectamente estiveram envolvidas, é o momento de lhes mostrar o meu apreço e dizer Obrigado:

Aos meus Pais, que são a fonte de Tudo e do meu ser. A eles dedico este trabalho!

À Professora Doutora Maria Teresa Santos Neves que, me guiou, me ajudou, que verdadeiramente me auxiliou a percorrer os caminhos desta etapa. Agradeço o seu apoio, a experiência, a inteligência, a disponibilidade entre muitas outras coisas que revelou no meu acompanhamento. Uma professora que na sua “meiga exigência” fez despertar na minha mente um pouco mais do que a psicanálise. Um Grande e Sincero Obrigado!

A toda a minha família mais chegada, mesmo com uma certa distância física, nunca abandonaram o meu coração e estiveram sempre presentes.

Ao Nuno Matos, o meu namorado, que faz tudo para que sejamos felizes juntos e que também por tal me deixa sem palavras para descrever a enorme alegria que me trouxe, traz e vai continuar a trazer.

À Raquel Valério e à Soraia Ferreira Amigas que se contam pelos dedos de uma mão e que me mostraram como é que se consegue lutar com um sorriso, sem perder a calma. Cada uma por si trouxe-me força e muito mais do que isso.

Resumo

A melancolia excede os sintomas de humor depressivo de grande tristeza e acusações directas ao narcisismo do sujeito. Enquanto depressão patológica, a sua abordagem vai além de uma perturbação do afecto e humor, enquadrando-se em proximidade à psicose, e apresentando mecanismos de defesa do seu funcionamento, o que a torna uma patologia mais severa. O presente trabalho integra-se nas seguintes áreas (análise histórica, perspectiva psiquiatria e perspectiva psicanalítica). Tem como principal objectivo a análise da melancolia, e como foco central a análise do complexo da mãe morta ou depressão branca, conceptualizada por Green (1980). Esta patologia retrata uma problemática de raiz narcísica que surge à consciência do sujeito como uma falha ao nível relacional e de trabalho. Em análise o sujeito vai reviver o acontecimento traumático infantil, de perda do amor do objecto primário, o que acarreta um sofrimento psíquico maior, visto a imago materna estar ausente psiquicamente. A esta característica alia-se uma perda de sentido e um medo desmedido do vazio, um vazio branco que congela o amor do sujeito e impede o seu normal desenvolvimento relacional. Perante estas angústias, o sujeito recorre a mecanismos de defesa do domínio psicótico, de forma a poder lutar contra um “falso self”.

Palavras-chave: Melancolia; Vazio; Depressão Branca

Abstract

Melancholy goes beyond the symptoms of depressive mood of great sadness and self-accusations to the subject's narcissism. While pathological depression, their approach goes beyond a disorder of affect and mood, is based on proximity to the psychosis, presenting defence mechanisms of its own, making it a more severe condition. This work which is divided into several stages (historical analysis, perspective and psychiatry psychoanalytic perspective). Has a main objective the analysis of melancholy and it has as central focus on the analysis of the dead mother complex, or blank depression conceptualized by Green (1980) which portrays a narcissistic problem, coming at the consciousness of the subject as a failure at relationships and labour. In analysis the subject will relive the traumatic childhood event of losing the love of the primary object, which carries a greater psychological distress, the maternal imago is psychically absent. This feature combines with a loss of meaning and disproportionate fear of white emptiness, which freezes the love of the subject and prevents its normal relational development. Against these anxieties the person uses the defence mechanisms of the psychotic field, in order to fight a "false self."

Key-words: Melancholy; Emptiness; Blank Depression

Índice

1- Introdução.....	1
2- Perspectiva histórica	3
2.1. Da crença nas práticas mágicas à visão orgânica	3
2.2. A abordagem psiquiátrica acerca da melancolia	7
2.3. A diversidade na patologia depressiva – visão exógena e endógena	9
2.4. A melancolia na esfera das psicoses – investigações no âmbito da psiquiatria	9
3- A visão psicanalítica da melancolia	12
3.1. “A sombra do objecto que caiu sobre o ego” – Perspectiva Freudiana	12
3.2. Contributos para a compreensão da patologia depressiva	17
3.2.1. Os mecanismos da melancolia – A ambivalência e o sadismo	17
3.2.2. A importância da “posição depressiva” na formação psíquica	19
3.2.3. Melancolia enquanto memória clivada – contributo pós-Kleiniano	22
4- As estruturas depressivas e a formação do vazio psicológico	24
4.1. A hemorragia narcísica no vazio psíquico	26
5- Depressão branca – O Complexo da mãe morta	27
5.1. Caracterização da mãe morta	28
5.2. O sofrimento causado por um coração ausente	29
5.3. As tentativas de reanimação da mãe morta pelo ego	31
5.4. O Amor congelado e a chave do complexo	34
5.5. A importância da transferência	37

6- Perspectiva crítica ao complexo da mãe morta.....	40
6.1. Mãe morta ou mãe hostil?	40
6.1.1. Pacientes femininas – a necessidade do contacto e recusa/negação do vazio	42
6.1.2. As relações de objecto	45
6.1.3. Pacientes masculinos – a preservação do pai ideal	46
7- Conclusão	48
Referências Bibliográficas	52

Perspectiva dinâmica da melancolia:

O vazio branco e frio que congela na ausência da presença do objecto.

1-Introdução

A melancolia tem sido analisada ao longo dos tempos por diversas áreas de estudo, partindo de perspectivas clínicas e linhas de pensamento distintas. Esta patologia destaca-se pela presença de sintomas que revelam um tipo de temperamento e um estado emocional de desânimo e tristeza profunda, marcada por um *taedium vitae* – tédio vital, que perdurou como tema espiritual e que evoluiu para sintomas inibitórios e emoções a que se chamou de *acedia* – tibieza (Badal, 1989; Mendes, 2005; Furlan, 2006; Matos, 2007a). A perspectiva psiquiátrica considera a melancolia como uma soma de sintomas depressivos e psicóticos, sendo que alguns autores sugerem a designação de depressão psicótica. Assim, o transtorno de humor, revela-se ainda mais complexo quando se depreende a existência de um funcionamento psicótico. Autores como Freud (1917), Klein (1946) e Green (1980) referem, numa perspectiva psicodinâmica, que subjacente à melancolia está a perda do amor do objecto primário, que revela ser uma dor traumática e difícil de suportar. Esta dor está associada a um vazio branco que se instala aquando de um acontecimento infantil, que revela ser catastrófico para sujeito. É a não existência narcísica derivada de um afastamento psíquico abrupto da imago materna (Green, 1980).

Para se compreender a dinâmica deste fenómeno patológico denominado “depressão branca”, ou patologia do vazio, que deriva da melancolia, formulam-se desde já questões que irão ser o foco central deste trabalho: como surgiu o conceito melancolia, o que é a melancolia, que investigações foram feitas no âmbito da psiquiatria sobre esta depressão patológica, como é que a melancolia é abordada pela psicanálise, e ao aborda-la, quais as características que os autores apresentam para caracterizar o funcionamento psíquico do sujeito com esta patologia.

No presente trabalho, o segundo capítulo, procura desenvolver uma abordagem da melancolia através da revisão histórica do conceito, onde serão analisadas as perspectivas mágico-fenomenista e organicista que deram início à concepção da patologia. Serão também abordadas as perspectivas contemporâneas da psiquiatria, nomeadamente algumas das mais

recentes investigações desta área, que dão a conhecer a melancolia enquanto depressão psicótica.

No terceiro capítulo, será introduzida a perspectiva psicanalítica sobre a melancolia, partindo de Freud (1917) e a análise da diferença que este autor estabelece entre luto e melancolia. Em seguida será apresentada a contribuição da primeira geração de psicanalistas como Abraham (1980, 1911). Às concepções elaboradas por estes autores, soma-se a concepção de Klein (1935; 1946) que introduz importantes contributos para o estudo deste tema, designadamente a importância da passagem pelas posições esquizo-paranóide e depressiva, que revelam o surgimento de mecanismos de defesa essenciais, tais como a clivagem, a projecção e a negação, no evoluir do funcionamento psíquico do sujeito na relação objectal.

No quarto capítulo, numa aproximação à visão contemporânea do tema, será introduzida a perspectiva de Coimbra de Matos (Matos, 2007b; 2007e) sobre as diferentes estruturas depressivas. A última estrutura, a “depressão de inutilidade” ou depressão psicótica apresentada pelo autor, revela a presença e manifestação do vazio interno que Green (1980) explora na sua conceptualização sobre o complexo da mãe morta.

Reservou-se para o quinto capítulo o contributo de Green (1980) e o complexo da mãe morta, ou “depressão branca”. Este autor desenvolve uma perspectiva sobre a depressão, revelando a existência de um funcionamento de cariz psicótico subjacente ao sujeito. Serão adicionalmente abordados os contributos de autores como Ogden (1999) e Lussier (1999).

Com esta perspectiva do vazio depressivo, conclui-se que o processo dinâmico da melancolia engloba um funcionamento que vai além das qualidades de humor depressivo e fúnebre, no qual estão presentes mecanismos de defesas de funcionamento psicótico.

2- Perspectiva histórica

Do ponto de vista histórico, o conceito de depressão encontra-se interligado à melancolia, (palavra de origem Grega *melancolis*: “*melanos*” negro e “*colis*” bÍlis). A origem do estudo desta patologia leva-nos a recuar cerca de 25 séculos (Canale, 2006), época em que a melancolia surge associada a termos espirituais, crenças centradas nas práticas mágicas e superstições face à saúde. Na mitologia, é possível verificar a presença de características melancólicas que afectavam reis e personagens idÍlicas, sendo os deuses responsáveis pela origem da doença. Numa visão médica/orgânica, Hipócrates considera a melancolia como derivada da influência da circulação de bÍlis negra. Sob esta perspectiva, Areteus da Capadócia aproxima-se da visão psiquiátrica e considera a variação dos humores, descrita por Hipócrates, associada a perturbações psÍquicas do pensamento e introduz uma associação entre pensamento orgânico e pensamento de conteúdo fixo (ou mania). No século XIX, destaca-se da escola francesa de psiquiatria de Pínel e Esquirol, que procuraram analisar a melancolia e a descreveram como uma “insanidade parcial” de um falso juÍzo. Esta abordagem insere a melancolia como uma doença “...tipicamente psiquiátrica...” (Kahlbaum em Swartz & Shorter, 2007, p. 27). Nesta visão a melancolia entra em consonância com a definição dada à depressão psicótica, pela presença de sintomas que preenchem os critérios depressivos e psicóticos, o que torna o quadro da melancolia mais complexo. A melancolia será abordada neste capítulo sobre a perspectiva histórica, através do ponto de vista psiquiátrico, com uma sintomatologia depressiva major, cuja severidade é acentuada com a presença de sintomas psicóticos, definida como depressão psicótica.

2.1. Da crença nas práticas mágicas à visão orgânica

Uma das primeiras referências à doença melancólica surge no Antigo Testamento. Saul (1095 A.C.) rei de Israel foi considerado no século XI (a.C.), um corajoso belicoso na luta contra os Filisteus. O valente guerreiro deixou-se abater por “...um mau espírito...” (Scliar, 2003, p. 65) com sentimentos de um grande desânimo e tristeza profunda que afectaram a sua autoconfiança e auto-estima, aos quais são adicionados pensamentos de thanatos (morte) e tragédia.

Numa tentativa de cura, os seus súbditos levaram ao seu encontro Davi, considerado um excelente tocador de harpa que conseguia amenizar os espíritos. O sucesso obtido foi efémero e passado muito pouco tempo, Saul é novamente assombrado pela tristeza e abatimento, que o leva ao suicídio (Alcantara, 2003; Mathews, s.d.). Saul apresenta um pensamento afectado por espíritos de morte. Em cada sujeito interagem dois tipos de pulsões Eros (vida) e Thanatos (morte) (Freud, 1923), e em Saul vemos que não existe uma coesão dualística desejada entre as pulsões, mas antes uma primazia da pulsão de morte, somando-se aos pensamentos de morte e destruição. Saul fica reduzido a sentimentos negativos que dirige a si, de forma masoquista. O descontentamento e a insatisfação consigo mesmo sobrepõem-se e as pulsões destructivas que destroem as unidades libidinais de eros e o levam ao suicídio.

Na *Ilíada* de Homero (século VIII, a.C.) surge novamente a referência à sintomatologia depressiva grave. Homero descreve *Àjax* de Salamina como um homem muito mais alto do que os outros, bastante belo e com armas fortes como ele. *Àjax* e Aquiles enfrentam Heitor, mas Aquiles morre e *Àjax* disputa com Odisseu a armadura do herói morto. A derrota fez *Àjax* sentir-se humilhado e num acesso de loucura degolou todos os animais de um rebanho, convicto de que, assim, mataria os seus adversários. Quando se apercebeu do acto violento que tinha cometido, suicidou-se. Para *Àjax* a perda do objecto idealizado (armadura de Aquiles - seu prolongamento narcísico) levou-o a experienciar uma descarga maníaca, através de um ataque sádico, carregado de agressividade com que confrontou o inimigo (exterior - Odisseu). Mas perdeu o objecto desejado (ego ideal inerente à armadura, o objecto-líbido do amor próprio). A perda deste ideal (narcísico) desencadeou o retorno a si da hostilidade que dirigiu ao outro levando à diminuição da sua auto-estima. Toda a agressividade lançada desencadeou uma grande carga de culpa, que fez *Àjax* cair em auto-punição, suicidando-se (Homero, 2005).

Ainda no campo mitológico, encontra-se a referência ao deus Saturno, que oscilava entre ser o senhor de todos os deuses e o deus desterrado, exilado e humilhado. Era pai de todos e deus castrado, impotente (Bennett, 1968). Saturno tinha um correspondente na mitologia grega: Cronos, senhor de tudo o que cria, do tempo, da mortificação (via o ser humano como fadado à morte), devora os seus filhos, sendo severo. Ele evidenciava a vacuidade de toda obra humana, demonstrando que o orgulho da nossa racionalidade não passa da maior das vaidades, e nada vale, pois somos apenas pó e estamos fadados à morte. Assim como tudo o

que existe estaria condenado à não existência, seria apenas questão de tempo até tudo desvanecer. A visão deste deus, num ponto de vista espiritual, leva ao abatimento do corpo e espírito, o princípio da melancolia (Bennett, 1968). Estes deuses (Saturno e Cronos) apresentam um pensamento soturno, triste e preenchido pela pulsão de morte que traz o desânimo e a incapacidade de amar mesmo o que de mais belo produz o constrói.

Na Grécia antiga, a melancolia também surgiu associada aos conceitos de loucura e epilepsia. Nesta altura a crença centrava-se na acção de espíritos malignos personificados em duas deusas *Mania* e *Lyssa*. A cura era apenas concedida como resultante da devoção a estas deusas. Os doentes com uma patologia considerada de maior intensidade, eram encarcerados e excluídos por completo da sociedade (Cordeiro, 1994).

Progressivamente, as crenças mágico-religiosas foram sendo substituídas por uma visão orgânicista/biológica, nomeadamente no século V (a.C.). Com o progressivo desenvolvimento da medicina começou a existir uma explicação orgânica para os distúrbios mentais. A sua explicação centrava-se na teoria dos quatro humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra) de Hipócrates (Scliar, 2003). Para este autor, a excessiva circulação de bílis negra (disfunção da atrabílis) no sangue (produzida pelo estômago e no baço) levaria à manifestação da melancolia (tristeza, abatimento), provocando enfermidade e dor (discrasia) em contraponto à “eucrasia” que seria a normal circulação da bílis e traria saúde (Kasper & Bóer, 2003). O temperamento do sujeito dependeria assim de um funcionamento do corpo, para manter o equilíbrio básico dos humores e para não sucumbir ao humor depressivo (Porto, 2005).

Areteus da Capadócia (150, A. C.) acrescenta que o humor depressivo deve ser visto e pensado na totalidade do sujeito, estendendo assim, as crenças espirituais aos traços de carácter no sujeito (Mathews, s.d.). O quadro melancólico é reformulado e passa a ser designado como doença mental com origem na cabeça ou no abdómen. Areteus (cit. em Ruiloba & Ferrer, 1990) vai para além do humor depressivo e relaciona a mania (obsessão ou ideia fixa) com a melancolia:

Uma afecção sem febre, na qual o espírito fica sempre fixado numa mesma ideia e a ela se agarra obstinadamente. Parece-me uma espécie de seminania. A diferença entre as duas é que na mania, o espírito se entrega umas vezes à tristeza, outras à alegria, enquanto na melancolia o espírito continua sempre triste e abatido (Areteus, s.d., cit. em Widlocher, 2001, p. 19).

Areteus aborda assim, a depressão ciclotímica ou melancolia agitada (ansiosa) em que os sujeitos poderiam ser lábeis, facilmente irritáveis, furiosos ou alegres (Mathews, s.d.). A melancolia alterna entre sintomas de tristeza “...resultante de um cérebro seco e frio...” e sintomas de furor e audácia “...produzidos por um cérebro seco e quente...” (Scliar, 2003, p. 97).

No mesmo século, Galeno baseia-se na teoria dos humores para numa explicação bioquímica (Magill, 1996), para identificar e formular três formas de melancolia:

1. Localizada no encéfalo;
2. Generalizada, quando a bílis negra vai além do cérebro e chega a todo o organismo;
3. Situada no aparelho digestivo em direcção ao encéfalo propagada por vapores.

Galeno (cit. em Widlocher, 2001) considerou que a bílis negra circula no organismo como “...uma doença do espírito sem febre, com tristeza profunda e distanciamento face às coisas queridas” (p. 20). O cérebro é considerado o regulador das faculdades racionais (o julgamento, a imaginação e memória) mas o fígado exercia o seu efeito nas emoções (Scliar, 2003).

Os espíritos ou deuses foram considerados os detentores de todas as capacidades e até os causadores de enfermidade, mais precisamente de doenças como a melancolia. Contudo, esta visão baseada nas crenças espirituais, que têm o poder de provocar a doença ou a cura, deu lugar à visão biológica de Hipócrates. Nesta é acentuada a existência de uma causa orgânica para a melancolia, assente em aspectos da realidade corporal (circulação de bílis negra). Esta abordagem permaneceu até ao século XVIII e influenciou os autores subsequentes, que introduziram a melancolia no ramo da psiquiatria, sendo provocada pela “...bílis negra [que] age sobre o cérebro...” (Widlocher, 2001, p. 20).

2.2. A abordagem psiquiátrica acerca da melancolia

A abordagem à melancolia vai-se afastando progressivamente das visões mágico-fenomenista e organicista até agora abordadas, passando a ser explicada pela psiquiatria, que a estuda como resultante de uma afectação mental. A visão psiquiátrica procura a análise mental do sujeito, descrevendo a patologia e os seus sintomas. De uma forma geral, verifica-se que a melancolia tem vindo a ser descrita através de sintomas que vão além do humor depressivo e englobam características como: a auto-acusação, a afectação da auto-estima, o desânimo, a tristeza profunda (provocada pela bÍlis negra). Mas Pinel (1809) e Esquirol (1838) elaboram uma descrição mais clÍnica da melancolia e caracterizam-na pela presença do delÍrio fixo (ou mania), iniciando assim a introdução a aspectos que enquadram a melancolia mais prÓxima do funcionamento psicÓtico. Não obstante, a perspectiva psiquiátrica actual propÕe uma subdivisão da melancolia (ou depressão major) em dois grandes grupos: depressão endÓgena e depressão exÓgena. Estes acentuam a severidade dos sintomas depressivos e a abordam-na como depressão psicÓtica (ramificação da depressão).

É num contexto científico-biolÓgico que se destaca Pinel (1809) ao considerar a melancolia como delÍrio ou “insanidade parcial”, opondo-a à mania ou “alienação mental”. O transtorno dos melancÓlicos iniciava-se por um falso juÍzo, que levava a uma fixação do pensamento absorto e preso a uma ideia (Ruiloba & Ferrer, 1990). Pinel considerou-os como alienados, uma vez que estes aparentavam “...um aspecto sonhador, taciturno e assustado, procurando solidão” (Pinel, 1809, p. 137). A presença de delÍrios circunscritos não seria um factor que levasse ao comprometimento da personalidade, uma vez que o pensamento não estaria totalmente alterado como na “loucura global” (ou mania) (Alcantara et al., 2003; Widlocher, 2001). Pinel (1809) refere ainda que, uma circunstância imprevista poderia fazer o delÍrio surgir na melancolia. Num pensamento “...que parece absorver todas as suas faculdades” (Pinel, 1809, p.137) o delÍrio pode manifestar-se. No oposto da melancolia ou “delÍrio exclusivo” estaria a mania, considerada como “alienação mental” ou “delÍrio total” (generalizado). Esta forma clÁssica de loucura era caracterizada por desordens da capacidade ideativa, devido à agitação ou furor, mas não implicaria uma lesão no cÓrebro nem uma perda total de racionalidade (como no caso da demência precoce).

Esquirol (1838), discípulo de Pinel, isola o termo “lypemanie” para se referir à melancolia como delírio parcial, uma “...afecção do cérebro sem febre, caracterizada por uma desordem da sensibilidade no entendimento, inteligência” (Esquirol & Hunt, 1845, p. 5). Esquirol (cit. em Berrios, 1988) considera que o seu conceito engloba delírios crônicos e de conteúdo fixo, que não deve ser confundido com três parâmetros: a mania (pelos delírios generalizados), a monomania (com delírios específicos) e a demência (com conteúdos incoerentes e confusos). O termo criado por Esquirol (1820/1838) é criticado por Delasiauve que considera que o termo engloba uma “...exaggeration and persistence of feelings os depression” (cit em Berrios, 1988, p. 300). Na designação de Esquirol não se encontra a presença de características que se afastem dos limites já desenhados até à data sobre a melancolia. Até agora a melancolia é caracterizada por sintomas como a culpa, os distúrbios psicomotores, para além dos sintomas que característicos da depressão: a diminuição do humor, auto-desvalorização, ausência da capacidade para experienciar prazer (Reis, 1989; American Psychiatric Association [APA], 2006; Coryell, 2007).

Guislain (1852) também influenciado pela concepção de Pinel desdobrou a melancolia num subgrupo, “general melancholy” e considerou que os melancólicos “... accuse themselves...they imagine that they have committed a deplorable, criminal action. One might say, I have offended God; another pretends to have signed away his fortune or the fortune of his children...” (cit. em Swartz & Shorter, 2007, p. 25).

Esta definição foi considerada por Swartz e Shorter (2007) como depressão psicótica, uma ramificação da depressão, por se verificar a presença de sintomas depressivos em congruência com sintomas psicóticos, nomeadamente ideias de culpa, delírios de perseguição e ideias de destruição. Fink & Taylor (2007) caracterizaram a melancolia através de sintomas como “quality of mood (unremitting apprehension and sadness), psychomotor disturbance (agitation or bradykinesia), multiple vegetative signs, and psychosis...” (p. 15). Assim, é possível verificar que a melancolia, enquanto conceito psiquiátrico, foi revisitado por vários autores que a consideraram através de características mais severas, onde a psicose chega a ser enquadrada.

2.3. A diversidade na patologia depressiva – visão exógena e endógena

De acordo com Ruiloba & Ferrer (1990), é Moebius que elabora a dicotomia entre os dois grandes tipos de depressão – depressão reactiva e depressão endógena. Do mesmo modo, Kraepelin (1896) aborda esta dicotomia e descreve os diagnósticos diferenciais com os síndromes psicóticas (Cordeiro, 1994). De um lado a demência precoce, hoje considerada esquizofrenia, do outro lado a psicose maníaco-depressiva, descrita como “...todas as insanidades periódicas e circulares, a mania a melancolia e alguns tipos de amênia...” (Mendels, 1972, pp. 31-35). Mais tarde, Kraepelin (1896) estendeu o conceito para abranger todos os casos de “excesso afectivo”. Os pensamentos dos sujeitos com melancolia são considerados por este autor como “...a deep dreamlike disturbance of consciousness...” (Kraepelin cit. em Swartz & Shorter, 2007, p. 32). Leonhard (1957) propôs uma nova subdivisão para a depressão endógena: depressão bipolar e depressão unipolar (Ruiloba & Ferrer, 1990). O estudo de Carpenter & Price (2000) refere que o termo usado para descrever a depressão endógena ou melancólica era “psicose”, um atributo biológico que não aparentava ter relação com eventos que surgiam no decorrer da vida. Meyers (2006) acrescenta que, até 1900, a depressão major era definida como psicose até à presença de critérios endógenos e perturbações neurovegetativas. A semelhança entre os dois tipos de depressão assenta na tristeza (Swartz & Shorter, 2007).

2.4. A melancolia na esfera das psicoses – investigações no âmbito da psiquiatria

No início da segunda metade do século XIX, Kahlbaum (cit. em Swartz & Shorter, 2007), considerou a melancolia como a primeira etapa de uma doença tipicamente psiquiátrica que seria uma forma mais severa de psicose e que levaria à demência. Este facto surge em algumas das investigações contemporâneas de âmbito psiquiátrico, nas quais a melancolia é enquadrada no funcionamento psicótico, sob o termo depressão psicótica (Coryell, et al., 1996; Swartz & Shorter, 2007). Esta visão é suportada por autores que consideram a presença de sintomas psicóticos, em 25% dos sujeitos com depressão tornando o quadro depressivo mais complexo e severo (Shatzberg & Rothschild, 1992; Shatzberg, 2003 e Castro & Neto, 2004). Os autores Vythilingam, et al. (2003) e Gaudiano, et al. (2007) consideram que as

desordens de humor estão associadas a sintomas severos e Keller, et al. (2007) salienta que, em 33% dos pacientes com características psicóticas, estão ligados à depressão severa (major). No estudo realizado por Schatzberg et al. (2000), a severidade da depressão psicótica é acentuada quando os sujeitos com depressão psicótica foram comparados a sujeitos que tinham sido diagnosticados com esquizofrenia e apresentaram medidas cognitivas semelhantes. Os autores Schatzberg & Rothschild (1992) salientam no seu estudo que na depressão psicótica há uma maior probabilidade em se verificarem sintomas congruentes com o humor.

O quadro nosológico da depressão psicótica tem suscitado algumas controvérsias. Por um lado, há autores (Schatzberg & Rothschild, 1992; Nelson & Davis, 1997; Carpenter & Price, 2000; Schatzberg et al. 2000; Schatzberg, 2003; Mathews & Mathew, V., 2003; Flores et al., 2005; Meyers, 2006; Gaudiano et al., 2007; Keller, et al. 2007; Swartz & Shorter, 2007) que a consideram como sendo um quadro independente da depressão major. As patologias surgem diferenciadas devido a certas especificidades que estes autores focam. Em termos gerais é de destacar as características biológicas, nomeadamente, os resultados menos positivos dos testes neurológicos, os défices cognitivos, a não resposta a antidepressivos anti-tricíclicos, a boa resposta ao tratamento por electroterapia e a presença e ocorrência de delírios e alucinações, sintomas endógenos como a culpa e os distúrbios psicomotores. Para além destas características, é também mencionada a presença de factores pessoais (e.g. perda de emprego, disputa de propriedades, entre outros) (Mathew & Mathew, V., 2003), juntamente com a influência de factores hereditários como condição desencadeante da depressão psicótica. Schatzberg et al. (2000) acentuam a severidade da depressão psicótica demarcando-a da depressão major. Através do estudo por eles realizado, foi feita uma comparação às medidas cognitivas de sujeitos com depressão psicótica e de sujeitos com esquizofrenia. O facto de terem verificado medidas cognitivas semelhantes, levou os autores a considerarem a depressão psicótica como uma patologia de maior intensidade.

Por outro lado, há autores (Coryell, et. al 1996; Meyers, 2006; Kennedy, 2008) que denominam a depressão psicótica através do sinónimo: “delusional depression”. Desta forma, destacam e associam a presença da característica psicótica ao quadro depressivo: os delírios são enquadrados na depressão. Nesta perspectiva, os autores associam ao quadro depressivo

os delírios que se centram em crenças somáticas, num dismorfismo corporal e na hipocondria, ou seja, estão presentes sintomas congruentes ao humor depressivo.

Os sujeitos que manifestam a presença de delírios têm um curso sintomático pior que os que não manifestam “delusional depression” (Hoch & Mac Curdy, 1992 cit. em Carpenter & Price, 2000). Há um agravamento da doença que leva a um maior número de reincidências hospitalares (Schatzberg & Rothschild, 1992; Carpenter & Price, 2000; Vythilingam et al., 2003). No fundo, a maioria dos autores salienta que os sujeitos com depressão psicótica têm uma maior duração de episódios, com uma maior recaída e ocorrência dos sintomas, presenciando-se uma maior mortalidade (Coryell et al., 1996; Flint & Rifat, 1998; Schatzberg, 2003; Vythilingam et al., 2003; Castro & Neto, 2004; Keller et al., 2007).

É importante referir que a melancolia foi inicialmente considerada como patologia dos afectos, onde o humor deprimido era o sintoma fulcral (Teixeira & Hashimoto, 2005). Mais tarde, a melancolia foi caracterizada pela presença de um pensamento de conteúdo fixo (ou mania), até chegar aos sintomas que a enquadraram no âmbito da psiquiatria, onde o quadro patológico se torna mais complexo. Para a perspectiva psiquiátrica, a melancolia passou a ser considerada como um sinónimo da depressão major. A abordagem psiquiátrica, assim, vem explicar a intensidade deste quadro pela presença de características biológicas, que englobam num quadro depressivo major sintomas psicóticos (DSM-TR-IV, 2006).

No ponto de vista psiquiátrico, a melancolia deixa de ser uma patologia derivada de apenas pensamentos tristes e sombrios (de morte inclusive) e passa a ser considerada em associação às características psicóticas, agudizando o quadro patológico.

Ainda no seguimento da linha psiquiátrica, destacam-se Swartz & Shorter (2007) que consideram a depressão major como depressão psicótica justificando-se através de razões biológicas. Esta concepção tem por base o estudo de Brown et al. (cit. em Swartz & Shorter, 2007) que revela que pacientes com depressão neurótica e depressão psicótica têm situações idênticas quando lhes surgem na vida situações que geram stress e dificuldades. Assim, não existe uma explicação ou uma razão psicológica (factor dinâmico) que a valide, apenas são considerados factores biológicos: “there is no psychological reason for a person to develop

psychotic depression (...) other reasons include exposure to substances that cause psychosis or depression...” (Swartz & Shorter, 2007, p. 73).

O conceito melancolia evolui de um modelo biológico/orgânico, onde era considerada como uma excessiva segregação do líquido negro (bílis negra) no corpo, para um modelo psiquiátrico, mais centrado na sintomatologia, passando a ser considerada como uma patologia que vai para além da presença do humor depressivo e tem origem em falsos juízos, onde o delírio pode surgir sem comprometer a personalidade. Berrios (1988) refere que, no final do século XIX “...o termo depressão era considerado um sinónimo de melancolia, uma condição característica por um afundar do espírito, falta de coragem ou iniciativa, com tendências para pensamentos tristes/sombrios” (p. 301). O final do século XIX foi também marcado pelo aparecimento de dois modelos diferentes que categorizam a depressão, de um lado a depressão reactiva (de natureza exógena/externa ou neurótica) e do outro a depressão endógena ou depressão (major) psicótica (Champion, 1992; Swartz & Shorter, 2007), esta última acentuando as características severas da depressão.

A análise psiquiátrica revelou a estrutura sintomática da melancolia como uma patologia que envolve características mais severas que a depressão, sendo descrita como depressão psicótica. Para além, desta perspectiva surge a visão psicanalítica (Freud, 1917; Klein, 1946; Green, 1980), que aborda a melancolia como uma “depressão patológica” e revela a estrutura de funcionamento mental do sujeito com esta patologia. Em foco está a análise do funcionamento mental do sujeito, onde é revelada a estrutura de pensamento, realçando o tipo de relações de objecto e a ligação destes com a dinâmica interna de pensamento, permitindo um acesso e uma análise aos conteúdos inconscientes (recalcados), mecanismos de defesa, entre outros.

3- A visão psicanalítica da melancolia

3.1. “A sombra do objecto que caiu sobre o ego” – Perspectiva Freudiana

A estrutura psíquica do sujeito com melancolia, na abordagem psicanalítica, é analisada por Freud (1992/1895), que a compara ao luto. De uma forma geral, o luto é descrito como uma “...reação à perda de um ente querido” (Freud, 1917, p. 249), que ao fim de um tempo é superada e a melancolia como um: “...desejo de recuperar algo que foi perdido (...) uma perda na vida pulsional” (p. 247). Ambas apresentam semelhanças que favorecem a melhor compreensão da depressão patológica (melancolia). Será possível observar que, entre o luto e a melancolia, as características análogas assentam na perda da capacidade de amar, no desânimo profundamente penoso e na cessação de interesse e inibição de actividades. Contudo, na forma patológica (melancolia), existe uma afectação da auto-estima que não está presente no luto.

O processo do luto envolve a perda de um ente querido ou de um objectivo (pátria, ideal, liberdade), que deixa o sujeito incapaz de tirar proveito de qualquer acção, uma vez que as energias que tem são usadas para chorar as “...lembranças e expectativas isoladas...” (Freud, 1917, pp. 250-251) face ao investimento feito ao objecto perdido, agora ausente. O teste da realidade é a prova a que o sujeito terá de se submeter. É uma situação que vai debilitar o ego e expô-lo a um nível de dor, que deixa o seu mundo interno pobre e vazio. O sujeito vai assim ser “...persuadido pela soma das satisfações narcísicas que deriva de estar vivo, a romper a ligação com o objecto abolido” (Freud, 1917, p. 260). Há um trabalho de “desidentificação progressiva” (Matos, 2007b, p. 50), onde o sujeito vai gradualmente libertando os laços relacionais, os vínculos amorosos, que estabeleceu com o objecto amado e que já não está presente.

Ao contrário deste processo, Freud (1917) identifica, na melancolia, uma perda de ideal. O que foi perdido não foi o objecto mas o amor do objecto, ou seja, a relação que mantinha com o objecto de amor. O sujeito “...sabe *quem* perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém” (Freud, 1917, p. 251). Esta perda, de ordem inconsciente, vai levar o sujeito a apresentar-se desprovido de valor, com uma auto-estima reduzida e um ego pobre e vazio. Mas a perda não favorece a libertação da libido vinculada a essa relação com o objecto de amor (libido objectal). A libido perdida não permanecerá livre para ser investida numa nova catexia objectal, será deslocada para o próprio Eu do sujeito (regressão narcísica), estabelecendo-se uma identificação inconsciente com esse objecto. Assim, o amor do objecto que não pode ser renunciado, refugia-se na identificação narcísica (Freud, 1923).

Perante este refúgio narcísico, o sujeito mantém a relação com o objecto. Ego e objecto fundem-se e estabelece-se uma das características essenciais da melancolia “...uma identificação do ego com o objecto abandonado... [como] a sombra do objecto [que] caiu sobre o ego...” (Freud, 1917, p. 254). Perante a impossibilidade de reconstruir a relação perdida, e dado o investimento narcísico nessa mesma relação, torna-se ele próprio (não libertando a libido investida) o receptor dos impulsos. Freud (1917) concebe esta regressão, do objecto ao ego, como uma incorporação (regressão à fase oral ou canibal como refere Abraham (1911)). Nas palavras de Coelho (2004b) “...o eu incorpora esse objecto em si mesmo e, de acordo com a fase oral ou canibal do desenvolvimento libidinal em que se encontra, pretende fazê-lo, devorando-o” (p. 18).

A identificação narcísica leva a que o ego, agora como objecto de abandono, possa ser julgado pelo superego. Esta instância tem um carácter sádico (de ódio), bastante rigoroso e dirige os impulsos destrutivos (instintos de morte) ao ego. Apesar de a agressão ser direccionada para o próprio sujeito, na realidade estes impulsos são para o outro que “...ama ou amou ou deveria amar...” (Freud, 1917, p.254), que se encontra incorporado e que é penalizado.

O ego vai dividir-se colocando uma parte de si contra a outra, estando de um lado este superego sádico, que acusa e traz a culpa inconsciente (por perda do objecto amado), que atormenta o ego. “Vemos como nele uma parte do ego se coloca contra outra, julga-a criticamente, e por assim dizer, toma-a como seu objecto” (Freud, 1917, p. 253). A perda objectal vai transforma-se numa perda do ego (perda narcísica) e o ódio entra em acção contra o objecto interno. Os ataques ao objecto internalizado passam a ser de ordem sádica através da auto-acusação. Estes ataques são “...como uma ferida aberta, atraindo a si as energias catexiais (...) de todas as direcções esvaziando o ego até ficar empobrecido” (Freud, 1917, p.258). É o retorno do investimento libidinal para o ego, que leva a que os impulsos antes dirigidos ao objecto sejam agora revertidos para o próprio sujeito. O sujeito auto-critica-se, incluindo também o seu passado, e manifesta um delírio de inferioridade na perda do seu amor-próprio, uma perda narcísica que o consome.

A perda do objecto de amor que se refugia no narcisismo do sujeito e a manifestação do ódio face à internalização do objecto revela a presença da ambivalência, outra característica própria da melancolia. Há uma parte do sujeito que procura reparar “defender” o amor pelo objecto (que não pode ser abandonado) ao refugiar-se na identificação narcísica. Por outro, lado existe uma clara manifestação do ódio na sua forma mais primitiva, que através da satisfação sádica e associado a um superego cruel, procura vingar-se do objecto substitutivo (o próprio eu do sujeito), que foi internalizado, atacando-o e evitando expressar a sua hostilidade abertamente.

A ambivalência pode ser reforçada se na ligação libidinal a uma pessoa (amada) existir uma “...desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente” (Freud, 1917, p.256).

No decorrer deste processo, os conteúdos estão recalçados e permanecem no inconsciente, até que o resultado se fixe, o que consiste no abandono da catexia libidinal ameaçada para regressar ao ego. Num processo inconsciente forma-se o conflito entre o superego e o ego (conflito ambivalente), enraivecendo o ego contra si mesmo. É a perda do objecto que vai desencadear a raiva internalizada. Esta surge quando o objecto é exteriorizado, mantido à distância (Matos, 2007a). O trabalho da melancolia termina quando houver “... o retorno do sujeito a si mesmo como o resultado de uma satisfação dos mecanismos de retaliação.” (Dias, 2000, p. 188), ou seja quando as lutas internas resultantes da ambivalência levarem a um abandono da libido fixada no objecto e o processo do superego for concluído pela retirada de valor ao objecto.

A perda do amor do objecto é a temática que sobressai na análise a Freud (1917), e que a torna na característica central da sua obra. Quando Freud (1917) se refere à melancolia, o sujeito não sabe que o que perdeu foi o vínculo (relação libidinal) ao objecto. É um processo que vai permanecer inacessível ao consciente, levando à revelação de mecanismos de funcionamento psicótico e de defesa neuróticos. Para não perder o amor do objecto, o sujeito introjecta o objecto em si, protegendo-o do abandono. Este processo leva a equacionar os mecanismos de funcionamento psicótico, onde entre sujeito e objecto há uma totalidade fusional (Dubor, 1998).

A forte fixação ao objecto, e posterior introjecção do mesmo, leva a uma regressão narcísica à fase oral, onde o vínculo de amor ao objecto é mantido, alimentando o afecto do sujeito. A escolha objectal no próprio ego é considerada como um regresso à identificação narcísica, substituindo a catexia erótica dirigida a um objecto por um regresso da libido ao ego.

Perante a introjecção do objecto surge a ambivalência, característica da melancolia, que faz entrar em acção o conflito entre o superego e o ego. Este último, para além de se culpabilizar, auto-punir-se, fomenta internamente uma raiva inconscientemente pelo abandono do objecto. O sujeito que possui em si o objecto abandonado vai ser julgado, como se fosse o objecto que o abandonou. O superego vai atacar de forma sádica e sem piedade o ego (o objecto). A ambivalência leva ao enfraquecimento dos laços estabelecidos com o objecto internalizado e posterior término dessa fixação. O objecto deixa de estar ameaçado pelos conflitos (ambivalentes) e é abandonado. O objecto, assim como no luto, morre e os investimentos são libertados, deixando o Eu regressar ao estado inicial.

Por último, o melancólico não se alimenta do exterior, elabora uma pesada regressão oral – narcísica ao seu interior alimentando-se do objecto introjectado amado, engrandecendo o enorme amor que tem dentro si. Este “self-love” (Freud, 1917, p. 257) pode levar o sujeito ao suicídio. O Eu só se pode matar, se se tratar como objecto, e dirigir/retornar a hostilidade do investimento objectal a si. Nesta regressão “...o Eu é dominado e esmagado pelo objecto amado perdido...” (Coelho, 2004, p. 20).

Em suma a melancolia é caracterizada por Freud (1917) como:

...um desanimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer actividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. (p. 250)

3.2. Contributos para a compreensão da patologia depressiva

3.2.1. Os mecanismos da melancolia – A ambivalência e o sadismo

Abraham (1911; 1924) à semelhança de Freud (1917), tem por base a internalização do objecto, concedendo primazia ao seu carácter inconsciente e à acção dos impulsos sádicos que advém da ambivalência e que levam a um bloqueio no desenvolvimento da libido no melancólico. Na sua análise (Abraham, 1978; 1980) a depressão surge tanto na esfera neurótica como na psicótica, inserindo-se nesta última a melancolia, dada a presença do carácter cíclico da mania e o enquadramento das estruturas de funcionamento psicótico (paranóia, projecção).

Em Freud (1917), a melancolia surge quando o sujeito perde a relação com o objecto de amor seguindo-se a introjecção do mesmo no ego. Mediante esta característica o ego culpabiliza-se e auto-acusa-se. Abraham (1911) acrescenta que esta atitude se desenrola através da prevalência do ódio enquanto componente sádica da libido, manifestada na ambivalência.

Para Abraham (1911) a depressão (psicose maníaco depressiva ou melancolia ou psicose depressiva) surge quando o objecto de desejo sexual é abandonado, sem existir a obtenção de uma satisfação, passando o sujeito a considerar que não é amado nem capaz de amar. Esta incapacidade em amar assenta na forte componente sádica da libido, manifestada em comparação à neurose obsessiva: “a estrutura melancólica pareceu-lhe próxima da descrita no caso da neurose obsessiva pela intensidade da disposição hostil em face do mundo exterior” (Mijolla, 2005b, p. 1162). Esta tendência hostil paralisa a capacidade de amar do sujeito. Contudo uma diferença surge, enquanto que na neurose obsessiva o sujeito estabelece novos objectivos para substituir o objectivo inatingível, na psicose depressiva existe um recalçamento da manifestação de ódio seguido de projecção “eu não o amo eu o odeio porque ele persegue-me” (Abraham, 1911 p. 37). O predomínio do ódio vai levar o sujeito considerar-se odiado pelos elementos externos (projecção) a ele, não sendo o possuidor desse sentimento. Estes conteúdos percebidos são recalçados e o paciente num delírio de inferioridade acrescenta a presença de defeitos congénitos que, acentuam o seu carácter deprimido. Mas estes impulsos sádicos não permanecem estagnados no inconsciente, revelam-se à consciência através de “...dreams and symptomatic acts, but especially in an inclination

to annoy other people, in violent desires for revenge or in criminal impulses” (Abraham, 1911, p. 38). Quando o recalçamento não consegue conter os impulsos inconscientes de ódio, propicia-se o surgimento de ideias delirantes de culpa e no lugar deste ódio surgem reacções maníacas. Quanto maior for o recalçamento dos impulsos sádicos maior a severidade dos aspectos depressivos e maior é a tendência delirante de culpa que reforça a tendência masoquista. Abraham (1911) considera ainda que quando a psicose depressiva se manifesta o paciente revela inibição mental, o que o faz pender para a negação da vida e uma procura inconsciente de solidão, chegando a entrar em estupor depressivo (representando uma morte simbólica).

Abraham (1924) considera que há outra característica que se salienta na melancolia, que Freud (1917) chega a abordar. A introjecção oral do objecto (fase sádico-oral), para assim preservar o objecto de amor. O autor considera que o sujeito na melancolia tem por base uma identificação narcísica e que, para tal, tende a uma regressão à fase oral ou canibal do desenvolvimento da líbido, como solução para a ambivalência. Abraham (1924) considera a melancolia como uma perturbação libidinal, ligada à zona erógena (boca).

Sob este ponto de vista, Abraham (1924) tem em atenção as três etapas (oral, anal e genital) de organização da líbido e considera que na melancolia (ou estado maníaco-depressivo) há um processo oral de introjecção do objecto de amor, assim como Freud (1917) a estabelece, mas que essa introjecção é uma incorporação do objecto, que leva o eu a regredir à etapa oral/canibal. Mas antes de regredir a esta fase o melancólico entraria na fase sádico-anal onde as pulsões sádicas obtêm satisfação na rejeição e destruição do objecto. Contudo, o melancólico tende a fugir destes impulsos por medo de perder realmente o objecto introjectado, e conserva fixa o objecto e alimentando-se dele, na fase oral/canibal.

Para concluir, Abraham (1924; 1978; 1980) refere que uma rotura das relações de objecto torna-se patológica (a decepção desencadeia uma onda de ódio que faz sucumbir os lábeis sentimentos de amor) se houver a repetição de um acontecimento traumático infantil antes do complexo de Édipo. Assim, os sujeitos tenderiam mais para a melancolia do que para a neurose obsessiva, dada a existência de uma decepção amorosa (e.g. com a mãe amada). É de referir os cinco factores considerados pelo autor (Abraham, 1924) que levam à depressão melancólica:

1. O reforço do erotismo oral;
2. Uma fixação da libido à fase oral;
3. Uma ferida no narcisismo infantil por decepção amorosa;
4. O surgimento da primeira decepção amorosa face aos objectos de desejo edipiano (os pais);
5. E por último uma repetição do acontecimento traumático infantil gerador da decepção primária. Esta origina o movimento de expulsão, evacuação e destruição do objecto como um só.

A partir da internalização do objecto, considerada por Freud (1917), Abraham (1911; 1924) acrescenta que essa introjecção do objecto é feita de forma canibal, para assim o objecto não ser perdido na realidade e se manter conservado no seu interior. Neste processo também se observa uma regressão à fase oral, para o sujeito não expulsar o objecto, derivado da agressividade dos impulsos sádicos, factor que pode levar à destruição do objecto internalizado. Klein (1935; 1946) vai recorrer a ambas as abordagens para formular a sua própria concepção sobre a melancolia, enquadrando-a na passagem da posição esquizo-paranóide para a depressiva e consecutiva falência das defesas maníacas evidenciadas quando o ego procura defender o objecto interno (na passagem da posição).

3.2.2. A importância da “posição depressiva” na formação psíquica

Klein (1935; 1946) acrescenta às ideias anteriormente abordadas (Freud, 1917; Abraham, 1911; 1924) a importância da relação objectal na formação do funcionamento psíquico depressivo infantil e considera que este se processa em adição a angústias e mecanismos de defesa que se prolongam desde o início da vida até à vida adulta. A abordagem Kleiniana considera assim como Abraham (1924) que o desenvolvimento psíquico se faz através de posições da libido.

Klein (1969) revela que, para pensar a depressão, é preciso pensar na qualidade da relação de objecto primário nos primeiros anos de vida. Klein (cit. em Dias, 2000) através da análise a crianças, considera que o bebé tem um ego arcaico, primitivo e imaturo e que as relações que se irão propagar no futuro são fruto da construção de relações de objecto desde o seu

nascimento, ou melhor, desde a sua necessidade de satisfação dos desejos libidinais em contacto com o seio da mãe (a sua primeira relação com o mundo exterior). Esta primeira relação é a base da construção e organização do funcionamento psíquico do sujeito.

Klein (1976) afirma que a criança no decorrer do desenvolvimento psíquico atravessa duas posições que trazem importantes contributos e demarcam o próprio funcionamento psíquico. Na primeira posição esquizo-paranóide, que ocorre desde o nascimento até ao quarto mês, o bebé vai recorrer à clivagem e transforma o objecto em bom objecto e mau objecto (o objecto ainda não é total é apenas parcial). O primeiro dá prazer e satisfaz o bebé, opondo-se ao mau objecto em que o sujeito para além de sentir este objecto como mau, projecta nele a sua agressão (impulsos sádicos violentos), trazendo-lhe a frustração. A agressão que projecta no mau objecto e que também introjecta (acção da identificação projectiva) vai fazer com que estes passem a ser considerados como “...perigosos, perseguidores, que irão devora-la, esvaziar o interior do seu corpo, corta-la em pedaços, envenena-la...” (Klein, 1935/1996, p. 304).

Perante a acção da identificação projectiva o sujeito vai de forma fantasiada projectar/expulsar o mau objecto que introjectou (partes do self), existido um retorno desses conteúdos ao próprio self por identificação, receando ser aniquilado por esses perseguidores que constituem o mau objecto. Este regresso do mau objecto faz surgir a angústia de perseguição, fragmentação (expressão da pulsão de morte) e por tal, um receio desse mau objecto. Por temer a destruição interna, a criança terá de recorrer aos mecanismos de defesa, não cedendo à ansiedade paranóide e negando a realidade psíquica, para assim expulsar o mau objecto e internalizar o bom objecto “é preciso uma identificação mais completa com o objecto amado e um reconhecimento mais completo de seu valor para que o ego perceba o estado de desintegração a que o reduziu, e continua a reduzir” (Klein, 1935, p. 311). A coesão do bom objecto interno, vai favorecer a progressiva unificação do mesmo tornando-se num objecto total, que marca a entrada para na posição depressiva. É este objecto total que vai ser o núcleo interno do sujeito, garantindo-lhe resistência.

Na posição depressiva, o bebé a partir dos seis meses vai ter de se adaptar a sentimentos de ambivalência face ao objecto. Nesta fase é possível verificar a influência do trabalho de Freud (1917) e Abraham (1911; 1924) sobre a introjecção do objecto. Em Freud (1917) depreende-

se que após a perda do objecto este é incorporado no ego. Assim o objecto fica exposto aos sentimentos do ódio provenientes da ambivalência, surgindo a melancolia. Klein utiliza esta concepção e aplica-a ao objecto que é internalizado e está danificado devido à forte componente sádica de que foi alvo na primeira posição (e não foi controlada). É a agressividade que vai “colorir” a vida emocional do bebé expondo-o às angústias que caracterizam a relação com o objecto total. Essa angústia que é sentida através dos ataques sádicos orais ao objecto, é novamente despertada quando a criança perde o objecto, após se perceber como entidade total separada dele. Considerada como angústia depressiva vai ser vivida de forma persecutória “...como vingança por parte do objecto interior danificado – fantasia que se situa na linha da descrição Freudiana relativa à culpabilidade engendrada pelo superego” (Mijolla, 2005b, p. 1398). Em Klein (1935) a culpa surge com o dano causado ao objecto interno e não por acção do superego. Numa procura em preservar o seu narcisismo (identificação ao bom objecto internalizado) o bebé recorre à onipotência (mecanismo de defesa maníaco) negando a realidade psíquica dos objectos perseguidores internalizados, que teme e que de forma fantasiada contaminam o corpo.

Na passagem da posição esquizo-paranóide, a criança itrojecta e cliva o objecto tornando-o em objecto parcial. As angústias de perseguição, oriundas do mau objecto que é internalizado vão sendo expelidas (projectadas), enquanto que há procura da permanência com a identificação ao bom objecto. Quando o bom objecto está presente e unificado no psiquismo da criança, observa-se a manifestação da angústia depressiva no medo de perda do objecto que é alimentado pela fantasia de destruição oriunda das angústias presentes na primeira posição (e que permanecem ao longo da vida). No melancólico o objecto está sempre apto à cisão e novas angústias.

Em suma, a sua concepção aborda duas posições de desenvolvimento psíquico que todos os sujeitos atravessam. A posição esquizo-paranóide corresponde ao que Klein (1946) considerou como fase “psicótica”, antes da posição depressiva marcada pela ambivalência neurótica. Os mecanismos de defesa usados apresentam-se num registo de funcionamento claramente psicótico. É na passagem da posição esquizo-paranóide para a depressiva que a melancolia se manifesta, mediante a falência dos mecanismos de defesa maníacos que quando estruturados dão integridade ao ego e que o permitem manter a sua estrutura. Klein (1946) segue a linha de pensamento de Freud (1917) que considera a incorporação do objecto pelo

ego e acrescenta a importância da existência da pulsão de morte que liberta impulsos sádicos e que ataca o ego que internalizou o objecto de amor. Se os mecanismos de defesa maníacos não conseguirem manter o bom objecto internalizado, o sujeito vai ser invadido por angústias de fragmentação que levam o sujeito à melancolia.

3.2.3. Melancolia enquanto “memória” clivada – contributo pós-Kleiniano

Amaral Dias (2000) introduz uma perspectiva complementar ao trabalho de Freud (1917), integrando na análise da melancolia alguns conceitos Kleinianos. Este autor (Dias, 2000) afirma que a melancolia, em comparação com o luto, acarreta um processo mais complexo para o sujeito, uma vez que o faz viver de forma inconsciente um luto na presença do objecto. Quais as características presentes no melancólico que tornam o processo mais complexo?

Amaral Dias (2000) inicia a caracterização da melancolia mencionando a união entre objecto e sujeito, numa relação onde não existe diferenciação, “...algo que está articulado com o outro que cai sobre o self, transformando uma parte do self no objecto perdido” (p. 186). A partir deste o sujeito trata o eu como trata o objecto. No sujeito depressivo o núcleo central encontra-se povoado por aspectos desvalorizados e desqualificados do sujeito, mas o que é que acontece ao bom objecto? Amaral Dias (2000) estabelece um paralelo metafórico com a memória, como se uma parte da mesma desaparecesse da mente e fosse expulsa. Para que tal processo aconteça o autor evoca o mecanismo da clivagem onde “...tudo o que houve de bom na vida [foi] excluído...” (Dias, 2000, p. 188). Tal conceito apesar de implícito na obra de Freud (1917), não surge descrito como tal.

O objecto interno incorporado é clivado, de acordo com a identificação projectiva. O sujeito tenta projectar as partes más de si, para de forma ilusória controlar, a mãe enquanto objecto interno e a atacar. Mas a mãe é fantasiada como estando cheia de raiva que ataca o sujeito. Amaral Dias (2000) recorre à concepção de Abraham (1924) para revelar que a criança está confundida com a mãe e refere que “...conforme ataco e mordo, imagino-me mordido e atacado...” (Dias, 2000, p.197). O bebé vai receber os objectos boomerang, o que vai projectar no objecto volta ao próprio sujeito sob a forma de retaliação e ataque. O sujeito fica

enfraquecido e sem forças. A re-introjecção é afectada com frequência e forças semelhantes levando a criança a sentir um “terror sem nome” (Zimerman, 1995, p.165).

Na identificação projectiva patológica, o sujeito retira “uma parte da sua personalidade e a projecta para dentro do objecto onde se instala, por vezes como um perseguidor, deixando correspondentemente empobrecida a psique da qual foi retirada” (Bion, 1991, pp. 69-70).

A união com o objecto vai manter, de certa forma a coesão do sujeito, uma vez que ao separar-se do objecto “...rasga a pele psíquica – é a identificação adesiva patológica” (Dias, 2000, p. 201), porque o sujeito não tem um objecto primário estável para lhe dar o espaço mental que o faça surgir como ser individual. Assim como pode projectar na mãe as partes más pode também perder lá dentro as partes boas. No melancólico, contrariamente ao maníaco, predomina a identificação projectiva no seu aspecto desvalorizado e desqualificado, porque é a parte da sua personalidade que se separa e é projectada no objecto.

Nas palavras de Amaral Dias (2000) encontramos aqui uma abordagem à clivagem. Este mecanismo sobressai quando “no caso da depressão, orbitam os aspectos desvalorizados e desqualificados e são *split off* todos os aspectos bons...” (Dias, 2000, p. 192), ou seja o que não corresponde aos aspectos narcísicos incorporados é expulso da mente. Os aspectos que não são equivalentes às características narcísicas que acolheu do objecto são colocados no exterior, fora de si. É o acentuar da clivagem, revelando a existência da parte depressiva e da parte maníaca no sujeito, que nunca se encontram, uma vez que o surgir de uma implica o encobrir da outra. Perante esta situação, o sujeito não ganha novas experiências porque internamente vive desta forma cíclica. Na fase maníaca tudo é idílico e o sujeito é o juiz do objecto (orbitam aspecto idealizados), e na fase depressiva tudo o que é mau, triste e depressivo manifesta-se (orbitam aspecto desvalorizados e desqualificados do self). O sujeito com melancolia vive agarrado aos pensamentos negativos (aos do passado e todos os que possam surgir, até os do mundo externo). Cada vez que uma das fases se revela, o sujeito renasce novamente, não conservando as experiências da realidade externa porque isso implica ter um contacto com essa realidade, ou melhor é necessário ter memória ao experimentar novos acontecimentos para os poder guardar.

4- As estruturas depressivas e a formação do vazio psicológico

Coimbra de Matos (Matos, 2007c; 2007g) vem por sua vez decompor a depressão em quatro estruturas: depressão simples (com regressão à oralidade), depressão de inferioridade (onde o sujeito acentua as suas deficiências o que afecta o seu narcisismo), a depressão de culpabilidade, que Coimbra de Matos considera a verdadeira depressão e por último a estrutura depressiva que estabelece a ponte entre depressão e psicose, onde o sujeito vivência a falta de afecto preenchida pelo vazio.

Na estrutura depressiva simples ou amorfa, Coimbra de Matos (2007g) enfatiza o predomínio do carácter oral e a regressão a este, não existindo uma progressão ao nível da maturação genital. O sujeito apresenta-se dependente afectivamente do objecto ou perante uma ruptura relacional com o mesmo, que pode ser recuperada "...através do circuito da doença somática e da comunicação operacional" (Matos, 2007e, p. 386). Coimbra considera que esta patologia se aproxima da perturbação borderline, pela existência de uma perda traumática do objecto que foi investido com sintomas de "...vazio depressivo..." (Matos, 2007e, p. 386). O sujeito para além de poder viver uma intensa angústia de separação, pode enveredar pelo consumo excessivo de drogas como substituto da relação que deixou de ter, ou então há a possibilidade de poder ter uma tendência para descarregar via delinquência toda a emoção vivida internamente. O objecto de amor incorporado é perdido e o sujeito sente que o seu narcisismo sofreu uma perda, uma perda na relação de investimento que deixou de existir, que leva o sujeito a ser invadido pelo vazio de afecto revelador da ausência de um bom objecto interno. Assim como Coimbra de Matos (2007g), Green (1980; 2003) vai abordar este vazio, expressando-o de acordo com a perda do objecto que se revela traumática. O sujeito vai desinvestir do objecto materno que está "morto" e absorvido no seu luto, o que leva à constituição de "buracos psíquicos" que será o espelho da ferida narcísica.

Numa segunda estrutura, Coimbra de Matos (2007e) aborda a depressão de ruína narcísica ou de inferioridade que surge no fim da fase anal, início da fase fálica. Esta depressão surge no pensamento do sujeito associado às deficiências que provocaram a perda do objecto e não o abandono deste. Há uma "perda projectiva da idealidade" (Matos, 2007c, p. 386). O ideal revela-se na identificação narcísica com o objecto e se o sujeito sofrer a perda do objecto vai

considerar que a causa desta é a sua inferior e defeituosa imagem, foi “ela” que provocou a ruptura com o objecto.

Perante uma discrepância narcísica (imagem idealizada, imagem desejada) surge um marcado sentimento de inferioridade (defeito falo-narcísico, auto-imagem sexualizada inferior). Este tipo de depressão surge quando o sujeito percepção que os olhos do outro captam a sua imagem falo-narcísica (Matos, 2007c).

Coimbra de Matos (Matos, 2007c) nomeia como terceira estrutura, a depressão de culpabilidade ou masoquista, que segundo o autor constitui a verdadeira depressão, onde também se inserem a melancolia, as depressões neuróticas e as depressões melancoliformes (de estrutura obsessiva). Nesta patologia há uma apropriação das qualidades negativas do objecto que o sujeito idealizou. A introjecção deste objecto leva a que, numa forma o desculpar, o sujeito redirija a agressividade que é dirigida ao objecto para si mesmo, fazendo com que a hostilidade para com o objecto se vire contra o próprio. Este tipo de depressão surge no fim do primeiro ano de vida sendo a condição necessária para que o sujeito tenha uma evolução psíquica suficiente para poder compreender ou fantasiar a intenção malévola do objecto. É a fase em que o objecto é percebido como portador de desejos.

Coimbra (2007f) através de excertos de um caso afirma que depressão e psicose têm “...pontos comuns ou melhor dizendo, uma superfície em comum; uma relação afectiva pobre...” (p. 378). No seio de uma relação onde os afectos são insuficientes, cria-se a ausência de um espaço psíquico onde deveria permanecer o amor. São grandes “buracos depressivos” ou buracos afectivos derivados de uma falha de comunicação amorosa, que impedem o sujeito de poder amar, que não permitem o estabelecimento de relações amorosas de profundidade apenas de superficialidade, como se fosse de um “-falso-self-”. A presença destas características faz-nos entrar num modelo clínico de depressão que se estende para além da melancolia, intitulado de depressão de “inutilidade”. Este tipo de depressão é para Coimbra (Matos, 2007e) a “...verdadeira depressão psicótica...” (p. 387), que vai além da melancolia clássica e é considerada (Matos, 2007d) como depressão esquizofrénica. A depressão de inutilidade apresenta-se com “...uma insuficiente organização de um objecto

primário de amor” (Matos, 2007d, p. 378) ao passo que a depressão neurótica surge a partir de uma perda de amor edipiano.

4.1. A hemorragia narcísica no vazio psíquico

A correspondência trocada entre Freud e Abraham (Freud & Abraham, 1965/1969) foi a base de influência ao longo dos tempos até mesmo para autores contemporâneos, como é o caso de Coimbra de Matos (Matos, 2007c). Este autor vai centrar a depressão na problemática de perda de uma boa relação com o objecto primário (mãe), o objecto de amor que irá ser idealizado pelo sujeito.

Perante a retirada de uma ligação afectiva por parte do objecto, irrompe um sofrimento de perda que provoca no sujeito uma inibição. O sujeito considera-se como “...inútil, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível” (Coelho, 2004, p. 16), o que conduz a uma perda na sua auto-estima (valor próprio). Coimbra (2007e) reverte estas características para a depressão de inutilidade ou depressão psicótica. O narcisismo do sujeito está debilitado devido à perda do amor do objecto, um objecto que não soube corresponder afectivamente. A dor da perda pelo objecto interno vai ser sentida e vivida como um acontecimento traumático, o que o leva a considerar o objecto como mau, conduzindo-o à depressão.

As capacidades negativas do objecto, consideradas como más, vão ser incorporadas pelo sujeito que as transforma como suas, mas mantêm-nas recalcadas ou negadas, o que leva à existência de sentimentos de culpa e inferioridade que invadem o sujeito (Matos, 2007c; 2007g). Estes sentimentos agravam a estrutura depressiva porque o objecto introjectado torna-se maligno, organizando-se num supereu sádico, “...um progenitor tirânico” (Matos, 2007-a, p. 445), que vai denegrir o self. Um regresso deste objecto à consciência vai provocar o aparecimento do ódio que muda a relação de amor para uma relação de ambivalência ou melhor “bifacial” (Matos, 2007e, p. 498) (onde o objecto é clivado, tem duas faces, em que uma “a face negra” é recalcada e mantida longe do objecto internalizado que é apresentado ao consciente). O objecto não vai desaparecer, ele continua a ser uma presença constante no psiquismo do sujeito, o sujeito vai depender da sua alimentação narcísica. Enquanto o objecto permanecer no interior do sujeito, vai existir um reforço de reparação, como garantia de um

prolongamento na comunicação da relação de amor. Coimbra (2007e) refere que, enquanto a idealização objectal perdura, a ferida narcísica ou a inferioridade narcísica permanece oculta.

Contudo, este objecto internalizado vai ser expulso pelo sujeito durante o processo analítico. Conforme se desprende do objecto e este se volatiliza até deixar de existir, o sujeito deixa de estar envolto e absorvido por um único objecto e faz a depressão surgir. Quando a desidealização se completa, a miséria narcísica emerge, trazendo para além dos sintomas da depressão, um “vazio depressivo”. “A ilusão desfez-se, a esperança morreu” (Matos, 2007c, p. 319). Mesmo que tenha apenas existido uma ilusão de um objecto, esta desfaz-se e o depressivo fica só com o seu passado de frustração, sofrimento e de não realização pessoal. O momento de abandono da imago materna, tira o sentido da existência do sujeito. Ele perde o objecto narcísico e fica com o vazio da perda que lhe traz uma tristeza indescritível. “É apenas o vazio...a ausência...a solidão! Só, sem ninguém, no cemitério do afecto...Ele está vivo. Mas à sua volta apenas sombras do passado...” (Matos, 2007c, p. 320)

Coimbra (Matos, 2007e) refere, ainda, que na depressão do psicótico, e do borderline, o objecto desaparece “...daí o sentimento de vazio, falta e solidão, de deserto interior” (p. 500). É então possível perceber que o vazio depressivo torna a depressão ainda mais intensa e tira sentido à existência do sujeito. Green (1980) aborda este vazio depressivo, que tira o sentido ao sujeito: “o vazio depressivo, a ausência de um bom objecto interno é um sentimento doloroso e uma constatação flagrante” (Matos, 2007c, p.313). Green (1980) complementa esta concepção apresentando o complexo da mãe morta que leva o sujeito a ser engolido pelo vazio branco da perda de sentido. A manifestação da depressão branca vai trazer ao sujeito o vazio pela perda do bom objecto interno. O objecto de amor (mãe) é absorvido por uma depressão que consome o seu amor e o faz desaparecer: “...without any warning signal, love has been lost at one blow” (Green, 2003, p. 164).

5- Depressão branca – O complexo da mãe morta

A compreensão da melancolia ganha nova perspectiva, com o contributo de Green (1980) nomeadamente com a conceptualização do complexo da mãe morta. Este autor concilia os vários aspectos já analisados e descreve um tipo de depressão, cuja característica essencial é a

vivência pelo sujeito de uma perda abrupta do amor materno: “the essential characteristic of this depression is that it takes place in the presence of the object, which is itself absorbed by a bereavement” (Green, 2003, p. 163). O sujeito vai vivenciar a manifestação de uma depressão infantil, considerada por Green (1980) como a depressão branca, que se irá revelar após um prolongado processo analítico e que traz consigo a descoberta de buracos psíquicos, preenchidos por um vazio de afecto e de sentido, um vazio branco e frio que congela na ausência psíquica do objecto de amor primário apesar da sua presença física.

5.1. Caracterização da mãe morta

Green (1980; 2003) recorre ao uso da metáfora “mãe morta” para caracterizar a relação de uma criança com uma mãe que está ausente psiquicamente, envolta numa depressão que a consome. Assim, a criança vai formar no seu psiquismo a imagem de uma mãe morta, uma mãe ausente que foi engolida pelo seu próprio luto. Esta mãe está sempre triste, presa no seu luto e apresenta-se inacessível e sem eco. Green (2003) descreve-a como uma mãe silenciosa mas ao mesmo tempo faladora, uma vez que não deixa de estar presente, ela permanece indiferente às manifestações da criança. É uma mãe incapaz de amar, e que deixa a criança numa escuridão afectiva. Ela continua a cuidar da criança, só que “...her heart is not in it” (Green, 2003, p. 165). Esta mãe morta leva consigo os investimentos que lhe tinham sido feitos, antes de mergulhar no seu luto. O contacto físico perde-se e todas as memórias que estavam associadas desde o seu olhar, tom de voz, cheiro, contacto carinhoso, são recalçadas. O objecto é encapsulado e o desinvestimento deste leva a que o seu traço se perca junto com ele. Nas palavras de Green (2003) “she is buried alive but her tomb itself had disappeared” (p. 168).

5.2. O sofrimento causado por um coração ausente

Green (1980) considera que são necessários anos até que a depressão “singular” do sujeito, que se encontra marcado por estes acontecimentos, emerja no seguimento do processo transferencial.

Na vida adulta, o sujeito vai apresentar consequências na sua vida amorosa e na actividade profissional que desempenha (Green, 1980). Estas manifestam-se na dificuldade do sujeito em se retirar de situações conflituais, na possibilidade de amar, até mesmo na renovação e usufruto dos seus conhecimentos. Estes sintomas são atraídos pela presença inconsciente da mãe morta, que ao surgir em análise traz consigo um elevado grau de impotência e insatisfação, derivado dos conflitos narcísicos, de carácter depressivo neurótico (apesar de os sintomas neuróticos não serem a chave para o conflito). As pessoas que são mais próximas ao sujeito não se apercebem da existência desta depressão, sofrem antes pela relação de frieza e distanciamento, que o sujeito estabelece com elas.

Green (1980) revela que inicialmente a criança constitui no seu psiquismo uma imago (materna) considerada como uma fonte de vitalidade com uma relação harmoniosa, mas de uma forma repentina “...all seems to have ended (...) [e] love has been lost at one blow” (Green, 2003, pp. 163-164). O objecto materno sofre uma mudança brutal, uma mutação que chega sem qualquer sinal de aviso. Há uma perda nesta depressão, como Freud (1917) salientou no aspecto patológico do luto, não no sentido real, nem de um objecto abandonante, ou de uma separação real, trata-se antes de um objecto que permanece em vida mas absorvido por uma perda que o consumiu, ou seja é um objecto que está morto psiquicamente. Nas palavras de Green (2003): “the essential characteristic of this depression is that it takes place in the presence of the object, which is itself absorbed by a bereavement” (p. 163). A mãe permanece envolta numa depressão que pode ter origem na perda de um ente querido (uma criança, um parente, um amigo próximo, ou um objecto muito investido por ela), mas também numa decepção que acarreta uma ferida narcísica (alteração do rumo de vida da família mais próxima ou da família de origem, uma ligação amorosa do pai que “deixa” a mãe, humilhação entre outros). Green (1980) ainda refere que, este registo se agrava quando há a morte prematura de uma criança, ou no caso de um aborto. Perante os olhos dos outros a causa irá permanecer oculta e em silêncio, mas, nesta mãe que perde a sua criança, surge uma ruptura interna, que irá passar pela reconstrução de todo o processo em análise. A simbolização da gravidez desaparece, não há sinais externos que a manifestem, apenas a ruptura interna e a dor de um desejo perdido. A mãe entra em sofrimento e perde o interesse na criança.

Para além de perder a felicidade do amor do objecto, dominado pela perda, a criança perde também o sentido, pois não encontra qualquer razão que justifique a mudança de

comportamento do objecto. Perante esta desilusão prematura, a descoberta da presença de uma terceira pessoa, o pai, agrava este registo. Em situação de Édipo e quando o investimento da mãe não é total, há uma tendência da criança em se ligar ao pai, para conservar em ilusão o que perdeu por completo na relação com a mãe. Em alternativa surge uma atribuição do desinvestimento materno à ligação da mãe com o pai (Green, 1980). Mas o pai não responde às angústias da criança, ou porque se encontra preocupado com o sofrimento da mãe ou porque deixa a díade resolver este conflito por ela mesma, mantendo-se à margem. Assim a criança mantém-se presa entre uma mãe morta e um pai inacessível.

Face à mudança abrupta do objecto materno gera-se, no sujeito um traumatismo infantil, uma ferida narcísica profunda, um acontecimento penoso na vida psíquica da criança, que a análise revela. O psiquismo da criança acciona mecanismos de defesa que deixam marcas e que se irão manifestar na vida adulta (em transferência). Centremo-nos na problemática de raiz narcísica. Trata-se de um narcisismo negativo que faz surgir um vazio, e oculta o ódio. Se o modelo ideal que é introjectado é considerado bom, o narcisismo desenvolve-se e a função crítica (Superego) começa a formar-se e transforma esse ego, onde predomina o narcisismo primário de perfeição, e deixa-o pronto para o futuro, inserindo o sujeito no mundo real.

Mas, a perspectiva patológica abordada por Freud (1917) e Green (1980) aponta para a existência de uma falha no sujeito, perante a formação do seu narcisismo. A ausência psíquica do objecto primário amado leva a que o narcisismo se desenvolva com uma falha, com a criação de um buraco psíquico, onde está introjectado um objecto vazio de amor. É a ausência da boa identificação, com uma mãe contentora que leva a um vazio de emoções que ferem como o gelo. A criança vai viver este acontecimento como uma catástrofe, uma parte do seu psiquismo é afectada, formando-se um trauma que faz surgir os buracos psíquicos de um núcleo frio, morto, que congela.

Assiste-se à perda simbólica do “seio”, o seio que dá alento, segurança e alimento (mãe). Green (1980) equipara esta perda à angústia do complexo de castração. Contudo o autor não considera ser acompanhada por uma destruição física, ou seja, um “corte” que provoca uma ferida sangüinária como acontece na angústia de castração. Esta perda vai assemelhar-se à cor preta do luto que, em associação ao ódio, gera o vazio da angústia branca. Green (1980), tendo por base uma clínica do negativo, refere que a formação de buracos psíquicos,

preenchidos com ódio e reparação, se traduz numa perda ao nível do narcisismo, comprometendo a sua unidade.

5.3. As tentativas de reanimação da mãe morta pelo ego

Em criança o sujeito vai tentar lutar contra a ansiedade provocada pela ameaça de perda constante da imago que internalizou, através da agitação, de insónias e terrores nocturnos. É a primeira tentativa para acordar a mãe, que aparece como a bela adormecida e a agitação e a instabilidade funcionam como se fossem o beijo que a fizesse despertar do estado de “coma” em que se encontra. Contudo, são tentativas goradas, pois a criança não consegue reparar, nem trazer para a relação a mãe enlutada. Green (1980) considera, e aproximando-se de Abraham (1911), que o sujeito sente que a intensidade das suas pulsões para com o objecto (de teor sádico que se apresentam como uma tentativa de destruir quando o incorpora), são a causa da decepção materna, o que o faz sentir o peso da culpa, trazendo também sentimentos de profunda impotência.

O facto de não ter obtido bons resultados nestas primeiras tentativas, vai desencadear no ego uma série de complexas defesas. Inicialmente surge um desinvestimento da mãe morta que leva a um assassinato psíquico deste objecto mas sem a expressão do ódio porque a criança identifica-se de forma inconsciente à mãe morta. É uma vez que não conseguiu atribuir vida à mãe, a criança vai procurar, de uma forma canibal, conservar o objecto tornando-se no próprio objecto (“mimicry” - imitação) e não como o objecto. Em Freud (1917) verifica-se que a identificação ao objecto está presente na “sombra” que recai sobre o self, marcando a fusão entre sujeito e objecto como forma de este último ser conservado, uma vez que o investimento narcísico foi de tal ordem grande, que o sujeito sente a necessidade de se tornar no próprio objecto para não se perder. Em Klein (1946), a criança vai projectar impulsos agressivos/sádicos (fezes) no interior do objecto de forma a poder controlá-lo, defendendo-se dos maus objectos, procurando mais tarde a reparação através de uma introjecção do bom objecto.

Green (1980) por sua vez considera que o sujeito elabora uma identificação à mãe morta, através da “mimicry” e torna-se não como o objecto, mas no objecto (a mãe enlutada). O objecto é visto como uma sombra referida por Freud (1917) e que recai no sujeito. Uma vez que a relação que existia não é passível de ser reconstruída, o sujeito torna-se no objecto (imitando-o), para que o self não entre no vazio psíquico do abandono. Green (1980), considera assim, que a reparação da mãe enlutada passa por um desinvestimento total do objecto, um processo que decorre sem a manifestação de ódio perante o objecto por medo de o danificar.

Este processo inconsciente confere um carácter alienado ao sujeito. A criança torna-se na mãe fria, ausente, paralisado de qualquer emoção. Como consequência constitui-se um buraco, uma hemorragia branca, um corte na relação de objecto com a mãe, que mantém todos os investimentos ao seu redor esburacados. Não é um luto quente de afecto e sangue de morte é uma angústia branca de vazio, da não presença de afecto “quente” de uma mãe que traga as mais belas cores da vida.

Mesmo que a criança assuma ser essa mãe conservando-a dentro de si e sendo ela própria, já não consegue ter a capacidade para olhar em frente e ver diferentes luzes, diferentes cores para além do branco. A criança entra no vazio da perda de sentido. O ego mobiliza-se perante esta perda de sentido, perante o seio que teve um colapso e para o qual não encontra razão ou fundamento. Surge a onipotência negativa, em que a criança atribui a si esta lacuna (de afecto) do que poderá ter feito à mãe e a intensidade da reacção materna. A impossibilidade em desviar esta destrutividade (para não afectar a vulnerável imagem da mãe) obriga a criança a procurar um responsável, o pai. Ao humor branco da mãe, objecto de dor que a levou, é condensada a figura paterna, formando um complexo de Édipo demasiado precoce. Segundo Green (1980; 2003) a perda de sentido leva a que liberte duas frentes de defesa:

1. O ódio secundário, que traz desejos regressivos de incorporação e pulsões anais tingidas de um sadismo maníaco, para assim o sujeito se vingar do objecto, dominando-o e sujando-o.
2. A excitação auto-erótica, uma procura de prazer sensual, puro, sem ter uma fonte sádica. Há uma clivagem entre corpo e psique, como entre sensualidade e ternura (Green, 1980).

Por último, o ego através de uma compulsão para imaginar procura auto-reparar a capacidade para dominar a perda do seio (mãe) fabricando-o cognitivamente. Há uma procura de um sentido perdido que interfere na estruturação do desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais. Para superar a perda do seio e dominar o desespero pela perda de sentido que esta provoca, o sujeito fabrica cognitivamente um “seio substitutivo”, um pedaço de tecido para remendar o abismo, onde ódio e excitação erótica circulam.

No decorrer deste processo o ego do sujeito procura projectar (massivamente) para o exterior esse “buraco vazio” ou “mau objecto”, procurando saber/adivinhar o que sucedeu, qual o motivo para ter sido rejeitado. O pedaço de tecido fabricado é uma sublimação (idealizada) usada para controlar o objecto e enquanto esta se processa, a idealização da mãe morta encontra-se ofuscada. Mas se e quando estas capacidades sublimatórias fracassam é ressuscitada a imagem enterrada (inconsciente) da mãe morta. Revelando-se em feridas (falhas) nas relações amorosas. O sujeito percebe que os seus investimentos não são duradouros e as relações vão sendo progressivamente comprometidas. Ele sente-se amaldiçoado e prisioneiro da dor narcísica que permanece aberta. É a mãe que regressa do túmulo e que faz o sujeito sentir-se incapaz em amar, em odiar, em ter prazer, obstruindo também a sua capacidade para pensar. O sujeito vai permanecer no limite, entre a possibilidade de renunciar ou perder o objecto e a possibilidade de o introjectar como bom, uma vez que as suas qualidades de amor estão devotadas ao luto que a consome. Estamos perante a sombra da ausência do objecto, que Winnicott (1971) menciona. Numa etapa em que o bebé começa a perceber a mãe como elemento total e independente do seu eu, é importante que a criança tenha o suporte (emocional) (e.g. objecto transicional) para aguentar a separação ou o afastamento da mãe, sem que haja ameaça de perda ou perda real do mesmo.

Mas esta mãe levou consigo tudo o que estava associado à sua boa presença, “...son regard, le ton de sa voix, son odeur, le souvenir de sa caresse. La perte du contact psychique avait entraîné le refoulement de la trace mnésique de son toucher” (Green, 1980, p. 235). A mãe é enterrada viva e o seu túmulo desaparece. Em redor deste núcleo frio (gelado) e vazio centram-se três objectivos:

1. Manter o ego vivo (através do ódio do objecto; da procura de auto-satisfação; através da procura de sentido);
2. Há um reanimar da mãe morta (de forma a reanima-la, para a distrair, para lhe dar o gosto pela vida, para a fazer sorrir e rir);
3. Rivalizar com o objecto do sofrimento materno que surge em triangulação precoce.

5.4. O Amor congelado e a chave do complexo

Na análise de Freud (1917) percebemos que a perda do amor do objecto, leva a que se manifeste a ambivalência, uma outra característica da melancolia. Na mãe morta (Green, 1980) também encontramos a presença de uma ambivalência mas que impede a capacidade de amar. Este amor tem, no entanto, uma qualidade que o distingue: está congelado, não é “quente”. “Ce noyau froid brûle comme la glace et anesthésie comme elle mais, tant qu’il est ressenti comme froid, l’amour reste indisponible” (Green, 1980, p. 237). A incapacidade em amar advém também da sobrecarga de ódio que o carácter alienado/hibernado confere ao sujeito.

Nesta ambivalência, o sujeito tem como função ser o guardião do túmulo onde enterrou a mãe. Na sua mão vai ter a chave da qual é o único portador podendo secretamente chorar a morte de sua mãe e reparar a ferida narcísica, mas continua a reter como prisioneira a mãe morta: “la mère est devenue l'enfant de l'enfant” (Green, 1980, p. 244). Por um lado, o sujeito pode continuar a tentar animar, dar vida à mãe ao ser o portador da chave do túmulo que ele enterrou, mas, por outro lado, o sujeito perdeu essa mesma mãe que se tornou ausente, morta psiquicamente. O sujeito fica preso entre duas perdas “a mãe está morta na presença, e ausente em vida” (Green, 1980, p. 244-245). Mas o sujeito julga-se capaz de amar e declara-se “...available for another love when the occasion arises.” (Green, 2003, p. 169) Só que mesmo quando consegue amar sente insatisfação, à qual surge aliada a um decréscimo da sexualidade. Não é que seja uma inibição ou perda de apetite sexual, o sujeito apenas sente que não há ninguém que seja desejado ou atraente e procura aconchego nos braços da solidão. É a mãe que o abraça nesta depressão. É a alucinação negativa da mãe que o deixa sobreviver no vazio das emoções congelando-lhe o amor, que apenas está acessível para ela. A mãe morta torna-se assim num complexo ainda maior, não só pela perda do seio que não dá prazer,

que vai alimentar as angústias e ansiedades do sujeito, como também pela precoce entrada no complexo de Édipo e um recalçamento da sexualidade infantil.

Green (2003) considera que o complexo da mãe morta revela também uma presença de uma homossexualidade latente. Na rapariga pode existir a presença de dois aspectos ou uma fixação na mãe pelo medo de perder o seu amor, sem possibilidade de investir na imagem paterna, ou o amor pelo pai foi de tal forma recalçado que não conseguiu investir nele projectando características da mãe fálica. No rapaz o processo apresenta uma estrutura similar no que diz respeito à fixação na figura materna, enquanto o pai é alvo de uma homossexualidade (investimento afectivo) que o torna num ser distante, inacessível e ofuscado pela presença da mãe fálica.

Perante toda esta situação o sujeito não deixa de se tentar agarrar à realidade, como uma defesa contra esta mãe morta que o empurra para a regressão oral. Vai usar a projecção associada ao suporte anal como base necessária para lutar contra essa regressão, contra a perda do seio. A realidade e fantasia encaixam deixando o sujeito confuso, à beira da fragmentação psicótica, libertando uma fonte ansiosa. Green (1980) faz alusão à hidra,¹ para ilustrar esta imagem materna que se recusa a morrer, porque volta sempre a ressurgir perante um acontecimento, uma falha que acontece na vida amorosa do sujeito.

A matriz do complexo de Édipo é então a solução, a chave, do complexo da mãe morta. O acesso à cena. O acesso à cena primitiva é fundamental no processo analítico, uma vez que em análise ele traz os traços de memória que guardou da mãe, e que foram recalçados – o desinvestimento da mãe morta. Green (1980) revela que a fantasia da cena primitiva assenta no facto de o sujeito não a ter testemunhado, de ter estado ausente. O processo inconsciente de que a mãe morta foi alvo vai ser reforçado em análise, e os investimentos feitos no objecto vão ser intensificados na transferência. Cada investimento que emerge é projectado no exterior, na esperança de animar e dar vida à mãe que “foi perdida”. A dualidade que foi posta ao início tem agora novo valor, pois a mãe é reanimada numa esperança de ser acordada, mas ao mesmo tempo o sujeito percebe a sua incapacidade em conseguir “acorda-la” e trazê-la

¹ Hidra é um animal mitológico de várias cabeças, que ao se cortar uma das cabeças, esta tinha o poder de se regenerar.

para a relação, impondo-se o desânimo, a impotência e a perda da onipotência narcísica. Como consequência surgem seis tipos de reacções possíveis (Green, 1980):

1. A perseguição da fantasia da cena primitiva e ódio sentido pelos dois objectos que formam o casal em detrimento do sujeito;
2. A interpretação da cena primária como sádica, onde a mãe alcança o orgasmo forçada pelo pai;
3. Uma variação do ponto anterior: a mãe alcança o orgasmo e transforma-se em cruel e hipócrita;
4. Uma alternância à identificação com as duas imagos: com a mãe morta, mesmo no seu estado inalterado ou cedendo a uma manifestação erótica sadomasoquista, ou com o pai, o agressor da mãe morta (fantasia necrofilica) ou que a repara no acto da cópula;
5. Deslibidinização erótica e agressiva da cena primitiva com sobre investimento da actividade intelectual, procurando assim reparar o narcisismo face à situação confusional, onde a procura de sentido (que foi novamente perdida) estimula uma actividade intelectual que restabelece a ferida narcísica;
6. Por último, a negação total “en-bloc” de toda a fantasia, ignorando tudo o que diz respeito a investimento em relações sexuais, fazendo com que o vazio da mãe morta e o corte provocado pela cena primitiva coincidam para o sujeito. A cena primitiva é o centro da vida do sujeito que assombra o complexo da mãe morta e o faz desenvolver na antecipação do complexo de Édipo, conjugando os 3 factores anti-eróticos (ódio, narcisismo, homossexualidade) que dão a conhecer o Édipo inverso. O luto branco que vai afectar a criança reflecte o seio carregado superficialmente de projecções destrutivas; é o seio ausente na presença, que não sacia.

A “...insuficiente organização de um objecto primário de amor” (Matos, 2007d, p. 378), não permitiu que o sujeito estabelecesse relações amorosas de profundidade, apenas de superficialidade, como se fosse um “falso-self”. O autor (Matos, 2007d) reverte esta falha para a acção do próprio psiquismo do sujeito que abre um “buraco depressivo” no local que deveria estar preenchido por amor, o afecto que falta ao depressivo patológico. Green (1980) acrescenta que, e para além da criação desses buracos psíquicos que tiram a cor dos afectos e trazem o vazio, o sujeito apresenta-se perante a última ameaça catastrófica, (provocada em

transferência aquando da análise), a presença de um “falso seio”, carregado por um “falso self” que alimentou o “falso bebé”. Não houve uma felicidade plena e o sujeito vai procurar no futuro relacional uma confirmação da sua vida amorosa.

A imagem espelhada de si mesmo devolve-lhe uma tristeza de afectos, mas não são afectos negros do luto, como Freud (1917) revela existirem no luto, é uma imagem branca, vazia, fria, que congelou aquele espaço psíquico, como nos revela Green (1980). Da perfeição, o sujeito fica reduzido ao vazio do não afecto, da falha de um espaço contendor para receber e devolver as angústias (Bion, 1991b). A procura de uma imagem que lhe devolva a cor da sua vida é uma constante. É por isso que a criança procura animar, reparar a mãe tentando trazê-la para a vida, fazendo-a sorrir, à espera de encontrar um sorriso nele mesmo. A ferida narcísica é reaberta em análise e o sujeito vai reviver a relação com a mãe antes de esta ter caído nas malhas do luto o que leva o sujeito a descobrir a felicidade antes do aparecimento do complexo da mãe morta. Este processo revela-se doloroso e moroso e cada vitória deve ser bem demarcada para que não se retorne a esse ponto e se possa ir vencendo o luto branco instaurado no interior do sujeito.

5.5. A importância da transferência

“A principal sequela perceptível ao nível da contratransferência induz a considerar a transferência como habitat de um núcleo vazio” (Mijolla, 2005b, p. 1114).

O processo de análise torna-se um elemento importante, uma vez que a depressão branca é revelada em transferência. No decorrer do processo analítico e somente passados vários anos, o sujeito dirige-se ao analista como “...uma criança carente, desamparada e marcada por uma depressão primária não elaborada” (Bokanowski, em Mijolla, 2005a, p. 455). Surge assim a repetição de uma “depressão infantil”.

Na concepção de Green (1980), é possível identificar um conjunto de passos que se sucedem no percurso da análise, no qual a transferência assume um papel de destaque. No início da análise, o sujeito apresenta-se ao analista com sentimentos de profunda impotência e insatisfação que se reflectem na relação amorosa e profissional e para os quais não encontra

razão. É o surgir à consciência o “que” não sabe que perdeu. Só após alguns anos de análise é que o verdadeiro sintoma subjacente no sujeito se revela: uma “depressão singular”, uma depressão que surge apenas em transferência uma vez que não é reconhecida pelos elementos que rodeiam o meio ambiente do sujeito.

A relação analítica vai também dar ao sujeito a hipótese de perceber que a fonte de uma bela arquitectura, onde anteriormente escorria o líquido que saciava a sua sede, secou e deixou de lhe dar prazer. Mas não deixou de estar presente (viva), para deixar a criança sobreviver. Perante esta fonte, que levou o espelho da alma narcísica, o sujeito muda de ambiente e entra no escuro da solidão, cobrindo-se dos raios da luz, da cor, procurando abraçar o luto depressivo (identificação à mãe). O complexo da mãe morta impede o self do sujeito de realizar novos investimentos. Ele está em fusão com o objecto de amor primário e luta para o reter, face à ameaça constante da sua perda. O complexo da mãe morta não vai permitir candidatos à sua sucessão. Ela delimita o seu espaço, soltando como um segredo um sopro de amor que congela o sujeito. Cada vez que este sopro se manifesta, o sujeito deprime-se dando lugar a uma sexualização defensiva, desvanecendo o interesse amoroso por quem quer que seja.

Os anos de análise revelam um amor congelado que surge de forma cíclica e se manifesta como uma falha de natureza narcísica que acarreta também “...conséquences sur la vie amoureuse et l’activité professionnelle” (Green, 1980, p. 223). É um amor congelado que se repete trazendo confrontos que o sujeito vivencia como falhas na vida amorosa (no amor em si e na carência de comunicação, ambos mutilados ou inibidos), e profissional (mesmo se este o absorver ele não vai ficar satisfeito).

Green (1980; 2003) reverte a problemática que o uso do silêncio carrega. Repetir o silêncio na comunicação analítica seria o mesmo que libertar a relação com a mãe morta. Green (1980) considera que a análise, mais do que o analista, é fortemente investida pelo sujeito, pelo que a transferência tem importantes particularidades passíveis de serem interpretadas e analisadas. É na análise que o sujeito transparece e deixa emergir a sua libido narcísica, presente no discurso narrativo, mas pouco associativo. A tendência do paciente perante o analista é envolver a atenção do analista para os seus relatos, comportando-se como uma criança que relata o seu dia na escola. Mas o desespero do sujeito surge e dá lugar ao desligamento e

isolamento, para não ser invadido por afectos que o façam reviver acontecimentos. Green (1980) continua a descrever as particularidades da transferência e nomeadamente a não domesticação das pulsões pela não renúncia ao incesto e nem consentir o luto materno, em especial pela importância da indução do vazio. A mãe morta é ressuscitada pelo sujeito que guarda a chave do seu túmulo e por breves instantes ganha vida e o sujeito entra no branco vazio de sentimentos. “Toute la structure du sujet vise à un fantasme fondamental nourrir la mère morte...” (Green, 1980, p. 243). O contacto com esta mãe foi perdido e em transferência é recuperado. Para Green (1980) a técnica analítica do silêncio é um meio que deixa trespassar o “luto branco da mãe” (p. 236), de fazer o sujeito manter a relação com esta mãe morta.

Ogden (1999) é um dos autores que usa as concepções de Green (1980) quanto à técnica analítica que se apresentam em análise e realça a contra-transferência, em pacientes que apresentam o complexo da mãe morta. Através de excertos de casos seus, Ogden (1999) considera que a forma como o paciente chega e transmite, através de formações substitutivas o seu mundo objectal interno, dá ao analista o sentido de “aliveness or/and deadness”, no decorrer da análise. É de referir que, para Ogden (1999) “...every form of psychopathology represents a specific type of limitation of the individual’s capacity to be fully alive as a human being” (p. 129). No seguimento desta ideia, Ogden (1999) considera que o que é importante em análise é a resolução dos conflitos inconscientes e intrapsíquicos que cada sujeito com a sua patologia traz, provocando uma amenização dos sentimentos e uma evolução da capacidade pessoal para pensar as questões. Acima de tudo, considera que a importância está no reconhecimento do significado do processo analítico “...i.e. in the process of recognising, symbolising understanding and interpreting the leading transference-contratransference anxiety” (Ogden, 1999, p. 130).

Num dos casos que descreve, o autor (Ogden, 1999) exemplifica o que sentiu na libertação e vivência do silêncio (abordado em Green (1980)). É a presença do vazio em análise, como se se tratasse de uma libertação do gelado da morte. No relato do primeiro caso que acompanhou, o autor sentiu que a paciente lhe causava cada vez menos curiosidade, para além de as suas “ausências” o deixarem bastante perturbado. O autor chega a imaginar uma desculpa a dar à paciente para poder ele mesmo sair daquela situação que sentiu como claustrofóbica. Num momento de análise, Ogden (1999) distrai-se a sentir a coordenação da

sua pulsação com o passar dos segundos. Este acto à partida não foi considerado como alvo de interpretação, mas Ogden (1999) pensou que não se tinha sentido assim com nenhum outro tipo de paciente. A pulsação cardíaca é medida na procura de vida. Era a sua pulsação que mostrava que ele estava vivo na análise. Havia alguém/algo que estava vivo, que tinha uma pulsação. Esta percepção veio em consonância a uma interpretação que se veio a revelar numa sessão em que o autor parecia estar presente a uma paciente inanimada (“deadness”).

Green (1980) considerou ainda que, no seu texto, o analista pode seguir dois caminhos na presença destes sujeitos, ou partilha o silêncio repetindo a relação com a mãe morta e um luto fúnebre que permanecerá, ou então utiliza o quadro analítico como espaço transicional (ou como Winnicott (1971) intitulou o holding do cuidado materno onde o sujeito pode fantasiar sem medo de perder o outro ou de ser perder), onde o analista é o objecto que está vivo e que se interessa pelo sujeito, transmitindo-lhe a vitalidade sem descorar a neutralidade que lhe é devida.

Concluindo, cabe ao analista ter a capacidade para suportar a desilusão, sentindo-se alvo do investimento narcísico do sujeito. Para além de que o analista deve ter a capacidade para despertar o sujeito através da interpretação, sem ser demasiado intrusivo. Assim, o analista concede-lhe um suporte psíquico, sem que a mãe morta se aproprie da sessão aparecendo o seu fantasma inconsciente (Green, 1980).

6- Perspectiva crítica ao complexo da mãe morta

6.1. Mãe morta ou mãe hostil?

O complexo da mãe morta, acima referido, vai servir de suporte a Lussier (1999) que elabora uma variação do tema. O autor (Lussier, 1999) vai relacionar a perda do amor do objecto e a teoria da identificação, proposta inicialmente por Freud (1917), em adição ao complexo da mãe morta que leva o filho a vivenciar uma patologia que ultrapassa a depressão, é a depressão branca de Green (1980). A variante surge na apresentação da dinâmica psíquica da perda psicológica. Os seus pacientes revelam uma identificação a uma mãe sádica e

controladora, mas elaboram ao mesmo tempo uma negação da “mãe terrivelmente hostil” (Lussier, 1911, p. 150).

Somente após vários anos de análise é que os sintomas se manifestam, surgindo uma mãe descrita pelo autor como “...angry right from the time of trauma, being aggressively hostile towards their daughter, frighteningly rejecting, neglectful, and utterly controlling to a sadistic degree” (Lussier, 1999, p. 150). Apesar deste cenário negativo e depreciativo, a figura materna vai ser protegida e “resguardada” por uma série de defesas, em “camadas” (e.g. denegação, recalçamento, formação reactiva, tornar no oposto, e projecção) (Lussier, 1999).

Lussier (1999) diverge de Green (1980) e vai além da negação da depressão vivida pela mãe que Green (1980) aborda. Refere que o foco central dos seus pacientes é o de tentarem negar a terrível hostilidade que a mãe lhes dirigiu, a partir do momento em que ocorre o trauma psíquico. Nesta sequência, Lussier (1999) salienta que há um enterro da imagem hostil da criança, envolta em camadas de defesa, para assim não deixar que chegue à consciência a agressividade e hostilidade para com a mãe: “...I could speak, in a parallel way, of the buried self-image of the angry child, a powerfully guarded image, enveloped by layers of defensive measures” (p. 152).

Green (1980), ao descrever a depressão branca, considera-a como uma patologia mais profunda que a depressão “preta”, onde o que emerge é o sentimento de vazio dentro e fora do sujeito. Esta depressão é o medo do nada, o pânico de se sentir a cair num abismo onde não existe nem amor, nem objectos de amor. Lussier (1999) observou que os pacientes iam para além disso, chegando a negar, a reprimir, a transformar no oposto, e a reduzirem ao silêncio, erguendo uma mini estrutura mental baseada em mini desilusões. Lussier (1999) enquadra na experiencia analítica a revelação de que estes pacientes estiveram expostos a um trauma emocional muito forte, evidenciando períodos de grande exaustão. Comparativamente a Green (1980), o autor (Lussier, 1999) considera que a força apresentada pelo ego deriva de um início de boa relação com a mãe, antes do trauma surgir (ou seja antes dos 2 anos). Importa mencionar que nenhum dos pacientes é psicótico, mas apenas houve alguns sujeitos que numa altura de grande desespero, consideraram o quão irrealista foi a crença no amor materno, declarando “I must have been insane” (Lussier, 1999, p.153). A fronteira é ténue, a

diferença está na força e capacidade que o ego tem para resistir à pressão inconsciente (frustração).

O autor analisou, de acordo com a sua experiência clínica, a dinâmica psíquica vivida perante a “mãe hostil” de acordo com o género feminino (perda da mãe entre os dois e os três anos) e masculino (perda do pai entre os três e seis anos) perante a perda da mãe e do pai, respectivamente. É de salientar que estas perdas são, assim como Green (1980) revela no seu trabalho, de cariz simbólico, os sujeitos sofreram a perda psicológicas de um parente, em pouca idade.

6.1.1. Pacientes femininas – a necessidade do contacto e recusa/negação do vazio

Inicialmente estas mulheres queixam-se das dificuldades que sentem nas relações heterossexuais que mantêm e consideram-se responsáveis e culpadas por isso, chegando a evidenciar sinais de fobia perante uma nova relação. Assim no decurso da análise, estas mulheres sentem uma enorme necessidade em estabelecer contacto com as suas mães. Revelam-se submissas ao afecto das suas mães, negam a possibilidade de as próprias não gostarem delas, captando constantemente o seu amor e mostrando o quanto as amam, ao mesmo tempo que se revelam determinadas a provar que continuam a ser a menina delas “these women are compelled all their life to prove that they still were “good girls”” (Lussier, 1999, p.151). Contudo, estas mães não correspondem à necessidade de afecto que as filhas apresentam e rapidamente mudam o teor da conversa, ameaçando as crenças que as mulheres têm. Focando o tema nelas próprias, estas mães deprimidas levam a que mais tarde as filhas se tornem nas suas próprias mães, cuidando delas, centrando toda a atenção de que uma filha necessita. O surgir deste sentimento em fases repetitivas leva a que se desencadeie gradualmente a função transferencial. Para além de a análise ser considerada uma ameaça às crenças que têm, as próprias mulheres iniciam de forma inconsciente uma protecção contra o “falso amor” que envolve o “falso-self”, que se torna numa luta para proteger a incontornável verdade de não serem amadas pela mãe quando não há um pai a quem recorrer (ele está simbolicamente morto). Perante a perda real do pai, a mãe é o único progenitor a quem recorrer, se se soltar a hostilidade guardada (recalcada) contra ela, surge a ameaça de perda real, levando estas mulheres a julgarem que estão a cair no abismo de um mundo vazio.

O que fazer quando a imagem da mãe hostil emerge e não existe um pai que possa acarinhar? Envolve-se essa imagem hostil em várias camadas de defesas e enterra-se para assim evitar a perda da única figura que está presente, mesmo que não transmita afecto. Se assim não evitar a profunda depressão, a criança enfrenta duas catástrofes: a de não ser amada e a terrível antecipação do mundo vazio.

O sujeito envolve-se em camadas defensivas perante a impossibilidade em tolerar o sentimento de não ser amado, reveladas por duas vertentes:

1. A não capacidade em aguentar o estar habitado por um objecto de amor colérico, recorrendo extensivamente à denegação, recalçamento, formação reactiva, tornar no oposto, e projecção;
2. A possibilidade de a mãe não amante chegar à superfície tem de ser imperiosamente negada transformando a relação da díade “eu amo a minha mãe e ela ama-me”

Enquanto a mini-desilusão continua a funcionar, a identificação à mãe hostil continua enterrada e é não ameaçadora. Segundo Lussier (1999) estes pacientes têm de gastar uma fonte enorme de energia para a manterem a vida psíquica e não sucumbirem ao vazio. Mas, “Gradually, the pseudo love-relationship started to come apart and to crumble for the patient, a process which was utterly painful throughout” (Lussier, 1999, p.152). O sentimento está lá guardado, profundamente recalçado e ao sair é projectado no analista. Este vai ser considerado como inimigo por não acreditar nas crenças que elas têm no amor pelas mães e vice-versa. Elas projectam no analista a atitude bastante recalçada e de que tinham muito medo de assumir em crianças.

No contínuo decorrer dos anos de análise algo inesperado acontece: estes pacientes ganham um medo gradual que se torna consciente da débil fundação no amor recíproco com as suas mães, com a falsa natureza da sua persistente convicção. A estrutura emocional que tinham construído para suportarem a hostilidade da mãe começa a fragmentar-se. A armadura explode. O self adormecido eclode. As mulheres tornam-se “...abruptly violent, aggressively hostile with their partner in life, sadistically controlling, devastatingly critical and intolerant to an utmost degree”(Lussier, 1999, p. 154).

Amigos e familiares consideravam-nas como pessoas submissas, dependentes, não agressivas, controladas. Os seus traços de carácter foram destronados e ameaçam a sua fragilidade. Sentem que estão a ficar doidas, possuídas. Durante estas cenas e enquanto atacavam sadicamente os cônjuges, algumas das mulheres correm desesperadas para os braços do marido e pedem para que as abracem, que as consolem pelos ataques proferidos.

A criança era demasiado nova para estar numa condição psíquica que resistisse a uma identificação à mãe hostil – deve ter sido um processo repentino e total, mas a criança também pode não ter deixado esta identificação ao agressor sobrepor-se. Esta situação tornou-se intolerável para a criança porque iniciou de forma inconsciente a destruição da mãe, a grande hostilidade para com a mãe ameaça a sua destruição, o que deixa o sujeito perto do “...the edge of the abyss of nothingness, to the panic of na empty world, of total abandonment, blank depression” (Lussier, 1999, p. 154) perante o objecto de amor que restou.

A negação é em absoluto mas sem psicose. A perda aparece como uma forma convulsiva. O autor pensa que a criança estaria a lidar com a ansiedade do extermínio ou aniquilação. Outro factor confirma esta hipótese: uma identificação muito recalcada ao pai morto (antes afugentado e destruído pela mãe). Daqui surge um outro factor, ou a criança se junta à mãe contra o pai ou se junta com o pai contra a mãe (equivalente a um desejo de morte). Esta situação criou ímpetos agressivos, de um comportamento hostil, os pacientes ficam presos a uma depressão.

O sentimento de estarem possuídas levou-as ao conhecimento do carácter hostil e agressivo da mãe, uma mãe que se revelava perante elas como desamante, e que não podia mais ser negada. O pânico surge pela fantasia em que de forma furiosa destrói o único objecto de amor. Os pensamentos antes inconscientes e agora conscientes envolvem sentimentos de ser nada. “Not being loved means worthlessness: it leaves the child alone with the devastating thought that is better not to be alive than not being loved” (Lussier, 1999, p. 155). A ideia de não ser amado torna-se intolerável, e o mundo actual é substituído por um imaginário, assim tentam evitar a psicose.

6.1.2. As relações de objecto

Lussier (1999) menciona que estas pacientes gastam uma energia psíquica enorme a manter relações amizade com as amigas. Estas relações são conservadas a todo o custo, como se fossem a própria fonte de vida delas. Para elas, viver implica ter uma amiga, conquistada de forma compulsiva e exigente. São relações descritas como de grande intimidade chegando a ser considerada uma fusão, representando a única via para a felicidade.

Não é uma relação considerada homossexual, mas existem traços que revelam que estas mulheres falam das suas amigas como se se tratasse de uma relação de amor. Estas amigas têm de ser tão fiéis quanto o parceiro heterossexual da relação amorosa. Neste tipo de relações é normal que existam sentimento de inveja, ciúme, os mesmos que são sentidos por estas mulheres que sentem como se fossem traídas, quando as suas “companheiras” passam mais tempo com os amigos homens e menos com elas, chegando a queixarem-se de injustiça e crueldade.

Quanto mais as mulheres consideravam que a análise estava a ameaçar a relação com as mães, impondo-se um vazio na relação de díade, mais achavam que esse buraco tinha de ser preenchido por uma união a estas mães substitutas (amigas), tornando-se exigentes assim como as próprias mães. As pacientes tornaram-se dependentes e submissas para com as suas amigas, funcionando numa forma masoquista. As pacientes procuram de uma forma sublime salvar os laços que as unem às “mãe/amantes”, submissas à dominação, exploração e humilhação. É importante que surja em análise um masoquismo, pois este é considerado como um alívio para o analista. É na transferência que se sobressai a relação compulsiva face a estas mães substitutas. As pacientes acusam o analista de as privar deste amor essencial, o que as leva até um estado onde sentem medo, medo em serem abandonadas, medo do pânico, medo no nada, da inutilidade (que Coimbra de Matos (2007e) aborda), uma espécie de morte psicológica. Mais tarde, e no decorrer da análise, surge também o medo aterrador de perda das relações de que dependiam, sentindo assim um mundo que se torna vazio por dentro e por fora.

Estas mulheres chegaram a um investimento triangular, mas a fixação na mãe foi de grande influência. A figura do pai e a sua imago mantiveram-se vivas, mas foram mantidas na cena secundária, e por isso houve sempre uma esperança em conseguir chegar perto da figura paterna.

Todas as pacientes tinham uma relação heterossexual. Eram, no entanto, relações que geravam um certo nível de pânico, pensando que poderiam causar a perda da relação com a amiga (figuras maternas). Esta situação provou ser uma repetição da ansiedade que experimentaram quando crianças, pois tiveram boas razões para acreditar que a mãe se envolvia com outro homem.

6.1.3. Pacientes masculinos – a preservação do pai ideal

Lussier (1999) expandiu também o complexo da mãe morta a casos onde existe a perda de um pai. O seu interesse está acima de tudo nos processos inconscientes presentes nestes pacientes. No psiquismo dos sujeitos com o complexo da mãe morta está presente um espaço reservado à mãe idealizada, um espaço secreto e seguro onde apenas a mãe morta habita. Nos sujeitos masculinos o mesmo acontece, mas neste caso, em relação a um pai ideal. O pai morto preenche o espaço destinado à identificação que não pode ser abafado, ele vai resistir às mudanças durante a análise como uma “forceful structure” (Lussier, 1999, p. 158). Lussier (1999) considera que nestes sujeitos, o ideal do ego é uma representação mental do self, que não é afectado pelo superego e é mantido de forma inconsciente como fonte de auto-perfeição, através de “uma identificação mágica, pelo bem da onnipotência”, sendo uma “...mental formation, belonging to the most archaic level of the mental representation of the self” (p. 159). O seu acesso é extremamente restrito, e tentam protegê-lo como se fosse um castelo com enormes muralhas que construíram em volta. Este pai ideal é preservado e inconscientemente protegido face a alterações. A realidade vai procurar destruir a presença deste pai, mas inconscientemente o sujeito vai de forma imediata enterra-lo, preservando a própria imagem do sujeito, uma vez que ele se identificou a esta imago, ao perde-la, perde a sua imagem também.

O sujeito na relação transferencial vai personificar no analista, a figura do pai. Na presença deste (analista), o sujeito torna-se na criança que procura mostrar ao pai a amargura que sente pelo desapontamento que recebeu. Vai mostrar a dependência da figura idealizada e o sentimento de impossibilidade de mudança que o percorre. A um nível mais profundo, Lussier (1999) revela que estes pacientes sentem que estão a tentar provar isso a si mesmos e em especial revelam a falha interna no controlo onnipotente. Este processo surge numa altura em que o sujeito se aproxima da ultrapassagem do seu complexo e reagem com sarcasmo, amargura e um quase orgulho. Lussier (1999) revela a importância de um analista que consiga suportar, tal como referido por Green (1980) no complexo da mãe morta, o narcisismo do sujeito que lhe foi depositado, fazendo-o evoluir e deixando para trás a criança amargurada com a figura perdida. Lussier (1999) conclui que os sujeitos oscilam entre duas soluções: ou retomam a identificação ao pai ideal e permanecem a criança feliz que foram ou, então, retomam a identificação com a figura derrotada do pai castrado. Esta última solução remete para a cena primitiva, onde o sujeito para ser assumir a sua postura de homem adulto e as suas funções de pai tem, passa pelo pânico de ser como o pai foi, derrotado pela potente e destruidora figura fálica da mãe. O medo de ser castrado impõe-se e soltam-se duas frentes de ódio perante o pai que se deixou destruir, impotente e perante a mãe que foi a destruidora da sua potência. A análise traz a experiência da ansiedade e o pânico no vislumbamento da perda do pai idealizado, perdendo assim o sentimento de onnipotência. O pânico centra-se no medo de serem apenas “ordinary people” (Lussier, 1999, p. 160), quando deparados com a perda do seu próprio self e perante a ruína do mundo potente que a figura paterna representa.

Em suma, o trabalho de Lussier (1999) apresenta algumas semelhanças com a concepção de Green (1980) nomeadamente, a boa relação que existente na díade antes de existir o trauma que as separou psiquicamente. A relação de objecto foi cortada de uma forma repentina e a criança estabeleceu uma identificação patológica à imago materna. Subjacente a esta situação encontra-se a depressão infantil, que surge somente após vários anos de análise. Lussier (1999) considerou assim como Green (1980) que os sujeitos protegem os “falsos self” que desenvolveram de forma a não ficarem desprotegidos narcisicamente, uma vez que a imago com a qual se identificaram está ausente simbolicamente. Esta problemática deve ser suportada em análise pelo analista, para que este lhes devolva uma imagem que os faça evoluir e não deixando o seu narcisismo enfraquecer.

Para além destas similaridades, Ogden demarca-se de Green ao introduzir a identificação do sujeito perante uma mãe terrivelmente hostil, que procuram negar e reprimir, tornando esta imagem no seu oposto, uma mãe que as ama e as acarinha. Lussier (1999) também apresenta diferenças entre géneros salientando-se nas mulheres uma dependência da amiga com quem é tão exigente quando a sua mãe. Nos homens há um preservar da poderosa imago do pai ideal com a qual se identificaram e que sem a qual são levados à ruína narcísica.

7- Conclusão

O objectivo deste estudo centrou-se na análise da patologia melancólica, investigando a origem do conceito de melancolia, inicialmente descrita pela presença do humor depressivo. Com o desenvolvimento da psiquiatria, o estudo da melancolia passou a ser considerada como tendo aspectos de funcionamento psicótico. A visão psicanalítica deste tema pretende analisar o funcionamento interno do sujeito, que manifesta uma ferida narcísica profunda, gerada por um trauma psíquico vivido precocemente e que deu lugar a um buraco psíquico, que representa o branco do vazio interno.

De forma a obter uma visão alargada da perspectiva psicanalítica, procurou-se desenvolver os pontos fulcrais dos principais autores que abordam o tema. Em Freud (1917) a melancolia surge como depressão patológica. Contrariamente ao luto, em que se assiste à perda real de um objecto, na melancolia existe uma perda simbólica na vida do sujeito, uma perda da ligação do objecto (libido objectal) que é perdida (que deixa o ego vazio). Surge o desânimo e a diminuição de interesse por qualquer coisa ou actividade aliada a uma baixa auto-estima. Para poder fazer o luto desta perda de ideal, o sujeito regride oralmente e incorpora o objecto, fundindo-se com ele. O ego identifica-se a esse objecto que passa a ser julgado criticamente pela “outra parte” do self (superego). Esta auto-acusação surge quando o ego, num conflito ambivalente exterioriza o objecto, o que acarreta o ódio ou as tendências sádicas. Abraham (1911; 1924) considera que na melancolia estes impulsos surgem a um nível inconsciente e perante a perda do objecto há uma procura de o destruir (ou controlar) como se fossem as próprias fezes. Contudo o sujeito com depressão melancólica logo após esta expulsão introjecta e incorpora o objecto, devorando-o narcisicamente, por identificação. Assim, satisfaz a sede sádica de vingança, obtendo prazer das acusações ao ego, fonte de gozo

masoquista (Trevisan, 2004; Mijolla, 2005). Por sua vez Klein (1935; 1946) considerou que antes de existir uma perda e antes de o sujeito se perceber como entidade total e separado da mãe, é a incapacidade em estabelecer uma boa identificação ao objecto que introjectou que vai definir a presença ou não da melancolia. Mediante uma insuficiente introjeção do objecto, o sujeito segue o seu normal percurso entrando na posição depressiva, onde irá sofrer o abalo que a angústia de perda do objecto. Uma vez que na anterior posição o objecto não se encontra seguro no mundo interno do sujeito, a emergência destas novas angustias fazem estremecer e ruir a sua identificação, provocando o aparecimento da melancolia. É possível até agora observar que, e de acordo com a perspectiva de Amaral Dias (Dias, 2000), a perda é vista como uma perda a um nível narcísico. Uma vez que o objecto e o sujeito entram em total fusão, a perda de um equivale à perda do outro. Amaral Dias (Dias, 2000) refere ainda que esta perda envolve também o desaparecimento de algo da mente, que é clivado. São as boas memórias que desaparecem, uma vez que o sujeito deprimido tem uma fase maníaca com a qual vai alterando ciclicamente. O sujeito põe fora de si todos os aspectos que não correspondem ao objecto central ao seu mundo interno, ou seja, às características narcísicas que acolheu do objecto.

Sinónimo de depressão, o conceito de melancolia foi perdendo a sua conotação (Berrios, 1988), mas ganhando um grau de maior severidade patológica. Coimbra de Matos (Matos, 2007c; 2007g) identifica quatro estruturas que reflectem a visão psicanalítica contemporânea da melancolia. É de ressaltar a última, a “depressão de inutilidade”, onde se manifesta o vazio depressivo que traz ao sujeito o “vazio depressivo” perante a perda de uma boa relação com o objecto de amor primário. Nesta estrutura é possível verificar as especificidades abordadas pelos autores anteriormente referidos e a presença de mecanismos de funcionamento psicótico, nomeadamente a fusão do sujeito ao objecto. Este último acarreta capacidades negativas que são introjectadas pelo sujeito e conseqüentemente recalçadas, para que a idealização objectal permaneça, mesmo que idealizada ocultando a ferida narcísica. O objecto retirou a sua ligação afectiva, a alimentação narcísica ao sujeito que entra num vazio de solidão, num estado inanimado. Green (1980) por sua vez vai considerar que este vazio surge quando o sujeito em criança sofre um acontecimento traumático, um corte abrupto na relação com o objecto de amor primário. Este objecto está enlutado, é incapaz de amar e de estar presente, desaparecendo assim do psiquismo da criança, levando com ela o seu cheiro, o seu tom de voz, a sua imagem de mãe. Enquanto criança, o sujeito é invadido pela angústia branca

que forma buracos psíquicos no local onde deveria estar a idealização da mãe. Klein (1935) refere a necessidade de uma boa internalização que dê estabilidade e segurança ao ego para suportar as frustrações. Aqui (Green, 1980) o ego claramente cede à frustração, permanecendo no vazio afectivo do branco, o seu interior está danificado. O sujeito ainda luta para trazer a esta mãe a vida, para a ver sorrir, como anteriormente sorria, como ficou registado nas fotografias que foram tiradas antes do acontecimento traumático evidenciam (Green, 1980). Mas não consegue o que lhe traz sentimentos de impotência, levando, mais tarde, em adulto e em análise a apresentar problemas nas relações amorosas e na vida profissional. Em suma e de acordo com o autor (Green, 1980; 2003), a grande matriz do complexo da mãe morta é a ausência do próprio sujeito perante a cena primitiva. Em análise este processo vai revelar-se no reviver da relação perdida que leva o sujeito a descobrir a felicidade que existia antes do acontecimento catastrófico que o encerrou num mundo depressivo.

No centro do psiquismo da criança vai existir uma enorme transformação da imago materna, que leva à afectação do narcisismo da criança, passando a ser constituído por um buraco de núcleo frio. É possível então compreender que, o que acontece no complexo da mãe morta, traz um buraco psíquico que deveria estar preenchido por identificação positiva à mãe. Ao invés de tal acontecimento, desenvolve-se uma identificação negativa com a mãe morta, uma identificação ao buraco legado pelo desinvestimento do objecto. É um acontecimento que provoca um traumatismo acentuado, vivido como catastrófico e que Green (1980) considera ser semelhante ao desmaio físico, mas na vertente de colapso psíquico.

Para concluir, ressalte-se ainda que, na análise à melancolia, existem conceitos e mecanismos que vão além do pessimismo, da tristeza profunda e do desânimo face ao mundo exterior. O conceito principal que se destaca e está presente em todas as concepções abordadas é a identificação ao objecto perdido, um mecanismo de defesa arcaico e de cariz psicótico. O funcionamento defensivo do melancólico engloba também, a luta contra as angústias persecutórias resultantes da identificação projectiva maciça. No decorrer do estudo sobre a melancolia foi possível verificar a existência de outros mecanismos típicos do funcionamento psicótico, tais como, a projecção, a clivagem (Eu, objecto) e a negação.

Após a elaboração do presente trabalho, seria importante complementar o estudo teórico do tema, nomeadamente as questões relativas aos aspectos do funcionamento psicótico na

patologia melancólica com estudos empíricos. Por outro lado, a perspectiva dual do narcisismo (narcisismo positivo e narcisismo negativo) de Green (2002) poderia permitir a exploração de novos aspectos nesta patologia, uma vez que subjacente à melancolia está a presença de uma falha ao nível do narcisismo. Não obstante ao referido, seria relevante poder verificar a presença deste tipo de funcionamento a partir da análise de estudos de caso.

Seria importante explorar futuramente a visão de Jacobson (1985) sobre a presente temática, uma vez que a autora refere no seu artigo a existência de diferenças na depressão neurótica e depressão psicótica, partindo de um ponto de vista psicanalítico e tendo como base as concepções Freudianas. A par da concepção elaborada por Green (1980), poder-se-ia ter em consideração o contributo de Winnicott (1971), onde também é abordada a perda simbólica do objecto. Contudo, Winnicott (1971) refere esta ausência em relação aos fenómenos transicionais, onde a mãe ausente passa a estar presente quando a criança recorre ao objecto transicional. Este processo não gera um sentimento de vazio porque existe uma potencial presença do objecto.

Referências Bibliográficas

- Abraham, K. (1911). Notes on the Pshycho-Analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. In Coyne, J. C. (Ed.) *Essential Papers on depression* (pp. 31-47). New York: New York University.
- Abraham, K. (1924). Esquisse D'une Histoire Du Développement De La libido Basée Sur La Psychanalyse Des Troubles Mentaux. In *Developpement de la libido : ouvres completes* (Vol. 2, pp. 255-313). Paris : Payot.
- Abraham, K. (1978). Histoire de la libido. In *Stades de la libido : de l'enfant à l'adulte* (pp.115-139). Paris: Tchou.
- Abraham, K. (1980). Deuil, mélancolie et psychose maniaco-dépressive. In Grunberger, B., Chasseguet-Smirgel, J. & Parenti, C. (Eds.), *Psychoses: la perte de la réalité* (pp.133-170). Paris: Tchou.
- Alcantara, I.; Schmitt, R.; Schwarthaupt, A.; Chachamovich, E., Sulzbach, M., Padlha, R., Candiago, R. & Lucas, R. (2003, Abril). Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 1, 22-32. Consultado em 24 de Janeiro de 2008 através de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a04v25s1.pdf>
- American Psychiatric Association (2006). D. S. M. – IV – TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ªEd.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, S. (1968). Saturn and Melancholy. Studies in the History of Natural Philosophy, Religion, and Art. *Psychoanalytic Quarterly* (37). Consultado em 6 de Janeiro de 2008 através da PEP Archive.
- Berrios, G. E. (Set.1988) Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 298-304. Consultado em 3 Março de 2008, através da fonte

http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/153/3/298?ijkey=7b68060f01251aad3fb340d085998bf5fc4aec7d&keytype2=tf_ipsecsha

- Bion, W. R. (1991a). Diferenciação entre a personalidade psicótica e não-psicótica. In *Melanie Klein hoje, desenvolvimento da teoria e da técnica: artigos predominantemente teóricos* (Vol. 1 pp. 69-86). Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1991b). Ataques ao elo de ligação. In *Melanie Klein hoje, desenvolvimento da teoria e da técnica* (Vol. 1 pp. 95-109). Rio de Janeiro: Imago.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Canale, A. & Furlan, M. M. (2006). Depressão. *Arq. Mudi.*, 10, (2), 23-31. Consultado a 8 de Janeiro de 2008 através da fonte http://www.pec.uem.br/pec_uem/revistas/arqmudi/volume_10/numero_02/4-CANALE.pdf
- Carpenter, L. L. & Price, L. H. (2000). Psychotic Depression: What Is It and How Should We Treat It? *Harvard Review Psychiatry*, 8, (1), 40-42.
- Castro, A. P. & Neto, F. L. (2004). Continuação do antipsicótico em depressão psicótica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (6) 300-305. Consultado em 21 de Novembro de 2008 através da fonte <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n6/300.html>
- Champion, L. (1992). Depression. In Champion L. A. & Power, M. J. (Eds.) *Adult Psychological Problems an Introduction* (pp. 26-49). London: The Falmer Press.
- Coelho, R. (2004). Freud. In *Depressão: perspectiva psicodinâmica* (pp. 15-26). Lisboa: LIDEL Edições Técnicas, Lda.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*, (3ªEd). Lisboa: Edições Salamandra.

- Coryell, W., Leon, A., Winokur, M.D., Endicott, J., Keller, M., Akiskal, H., Solomon, D. (1996, Abril). Importance of Psychotic Features to Long-Term Course in Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, (4), 483-489.
- Coryell, W. (2007). The facets of melancholia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 115 (433), 31-36. Abstract from: Silver Plater File: PsycINFO item: 2007-01210-004.
- Dias, C. A. (2000). Luto e melancolia. In *Freud para além de Freud* (pp. 181-214). Lisboa: Fim de século.
- Dubor, P. (1998). Estrutura Psicótica. In *Psicologia patológica: teórica e clínica* (pp. 191-209). Lisboa: Climepsi.
- Esquirol, E. & Hunt, E. K. (1845). *Mental Maladies; a Treatise on Insanity*. Consultado em 27 de Fevereiro de 2008 através da fonte <http://books.google.com/books?id=h21s1O4AaJkC&printsec=frontcover&dq=esquirol&hl=pt-PT#PPA19,M1>
- Esquirol, E. (1989). *Des maladies mentales*. Paris: Frénésie Éditions. (Obra original de 1838)
- Fink, M. & Taylor, M.A. (2007). Resurrecting melancholia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 115 (433), 14-20. Abstract from: Silver Plater File: PsycINFO item: 2007-01210-002.
- Flint, A. J. & Rifat, S. L. (1998). Two-Year Outcome of Psychotic Depression in Late Life. *American Journal of Psychiatry*, 155, 178-183. Consultado em 2 de Outubro de 2008 através da fonte <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/155/2/178>
- Flores, B. F.; Kenna, H.; Keller, J.; Solvason, H. B. & Schatzberg, (2006). Clinical and Biological Effects on Mifepristone Treatment for Psychotic Depression. Consultado em 12 de Novembro de 2008 através da fonte <http://www.nature.com/npp/journal/v31/n3/full/1300884a.html>

- Freud, S. (1917). Luto e Melancolia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX, pp. 245-263). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1923). O Ego e o id. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX, pp. 15-80). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. & Abraham, K. (1969). *Correspondance: 1907-1926*. Paris: Gallimard (Obra original de 1965)
- Freud, S. (1992). Rascunho G: Melancolia. Uma Introdução. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 246-260). Rio de Janeiro: Imago (Obra original de 1895).
- Gaudiano, B. A., Miller I. W. & Herbert J. D. (2007). USA: An overview [Abstract]. *The Treatment of Psychotic Major Depression: Is There a Role for Adjunctive Psychotherapy?* 76, 271-277. Consultado em 14 de Janeiro de 2008 através da World Wide Web:
<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ArtikelNr=104703&Ausgabe=233306&ProduktNr=223864>
- Green, A. (1980). La mère morte. In *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (pp. 222-253). Paris : Les Éditions de minuit.
- Green, A. (2003). The dead mother complex. In Raphael-Leff, J. (Ed.), *Parent- infant psychodynamics: wildthings, mirrors and ghosts* (pp. 162-174). Philadelphia: Whurr.
- Hinshelwood, R. D. (1991). *A Dictionary of Kleinian Thought*. London: Free Association Books. (Obra original de 1989)
- Horta, M. P. C., (1992). *Introdução ao estudo de alguns indicadores biológicos na depressão*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Homero, (2005). *[Íliada]*. (F. Lourenço, Trans.). Lisboa: Cotovia.

- Kasper, S. & Bóer, J. A. (2003). *Handbook of Depression and Anxiety* (2^a ed. Rev.). Consultado em 13 de Fevereiro de 2008 através da fonte http://books.google.com/books?id=T8yz6ERXEL0C&pg=PA39&dq=Melancholia+and+depression+during+the+19th+century:+a+conceptual+history&hl=pt-PT&sig=z-Y_WR11WEYSSWeexm2pkxdPKKM#PPP1,M1
- Keller, J., Schatzber, A. F. & Maj, M. (Junho 2007). Current Issues in the Classification of Psychotic Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*. Consultado em 9 de Julho de 2008 através da fonte <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/full/sbm065v1#SEC3>
- Kennedy, G. J. (2008). Advances in the Treatment of Late-Life Psychotic Depression. *Primary Psychiatry*, 15 (7), 27-29. Consultado em 15 de Julho de 2008 através da fonte http://mbldownloads.com/0708PP_Kennedy.pdf
- Klein, M. (1935). A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. In *Essential Papers on Object Relationship* (pp. 37-70). New York: New York University.
- Klein, M. (1940). Mourning and its Relation to Manic-Depressive States. Consultado em 12 Novembro de 2008 através de PEP Archive.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 3-4, 99-110.
- Klein, M. (1976). Quelques Conclusions Théoriques au Sujet de la Vie Émotionnelle des Bébés. In *Développements de la Psychanalyse* (pp. 187-222). Paris : Puf.
- Klein, M. (1996). Uma contribuição à psicogénese dos estados maníaco-depressivos. In *Amor Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (pp. 301-330). Rio de Janeiro: Imago.
- Kohon, G. (1999). *The Dead Mother: the work of André Green* (Ed.). East Sussex: Routledge.

- Kraepelin, E. (2004). *A demência precoce*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. -B. (1967). *Vocabulário de Psicanálise*. Lisboa: Moraes Editores.
- Lussier, A. (1999). The Dead Mother variations on a theme. In Kohon, G. (Ed.) *The Dead Mother: the work of André Green* (pp. 149- 162). East Sussex: Routledge
- Magill, F. N. (1996). Depression Theoretical Explanations. In Magill, F. N. (Ed.) *International Encyclopedia of Psychology* (Vol. 1). United Kingdom: Fitzray Dearborn Publishers/ Salem Press Inc.
- Mathews, M. (s.d.). How did pre-twentieth century theories of the aetiology of depression develop? Theories of the Aetiology of Depression. *Priory Medical Journals*. Consultado em 12 de Março de 2008 através da fonte <http://www.priory.com/homol/dephist.htm>
- Mathews, S & Mathews, V. (2003). The clinical profile of psychotic depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 (1), pp.111. Abstract from: Silver Plater File: PsycINFO item: 2003-01334-019.
- Matos, A.C. (2007a). Depressão Depressividade e Depressibilidade. *A depressão* (2ªEd., pp. 44-49). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A.C. (2007b). Sobre a Depressão. *A depressão* (2ªEd., pp. 50-58). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A.C. (2007c). Roteiro da Depressão. *A depressão* (2ªEd., pp. 309-343). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A.C. (2007d). A necessidade de retaliação. *A depressão* (2ªEd., pp. 381-392). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A.C. (2007e). Depressão: estrutura e funcionamento. *A depressão* (2ªEd., pp. 381-392). Lisboa: Climepsi Editores.

- Matos, A.C. (2007-a). Notas sobre o luto, melancolia, paranóia e esquizofrenia paranóide. *O desespero* (pp. 203-205). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mendels, J. (1972). [*Classificação da Depressão: Principais Síndromes*]. (Tradução do original em inglês *Concepts of depression*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e científicos Editora Ltda, 1970)
- Meyers, B. S. (2006). Psychotic Depression. *Psychiatric Annals* 36 (1), 7-9. Consultado em 29 de Janeiro de 2009, através de PEP Archive.
- Mijolla, A. (2005a). *Dicionário Internacional de Psicanálise* (Vol. 1). Brasil: Imago Editora, Lda.
- Mijolla, A. (2005b). *Dicionário Internacional de Psicanálise* (Vol. 2). Brasil: Imago Editora, Lda.
- Nelson, J. C. & Davis, J. M. (1997). DST studies in Psychotic Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 154, (11), 1497-1503. Consultado em 14 de Novembro de 2008 através da fonte <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/154/11/1497>
- Pessoa, F. (1976). *O rosto e as máscaras textos escolhidos em verso e em prosa*. Lisboa: Círculo de leitores (Obra original datada de 1933).
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*. Consultado em 26 de Fevereiro de 2008 através da fonte <http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-76576&I=203&M=tdm>
- Porto, L. T., (Dez. 2005). *Um olhar melancólico: o conto de Caio Fernando Abreu*. Consultado em 19 de Dezembro de 2007 através da fonte <http://w3.ufsm.br/grpesqla/revista/num6/ass04/pag01.html>

- Reis, T. (1989). Síndrome Depressivo e Modelos de Depressão. *Análise Psicológica*, VII, 4, 537-541.
- Rothschild, A. J. & Schatzberg, A. F. (1994). Diagnoses and treatment of psychotic (delusional) depression. In Grunhaus, L. & Greden, J. F. *Severe Depressed Disorders*. Consultado em 25 Julho através da fonte http://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=eZdlPcMXi6kC&oi=fnd&pg=PA195&dq=Psychotic+depression:+Diagnosis,+treatment,+biology.&ots=0nscFI10sI&sig=GyHgk24L_6HuLvngcFihJQmOuw8#PPA195,M1
- Ruiloba, J. V. (1990). Classificação de los transtornos afetivos. In Ruiloba, J. V. & Ferrer, C. G., (Eds.) *Transtornos afetivos: Ansiedad y Depresión* (pp. 155-175). Espanha: Salvat Editores, S. A.
- Ruiloba, J. V. & Ferrer, C. G., (1990). *Transtornos afetivos: Ansiedad y Depresión*. Espanha: Salvat Editores, S. A..
- Schatzberg, A. F. & Rothschild, A. J. (1992). Psychotic (Delusional) Major Depression: Should It Be Included as a Distinct Syndrome in DSM-IV? *American Journal of Psychiatry*, 149, 733-745.
- Schatzberg, A. F., Posener, J. A., DeBatista, C., Kaleh, B. M., Rothschild, A. J. & Shear, P. K. (2000). Neuropsychological Deficits in Psychotic Versus Nonpsychotic Major Depression and No Mental Illness. *American Journal Psychiatry*, 157, 1095-1100. Consultado em 14 de Novembro de 2008 através da fonte <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/7/1095>
- Schatzberg, A. F. (2003). New Approaches to Managing Psychotic Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, (1), 19-23. Consultado em 24 de Agosto de 2008 através da fonte <http://www.psychiatrist.com/pcc/pccpdf/v05s01/v64s0104.pdf>
- Scliar, M. (2003). *Saturno nos Trópicos A Melancolia Europeia Chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.

Swartz & Shorter (2007). *Psychotic Depression*. Cambridge University Press: Cambridge.

Teixeira, M. A. R & Hashimoto, F. (2005). *Da melancolia à Depressão: Genialidade versus loucura*. Consultado em 26 de Novembro de 2007 através da fonte http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/21_Marco_Antonio_Rotta_Teixeira.pdf

Trevisan, J. (2004). Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26 (3) 319-328. Consultado em 6 de Dezembro de 2008 através da fonte http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300009

Vythilingam, M., Chen, M.D., Bremner, J.D., MAzure, C.M., Maciejewski, P.K. & Nelson, J. C. (Março 2003). Psychotic Depression and Mortality. *American Journal Psychiatry*, 160, 574-576. Consultado em 14 de Novembro de 2008 através da fonte <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/160/3/574.pdf>

Widlocher, D. (2001). *As Lógicas da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge.

Zimerman (1995). *Bion: da teoria à prática – uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.