

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Roberto Kirschbaum

Da melancolia ao luto:

Desafios e possibilidades na análise das neuroses narcísicas de tipo melancólico

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Roberto Kirschbaum

Da melancolia ao luto:

Desafios e possibilidades na análise das neuroses narcísicas de tipo melancólico

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Professor Doutor Alfredo Naffah Neto

SÃO PAULO

2014

BANCA EXAMINADORA

A Tarsila e Ana Paula: antimelancólicas

AGRADECIMENTOS

À CAPES, que financiou a maior parte desta pesquisa.

Aos meus pais, pelo contínuo apoio em educação.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto, que me acolheu, me orientou e me ajudou. À Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhoa Cintra e ao Prof. Dr. Ernesto René Sang que, com suas contribuições mais que generosas no exame de qualificação, forneceram uma dose extra e bem-vinda de pulsão de vida.

Ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, que me abriu as portas da PUC e inúmeras outras, e sempre me deu total liberdade. Profa. Dra. Ana Cecília Magtaz e Profa. Dra. Silvana Rabello, vocês foram fundamentais. Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, que contribuíram para minha produção com seus comentários, críticas e sugestões. Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira, Vívian Anijar Fragoso Rei e Francisco Garzon: pelo imenso apoio. Xochiquetzaly Yeruti de Ávila Ramirez, amiga amorosa e fiel. Aline Cerdoura Garjaka: aprendi muito. Cybelle Weinberg, Gabriela Malzyner, Andréa Cristina Bonadio, que me ajudaram a encontrar caminhos.

À Profa. Maria Cecília Caldeira, sempre maternal. À Profa. Cláudia Costabile, incentivadora dentro e fora da academia. Ao Dr. Fernando Falabella Tavares de Lima, incentivador de longa data, e ao Netpsi, onde pude dar muitos passos adiante na profissão. Aos meus supervisionandos, Andrea Berezin, Juliana P. S. Tavares de Lima, Lucas Simões Sessa, por compartilharem comigo seus casos clínicos: cresço com vocês.

Ao Prof. Dr. Luis Cláudio Figueiredo, à Profa. Dra. Kayoko Yamamoto, e ao Prof. Dr. Durval Luiz de Faria. À Mônica Pereira.

Ao amigo Daniel Murray Santana de Vasconcellos e ao Prof. Dr. Charles Kirschbaum, que me apontaram para fatos simples mas importantes da vida acadêmica.

Às amigas Miriane Toledo e Paula Caetano de Toledo Piza: apoio e *insights*.

À Regina Lacorte Giansesi, que me apresentou e apontou para a importância de considerar os objetos internos.

Ao Julio.

RESUMO

KIRSCHBAUM, Roberto. **Da melancolia ao luto: Desafios e possibilidades na análise das neuroses narcísicas de tipo melancólico.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

Nesta pesquisa propomo-nos a examinar os desafios e possibilidades na análise das neuroses narcísicas melancólicas. Para isto, serão primeiramente resgatadas algumas concepções de melancolia ao longo da história, chegando-se à concepção psicanalítica, principalmente com Freud e Karl Abraham. Estes psicanalistas situam a melancolia entre as afecções narcísicas, portanto seguiremos fazendo articulações com autores pós-freudianos e contemporâneos que abordam o narcisismo, dentre eles Klein, Riviere e Rosenfeld. Procuraremos dar enfoque, por um lado, aos fatores que dificultam a clínica dessas afecções, em especial a dificuldade dos pacientes em realizar o trabalho de luto e a reação terapêutica negativa; por outro lado, aos elementos que compõem ou favorecem sua terapêutica. O objetivo desta pesquisa é um enriquecimento da compreensão da metapsicologia do melancólico, necessária, entre outras razões, em contrapartida ao empobrecimento teórico e clínico ocorridos com a substituição do termo melancolia pelo termo depressão, principalmente a partir de meados do séc. XX. Postulamos que esse enriquecimento na compreensão do quadro melancólico poderá ser de ajuda no exercício da clínica das afecções narcísicas, que incluem muitos dos casos recentemente diagnosticados como de depressão. Partiremos do relato de um caso clínico de quadro melancólico, cuja relação transferencial suscitou questionamentos ao terapeuta, tais como: quais são as defesas e as resistências específicas nestes quadros, e como impactam na transferência-contratransferência? Se o melancólico padece de inércia, como evitar que a análise da melancolia também padeça do mesmo mal? Quais os limites da clínica da melancolia? Quais são as vias terapêuticas? Como ajudar o melancólico a desenvolver ou recuperar a capacidade de realizar o trabalho de luto e a capacidade de amar?

Palavras-chave: melancolia, mania, luto, psicanálise, narcisismo, neurose narcísica, depressão.

ABSTRACT

KIRSCHBAUM, Roberto. **From melancholy to mourning: challenges and possibilities in the analysis of melancholic narcissistic neuroses.** Master's Dissertation (Master in Clinical Psychology). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

In this research we want to examine the challenges and therapeutic possibilities in the analysis of melancholic narcissistic neuroses. For that, we'll first go over some conceptions of melancholy along History, arriving at the psychoanalytical conception, chiefly with Freud and Karl Abraham. These psychoanalysts locate "melancholia" among the narcissistic affections, so we'll follow examining post-freudian and contemporary authors and their approach to narcissism, amongst them Klein, Riviere and Rosenfeld. We'll try to focus, on the one hand, the factors that hamper the treatment of these affections, in special the patients' difficulty with the work of mourning, and the negative therapeutic reaction; on the other hand, the elements that constitute or contribute to their therapy. The objective of this research is an enrichment of the comprehension of the metapsychology of melancholy, needed, among other reasons, due to a theoretical and clinical impoverishment that happened with the replacement of the term melancholy by the term depression, mainly in the second half of the 20th century. We propose that this enrichment in the comprehension of the melancholic clinical picture could be helpful in the treatment of narcissistic affections, that include many of the cases being recently diagnosed as depression. Our starting point will be the report of a case of melancholy, where the transferential relationship raised questions to the analyst, such as: what are the specific defences and resistances in these cases, and how do these impact in the transference-countertransference? If the melancholic suffers from inertia, how to avoid that the analysis of melancholy suffers the same problem? What are the limits to the treatment of melancholy? What are its ways of treatment? How to help the melancholic to develop or recover the capacity to do the work of mourning, and the capacity to love?

Keywords: melancholy, mania, mourning, psychoanalysis, narcissism, narcissistic neurosis, depression.

SUMÁRIO

1. Introdução	1
1.1. Relato de caso	1
1.2. Definição do problema de pesquisa	13
2. Método	18
3. Melancolia, Neuroses Narcísicas	21
3.1. Melancolia - breve histórico	21
3.2. A melancolia para a Psicanálise	25
3.2.1. Freud	25
3.2.2. Abraham	32
3.3. Neuroses Narcísicas	39
4. Reação Terapêutica Negativa	55
4.1. Reação Terapêutica Negativa – Freud	55
4.2. Reação Terapêutica Negativa – Riviere	62
4.2.1. Preâmbulo: de Freud e Abraham a Melanie Klein	62
4.2.2. Contribuições de Riviere para a compreensão da RTN ..	65
4.3. Reação Terapêutica Negativa – Rosenfeld	74
5. Trabalho terapêutico com a Melancolia. Possibilidade de ultrapassar a RTN	77
5.1. Critérios e metas terapêuticas	78
5.2. Transferência-contratransferência e o trabalho terapêutico das neuroses narcísicas	88

6. Considerações Finais	106
7. Referências Bibliográficas	111
8. Outras Obras Consultadas	115
9. Anexos	116

1. Introdução

Esta pesquisa tem como origem questionamentos decorrentes do atendimento psicoterápico de base psicanalítica a um paciente em uma clínica, que durou cerca de quatro anos, com frequência de três sessões por semana e uso do divã.

Tratava-se do primeiro paciente atendido pelo terapeuta após sua graduação. Quando vemos na literatura que mesmo terapeutas bem mais experientes chegam a impasses nas terapias com pacientes com quadros narcísicos, e que estes casos podem durar muitos anos¹, podemos pensar que não é um quadro fácil para um terapeuta iniciante. Porém, quando o paciente chega, nada sabemos dele, pois somente conseguimos saber algo ao longo do tratamento, e quando percebemos que se trata de um quadro difícil já nada se pode fazer além de lidar com os fatos, ou seja, continuar tentando ajudar o paciente, sob a intensa situação transferencial.

O relato de caso é apresentado a seguir.

1.1. Relato de Caso

1º Ano

No primeiro ano da terapia fui conhecendo Julio (nome fictício), sua constelação familiar, os amigos, suas situações de vida. Quando esse estudante universitário de vinte e poucos anos chegou até mim na clínica, queixou-se de insegurança e de uma percepção que tinha de não conseguir aproveitar oportunidades

¹ Rosenfeld menciona um caso de mais de 20 anos de tratamento (1988, p. 41). Em outro exemplo, conta sobre uma paciente com quem teve extrema dificuldade de estabelecer uma interação durante todo o primeiro ano do tratamento (p. 44); Maldonado (2001, p. 150) fala de um paciente narcísico cujas fantasias, que levavam a sintomas severos, foram possíveis de ser verbalizadas e elaboradas apenas no sexto ano de uma análise de quatro sessões por semana.

de crescimento como, por exemplo, fazer uma iniciação científica, iniciar um mestrado ou conseguir um emprego. Não se via tomando as devidas providências. Constatava sua inércia ou impotência frente à vida e não se sentia capaz de tomar as próprias rédeas. Já fizera terapia antes, com uma terapeuta da mesma clínica, que agora não podia mais atendê-lo. Quer retomar o tratamento pois nota que ele o ajuda, e que nos períodos de interrupção, tal como férias, sente como que havendo uma recaída.

De orientação homossexual, namorava um rapaz havia alguns anos. Relata que se davam bem, com brigas ocasionais em certas épocas do relacionamento.

Julio é o filho mais novo, dá-se bem com sua irmã mais velha, que é casada e mora em outro Estado; não se dá bem com o irmão do meio, que mora com os pais. O pai de Julio é frequentemente referido como um homem fraco, um perdedor, portador de dívidas. Metalúrgico agora desempregado, não pode mais prestar auxílio financeiro a Julio como fizera até poucos meses antes do início da terapia. A mãe é descrita como uma pessoa muito religiosa, fria, severa. Nunca o elogiava; quando tirava notas boas, ela dizia que ele havia apenas cumprido com a obrigação. Quando Julio visitava os pais sentia que eles tentavam tratá-lo bem, porém ele se sentia “preso” na casa deles.

Fala do medo que tem quando está em sala de aula: medo de fracasso, do ridículo, de falar alguma ingenuidade, de ser superficial. O medo de se colocar era tamanho que às vezes o fazia esquecer os conteúdos estudados – “dar branco”, como dizia. Conta que sempre antes das aulas da matéria em questão sente um temor de não ter recursos. Fala das altas expectativas, atribuindo-as em parte a uma professora que ele procurou poucos anos antes para se informar sobre uma iniciação científica, tendo sido instruído por ela a se matricular em sua disciplina. Matriculou-se, mas acabou desistindo pelas mesmas razões contidas nas queixas atuais: medo de se expor, de não aprender, de não ser bom o suficiente e, portanto, teme que o mesmo ocorra este ano

(i.e., o primeiro ano da terapia). Conta que no passado simplesmente não falava em grupos, e mantinha uma comunicação com as outras pessoas em níveis reduzidíssimos. Diz que não sabe se expressar, se articular. Eu, porém, observava nele uma boa articulação. Conta que até o final da infância, início da adolescência, era o melhor aluno da classe, um “aluno exemplar” (sic), mas depois de uma doença acompanhada de internação, as coisas não foram mais as mesmas. Altas expectativas e cobranças, e consequente autodesvalorização por não conseguir cumprir com elas foram frequentes nos quase quatro anos que durou a terapia. As expectativas tinham relação, em parte, com sua prévia experiência e conhecimento da língua italiana – passara seis meses na Itália aos 18 anos de idade, o que contribuía para a formação de uma auto-imagem idealizada que agora não encontrava contrapartida na realidade. Ainda por conta das altas expectativas e temores, repetem-se as faltas às aulas da disciplina mencionada acima, faltas essas acompanhadas de muita angústia.

Uma transferência se instaura de forma expressa e prematura: já na segunda sessão Julio me compara à terapeuta anterior, relatando que com ela falava com reserva sobre certos assuntos e, sem saber por que, comigo parecia ser diferente, sentindo-se mais livre para falar destes assuntos, mais especificamente, sobre sua vida sexual. Por que será que comigo parecia ser diferente? Pelo fato de eu ser do mesmo sexo que ele, sendo assim seu semelhante, poderia entendê-lo melhor? Por eu ser mais jovem que sua terapeuta anterior eu teria, em sua fantasia, menos preconceitos quanto à sua sexualidade? Efetivamente, eu me propunha a escutá-lo com o mínimo de preconceito possível. Na primeira entrevista mostrou-se culto e amante das artes, me transmitindo com isso a ideia de que poderíamos fazer um bom trabalho juntos.

Conta-me sobre o medo de contaminação que passou a ter desde o início da adolescência, quando começou a onda de preocupação com a Aids. Na época

frequentava uma igreja evangélica, que proibia atividades sexuais antes do casamento e, principalmente, a sua opção sexual. Assim, relaciona esse medo de contaminação à culpa frente a tais proibições. E mais recentemente traíra seu namorado, ensejando novamente mais culpa. Poucas sessões depois me comunica que o namoro não vai bem, com excesso de brigas, e que não sabe se ainda gosta do namorado.

Sua autodestrutividade é digna de nota: frequentemente se colocava em risco de saúde e de vida. Para se ter uma ideia, já nos primeiros meses do atendimento ele teve um “acidente”, uma queda de um palanque em uma casa noturna. Veremos mais a frente outros índices dessa autodestrutividade.

Conta sobre sua frequente solidão, o que por vezes o leva a querer desesperadamente conversar com amigos por telefone. Sente a necessidade de companhia. Conta de um período que morou no interior do Estado, quando tentou cursar outro curso superior, como um período muito sofrido de solidão.

A seguinte experiência relatada por Julio é bastante rica por destacar certos aspectos importantes de sua personalidade. Após colocar um anúncio ofertando aulas de idioma, recebeu um telefonema de um interessado. Logo ao chegar ao local ficou impressionado e diminuído com o luxo que encontrou. Sente-se diminuído em relação aos seguranças que fazem perguntas para deixá-lo entrar e em relação à secretária que não olha diretamente para ele, e também em relação ao próprio cliente, que não estava lá no horário marcado. Enfatiza, com certo exagero, o desrespeito de que foi vítima, e a irritação e ódio intensos que foi experimentando enquanto esperava pelo cliente. As fantasias vão brotando, compara-se com os seguranças, imaginando que esses ganhem mais do que ele apesar de seus muitos anos de estudo. A arrogância atinge até a percepção que tem das clientes do local, sobre as quais tece comentários pejorativos. O seu cliente ao final não comparece, e Julio sai da experiência tomado por ódio,

sentimentos de fracasso e frustração, já pensando em desistir das aulas oferecidas.

Algumas sessões depois, volta a falar de sentimentos de ambivalência em relação ao namorado. Mas o medo da perda amorosa e do desconhecido que viria depois de uma separação são intensos a ponto de impedi-lo de pedir pelo término do namoro: “Acho impossível decidir... acho que o jeito é ir levando...”.

Assim como sua vida amorosa, também as vida profissional e acadêmica parecem ruir. Em uma sessão, em tom de desamparo relata ter desistido de algumas disciplinas, e conseqüentemente não poderá fazer a iniciação científica tão sonhada. Tortura-se com o sentimento de fracasso. Queixa-se de que está sem dinheiro, e que todas as tentativas de conseguir trabalho, tais como currículos enviados a escolas e anúncios publicados foram infrutíferas. Chega a pensar em trabalhar em um bar à noite (só pensa, mas não faz nada a respeito!); vê no jornal um anúncio de cargo que lhe interessa, mas não se sente competente. A crítica e a autocrítica permeiam seus insucessos. No percurso às entrevistas de emprego se auto-denigre, ou denigre os estabelecimentos onde se candidata a uma vaga, e isto acaba influenciando negativamente os resultados dos processos seletivos. Quando tenta estudar não consegue, fica logo pensando nas dificuldades, na falta de dinheiro, na possibilidade de perder o apartamento. Considera-se “perdido”. Quando porventura começa a pensar em soluções, logo recorre a cavilações, a raciocínios em excesso, salientando as desvantagens das alternativas, impedindo-se assim todas as possibilidades.

Dá para frente não demorarão os relatos de consumo de bebida em excesso, beijos nos rapazes desconhecidos que encontra na rua à noite e o início de uso de cocaína. Em breve as experimentações com álcool e cocaína se tornarão hábito. Reconhece a busca desenfreada por prazer, e a isto associa a vida religiosa que levava anteriormente, na qual tudo era muito severo, tudo era pecado, não podia frequentar

nenhum tipo de festa, e o quanto estas proibições tiveram impacto quando começou a descobrir sua preferência homossexual, culminando num momento então em que se viu levado a deixar a religião e todas as proibições de lado, caindo na busca do prazer.

Pouco tempo depois, Julio pede “um tempo” para o namorado, e se sente devastado, não conseguia pensar, precisava fazer alguma coisa com intuito de esquecer, e para tanto acabou indo cheirar cocaína. Em seguida foi dançar, e na mesma noite tenta “ficar” com um rapaz. As descargas motoras e tóxicas são utilizadas na ausência da capacidade psíquica de elaboração. Na manhã seguinte acordou “deprimido” (sic).

Daí para frente gastará meses de sua vida tentando controlar a vida do ex-namorado, investigando obsessivamente e usando de sua rede de amigos para saber de toda e qualquer informação ou fofoca sobre ele, seu paradeiro e com quem anda, desejando voltar a namorá-lo, e sofrendo intensamente quando descobre que este partiu para outros relacionamentos. Não consegue elaborar um luto do ex-namorado. Podemos pensar que é uma perda que não se resume à separação do namorado, mas que atualiza ou se soma a muitas outras perdas, anteriores. Por exemplo, chegou a sonhar, um dos poucos sonhos que trouxe à terapia: o sonho envolvia uma briga com o ex-namorado. Sua mãe aparecia, mas era difícil de enxergar. Numa associação à mãe e à briga que aparecem no sonho, faz uma referência à morte de sua madrinha, “segunda mãe”, importante figura materna muito querida:

Pac: Quando eu me afasto das pessoas sinto um sentimento de morte.

Terap: De morte?

Pac: É. Um sentimento que tive quando a minha madrinha morreu. Ela era uma segunda mãe para mim. Eu tive uma briga feia com ela uma semana antes de ela morrer, e quando ela morreu eu estava ao lado dela, me senti muito mal.

A morte da madrinha-segunda-mãe o faz sentir ter contribuído para matar o vínculo amoroso entre eles. Percebe que tem um lado briguento que estraga e desestabiliza as relações amorosas, causando novas perdas. Ao dar mais colorido e força aos aspectos de insatisfação e decepção dos relacionamentos, o que talvez seja um aspecto da pulsão de morte em ação, ele se vê incapaz de sustentar uma ligação amorosa. Correlaciona a morte da madrinha com seu ex-namorado, cujo amor também contribuiu para matar, ao tê-lo traído e pedido o “tempo”. Sente como se hospedasse dentro de si uma força destrutiva das suas relações de amor, de seus vínculos amorosos. Generalizando, podemos pensar que quando perde as boas notas acadêmicas, quando deixa de ser um “aluno exemplar”, perde o laço amoroso dele com ele mesmo. Sente-se nesse momento “sofrendo demais, muito deprimido” e me pede indicação de um psiquiatra. A posteriori, podemos pensar que ele não encontrou na relação analítica uma compreensão e uma continência destes seus aspectos destrutivos, assim o pedido de um psiquiatra seria o pedido por uma química que pudesse apaziguar estes seus aspectos. O psiquiatra vem a diagnosticá-lo com “depressão” e lhe prescreve um antidepressivo e um ansiolítico. Continua porém o uso excessivo de álcool, às vezes concomitante com drogas, com o intuito explícito de fuga psíquica.

Ao final desse primeiro ano da terapia, percebemos a intensidade dessa força que destrói as relações amorosas, cujo efeito se faz sentir na incompetência de Julio para amar.

2º Ano

Após as férias de final de ano, Julio volta à terapia já sob pleno efeito do antidepressivo e do ansiolítico, que parecem ajudá-lo de certa forma a retomar as atividades acadêmicas e profissionais, tendo inclusive conseguido um trabalho. Porém continuam o auto-descrédito e a insegurança, perceptíveis por pessoas que assistiram e

avaliaram seu trabalho. Além disso, a descrição tanto dos efeitos desejados como dos colaterais da medicação passa a ocupar boa parte das sessões. O paciente parece ter erotizado a medicação no sentido de extrair prazer destas suas descrições. Apesar de que com ela ele ganha uma “certa tranquilidade”, preocupa-se com a dúvida sobre se vai conseguir continuar estudando sem ela. Também continuam, apesar da medicação, as auto-condenações. Por exemplo, em dois momentos diferentes da terapia, separados por mais de ano, esquece as chaves de casa em algum lugar, sendo obrigado a percorrer um longo trajeto para pegá-las. Nas duas ocasiões fica com muita raiva de si mesmo, sente-se um “imbecil”, que tem algo faltando, ridiculariza-se.

Após as frustrações aparece o desamparo e, num tom obsessivo, uma insistência em fermentar a frustração, criticar e encontrar explicações oniscientes para ela ao invés de elaborá-la emocionalmente.² Por exemplo, ao ser desclassificado num processo seletivo, queixa-se com a “certeza” de que a vaga era só para pessoas do sexo feminino. Estica-se nos aspectos negativos das experiências, nas queixas de injustiça que sofre, tomando com isto praticamente todo o tempo das sessões. Os aspectos positivos das experiências parece que são por ele escondidos, tanto de mim quanto dele mesmo, num uso tipicamente narcísico de cisão e negação, dificultando para mim conhecê-lo melhor e, para ele, uma melhor fruição das experiências. Ao ser lembrado por mim de que ele tinha um emprego atual do qual eu ainda quase nada sabia, inicialmente aparece nele um certo ânimo; fala então de como estão gostando de seu trabalho, mas em seguida voltam em suas associações o medo e um sentimento intenso de insegurança, de desamparo frente ao desconhecido, uma tensão e uma persecutoriedade sempre presentes no trabalho por achar que não iria dar conta das coisas.

² A elaboração da frustração ou, se quisermos, o trabalho de elaboração psíquica, que é fundamentalmente um trabalho de luto, é uma noção central para a compreensão da melancolia. Abordaremos esta questão em momento posterior (V. 3.2.1).

Por falta de recursos financeiros, abandona o tratamento medicamentoso proposto pelo psiquiatra, e procura então um hospital público, onde lhe receitam outra medicação. Então, por conta própria e de forma arbitrária reduz paulatinamente a dosagem, e parece conseguir viver razoavelmente bem sem ela durante um certo tempo. Na terapia porém as coisas parecem não ir tão bem: Julio falta seguidamente, sem avisar. Em uma sessão que veio após duas faltas sem aviso, contrariando o estatuto da clínica, de acordo com o qual esta situação ensejaria interrupção do tratamento, Julio menciona que estava desconfiado de que eu não quereria mais atendê-lo. Para mim ele também não podia oferecer recursos financeiros: as sessões tinham valor simbólico e de qualquer forma os valores pagos por ele, sempre com atraso, iam diretamente para os cofres da instituição. Assim, podemos supor que ele suspeitasse dos atrativos que ele podia oferecer para mim, me testando em relação ao meu interesse e à minha tolerância para com ele, ao quanto eu gostava dele e ao quanto estava disposto a estar com ele apesar das dificuldades. Sentimentos intensos na contratransferência, correspondentes ao maltrato do paciente para comigo com suas faltas, ao descaso próprio do narcisista, me indicam algo dele, de seu ódio e ressentimento decorrentes de suas experiências de desamparo e abandono.

Nos empregos Julio se envolve em conflitos com seus superiores, o que o impede de manter os empregos por muito tempo. Continua o uso eventual de drogas associadas ao álcool, em menor intensidade.

Envolve-se com outros rapazes, e mais no final do ano reconheceu e se questionou sobre a natureza superficial destes seus relacionamentos. Na verdade talvez nem se possa chamá-los de relacionamentos, uma vez que não correspondiam a um movimento em direção a um objeto diferenciado dele, mas sim a uma necessidade de se sentir atraente e interessante para o outro. Mas esse momento proveitoso de

questionamento, talvez um pequeno *insight* que apontaria para a sua inabilidade em amar, foi breve e sem consequências observáveis. O paciente narcísico, com repertório psíquico caracteristicamente pouco desenvolvido, pode ter dificuldade de perceber e elaborar o insight sozinho e precisa, nestas oportunidades, que o analista o ajude nesta tarefa.

3º Ano

No terceiro ano da terapia reaparecem queixas de todas as espécies contra os outros, denotando um movimento de descarga intensa através de projeções. Está com um novo namorado, e fica mais claro que as relações que estabelece têm marcado caráter narcísico, onde não há lugar para a independência do outro; quer o outro só para si, quer que o outro mude para ele: “Eu não sei o que eu faço com o Jacques. Ele tem agido de uma forma que me desagrada e eu falo com ele e não adianta, ele continua fazendo”. Tento ajudá-lo e, pensando nesses seus aspectos narcísicos, no quanto ele gostaria de acreditar que o Jacques seja uma pessoa diferente do que realmente é, digo-lhe: “você fica irritado quando ele não faz o que você gostaria, quando não visita você na hora em que você quer.” Porém ele prontamente rejeita: “Mas eu quero é falar do meu relacionamento com o Jacques! (...) Você fica só falando coisas macro, não conversa do relacionamento. (...) Você pega o que eu falo para falar de mim (...) Sinto que você não me ajuda na relação com o Jacques.” O que o namorado tem para lhe oferecer não serve, e o que o terapeuta tem para lhe oferecer também não serve. Percebemos aqui a dinâmica da resistência narcísica na terapia: Julio não aceita que eu fale da ilusão que ele tem de que Jacques é uma projeção sua e não uma outra pessoa, separada dele. Sente que eu não faço aliança com ele e se sente acusado por mim de ser o errado na relação. Ao mesmo tempo a relação é de uma forte dependência: “eu não quero que na semana que vem aconteça a mesma coisa, do Jacques ir fazer as coisas

dele e não me dar dedicação.” A dependência implica que o outro, inclusive o analista, precisa constantemente mostrar que o ama. Isto é difícil de conciliar com a tarefa analítica, que exige alguma neutralidade. Resta ao terapeuta explicitar ao paciente que este sente a necessidade (narcísica) de senti-lo sempre ao seu lado e de ouvir algo que faça que a sua relação com o outro dê certo, e que por não ouvir isto do terapeuta, ele sente que este não o ajuda.

Frente à percepção de uma dependência do outro e sensação constante de insuficiência, Julio se sente aprisionado (como na casa dos pais), com ansiedades claustrofóbicas nas relações que estabelece. Como defesa contra essas ansiedades geradas pela dependência, ele apresenta uma relação de independência e auto-suficiência em relação ao outro e em relação à realidade. Com relação a estas últimas, nas suas experiências ele age de acordo com as “certezas” de suas fantasias oniscientes, que não dão espaço para os fatos e para as dúvidas. Ele se deixa levar por aquilo que ele acha que é,³ ao invés do que realmente é: num episódio ele encontra duas taças de vinho usadas na sala do apartamento do namorado e deduz imediatamente que foi traído por ele. Em seguida, num *acting out*, rompe o relacionamento e vai afogar as mágoas em álcool e sexo com desconhecidos. Somente para descobrir, dias depois, que não fora realmente traído, pois o namorado havia apenas comemorado com o próprio pai um bom negócio realizado – mas a estas alturas, Julio destruíra novamente um relacionamento. Na terapia, essa “independência”, própria da dinâmica narcísica, se mostra em não poder reconhecer o valor das interpretações, impedindo-o de usufruí-las.

4º Ano

Este quarto e último ano é de abandono de esperanças. Falhas nas tentativas de reparação, seja na tentativa de conseguir um novo namorado, seja na dificuldade de

³ Temos aqui a presença da neo-realidade, para usar uma expressão utilizada por Freud, ou de alucinação, para usar um termo utilizado por Bion.

manter um emprego ou sua vaga na faculdade, levam a um esvaziamento psíquico. Se num arroubo de independência havia largado o namorado que tinha no final do ano anterior, agora não conseguia mais arranjar outro companheiro que o alimentasse narcisicamente. Sente-se esvaziado psiquicamente, desvitalizado, e não consegue encontrar no trabalho comigo uma via para suprir essa necessidade. Assim, procura o sexo com desconhecidos e as drogas para tentar manter-se excitado, contrapondo este vazio que ele vive e que resulta também da desesperança de restaurar uma imagem narcísica que fez para si e que defende a todo o custo. A necessidade de ajuda é trocada por substâncias e práticas estimulantes, na ilusão de que estas, e não o contato humano, é que o vitalizam. Após as práticas de sexo inseguro, é dominado durante longos períodos pelo medo de contaminação por HIV, medo que o impedia até de realizar a testagem, e assim ele se encontrava numa profunda e persistente paralização. Agora fornecia um motivo concreto ao medo de contaminação que tinha desde a adolescência sem saber o motivo.

As faltas na terapia, sem aviso, tornaram-se a regra, configurando uma inversão narcísica da relação: Julio fazia a terapia precisar dele mais do que ele da terapia. O terapeuta então falou ao paciente que o via se autodestruindo e se expondo a perigos irreversíveis, que com suas faltas não se via em condições de ajudá-lo e que, não desejando ser cúmplice desse esquema, propunha que se as faltas continuassem o tratamento fosse interrompido. E assim se deu, após mais uma sequência de faltas mais frequentes que as presenças.

Sete meses depois, Julio liga ao terapeuta, conta em tom entusiasmado sobre o emprego tão desejado que conseguiu, e pede os dados bancários para o pagamento de várias sessões que ficara devendo (nesse último ano da terapia o paciente passara a ser atendido no consultório particular, porém ainda a valores simbólicos).

1.2. Definição do problema de pesquisa

Este caso durou quase quatro anos, com frequência de três atendimentos semanais. Como dito acima, foi o primeiro atendimento realizado pelo terapeuta após a graduação, e portanto este estava sob influência de um desejo de ser terapeuta, e de uma certa superestimação, comum aos iniciantes, desta função. No início não conhecia o paciente, e não havia como saber de antemão que se estava tratando com um problema particularmente difícil. Julio veio a ser um paciente que em certos momentos fazia o terapeuta duvidar da sua própria capacidade para a função. Os momentos mais difíceis e angustiantes eram quando o terapeuta o via desesperançado, se arriscando, colocando este na situação incômoda de ser seu cúmplice, de ser testemunha impotente de sua autodestrutividade. Por outro lado, outros pacientes tratados pelo terapeuta no mesmo período deram a impressão de ter podido desenvolver um trabalho analítico bem mais proveitoso que Julio. Assim, interessa-nos pensar sobre o que aconteceu neste trabalho. Em especial, examinar a que dinâmica psíquica corresponde esse processo analítico árduo, de raros sucessos e com o desfecho que teve.

Apesar de que Julio se queixava de estar deprimido, e dos dois diagnósticos de depressão dados a ele, pelo psiquiatra e pelo hospital, um rápido exame da definição de depressão ou “episódios depressivos F32” no CID-10 mostra que não podemos nos restringir à compreensão de seu quadro apenas como uma depressão:

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, *redução da energia e diminuição da atividade*. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, *diminuição da capacidade de concentração*, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. *Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo*

nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.⁴

Sua insegurança, presente já na queixa inicial, encontra correspondência com a diminuição da autoconfiança da definição acima. Há nela também a culpa e a autopercepção de indignidade, se bem que de forma inarticulada com os outros sintomas. Mas e o desamparo, a impossibilidade de crescimento, a falta de iniciativa, a sensação de impotência, o temor de não ter recursos intelectuais, psíquicos e financeiros, as altas expectativas, os sentimentos de ambivalência, a solidão e tantos outros aspectos que Julio apresenta, seriam todos estes pertencentes ao quadro depressivo? Percebemos que não. E, mais importante: esse diagnóstico não nos diz nada sobre sua autodestrutividade intensa e frequente, como que uma tendência suicida velada, e nem sobre os diversos momentos *não depressivos* que pudemos testemunhar e que, salientamos, também envolviam sofrimento, ensejando assim preocupação terapêutica.

Vemos assim que centrar nossa pesquisa sobre o tema da depressão não levaria a uma compreensão satisfatória das dificuldades envolvidas no caso. Porém nos pareceu de especial importância demarcar essa limitação, afinal o diagnóstico de depressão e a correspondente medicação antidepressiva foram uma interferência de inegável repercussão no andamento da terapia. Além disso, a exemplo de Julio, muitos pacientes têm sido diagnosticados com depressão e medicados com antidepressivos, mesmo por

⁴ CID-10, 2008. Grifos nossos nas correspondências com aspectos da sintomatologia apresentada pelo paciente.

médicos não psiquiatras: por exemplo, de 1987 a 1997 o número de norte-americanos diagnosticados e tratados como depressivos triplicou, e em 2011 cerca de 10% dos indivíduos acima de 6 anos de idade fazia uso de antidepressivos (Angell, 2011). Estes números podem não ser os mesmos no Brasil mas certamente nosso país segue a tendência norte-americana de crescente diagnóstico e medicalização da depressão. É plausível, desta forma, que haja inúmeros casos que, como o de Julio, sejam diagnosticados e medicados como depressão de forma inadequada, o que não contribuiria para seu sucesso terapêutico. Mais que insucesso terapêutico, Berlinck e Fédida (2008, p. 87) apontam para o risco de que uma saída induzida do estado de depressão, através de antidepressivos por exemplo, pode levar o paciente ao suicídio. Portanto, acreditamos ser de grande relevância tentar uma compreensão clínica que cubra mais adequadamente os fatores envolvidos em casos particularmente difíceis como o apresentado.

Continuando então com a delimitação do nosso campo de pesquisa, é em Freud que encontramos a descrição de um quadro clínico que corresponde mais adequadamente ao nosso caso. Tal quadro geralmente inclui a depressão, mas compreende muito mais do que este estado afetivo: falamos da melancolia, sobre a qual o texto mais importante deste autor é *Luto e Melancolia* (1917 [1915]). Aqui sim encontramos, além do rebaixamento da autoestima, o empobrecimento do ego, as peculiares relações do melancólico com os objetos amorosos ante sua perda ou ameaça de perda, a ambivalência dessas relações amorosas, a depreciação do objeto, e a participação do superego (denominado nesse texto de instância crítica). Ante a perda de um objeto amoroso, o indivíduo faz uma identificação narcísica: parte do seu ego se identifica com o objeto perdido, e assim é como se não houvesse perda; não há, da mesma forma, o luto, a elaboração da perda, problema central na problemática

melancólica. Há também o sadismo correlacionado à tendência ao suicídio, a angústia de empobrecimento, e os estados de mania. Também é importante neste quadro a participação do narcisismo, mais especificamente a regressão da libido ao narcisismo. Neste sentido lembramos que Freud inclui a melancolia no grupo das “afecções narcísicas” e em um texto mais tardio, *Neurose e Psicose* (1924), nomeará de neuroses narcísicas as “afecções baseadas num conflito entre Eu e Super-eu”⁵ (p. 181), usando a melancolia como exemplo desta categoria.

Em *Luto e Melancolia* Freud dá crédito a Abraham por suas contribuições à compreensão dos quadros melancólicos. Abraham, por sua vez, desenvolve ainda mais as ideias apresentadas por Freud no texto mencionado. Assim, nos parece de especial importância o exame da contribuição desse autor para a compreensão desses quadros, para os quais se utiliza, entre outras, da expressão “psicose maníaco-depressiva”. Tal expressão, mais que “melancolia”, indica a importância dos estados maníacos na composição destes quadros e também aponta para a aceção freudiana destes como psicose, como veremos com Simanke (1995).

Para Freud e Abraham um superego excessivamente severo age na melancolia, e é fator para determinar a gravidade de uma doença neurótica, conforme indica Freud em *O Eu e o Id* (1923). Em especial, na seção “v” desse texto, intitulada “As relações de dependência do Eu”, o autor faz uma análise detalhada da gênese do superego e da participação superegoica na *reação terapêutica negativa* (RTN), um tipo de resistência na qual “não prevalece a vontade de cura, mas a necessidade de doença” (p. 62). Aqui percebemos a afinidade deste texto com o caso estudado e suas dificuldades terapêuticas: a RTN envolve uma culpa inconsciente que se manifesta como

⁵ Sobre a nomenclatura das instâncias da segunda tópica freudiana, nossa preferência é por aquela adotada pela tradução da Imago: ego, id e superego. Entretanto, por uma questão de fidelidade às citações, nos trechos extraídos de outras edições mantivemos os termos na sua forma original: na tradução da Cia. das Letras, por exemplo, são Eu, Id e Super-eu.

“resistência à cura difícil de ser reduzida” (idem). A partir disto, examinaremos as contribuições de Freud, Riviere e Rosenfeld sobre a RTN. Culpa inconsciente, superego extremamente severo, sadismo contra o próprio ego serão abordados, permitindo refletir sobre a notável autodestrutividade do paciente.

O exame da RTN por Riviere, incorporando o repertório teórico kleiniano, dirige-nos a atenção para o papel do narcisismo e, em especial, das resistências narcísicas. Também nos dirige o olhar para as relações objetais do paciente e os efeitos negativos que estas trazem ao trabalho terapêutico.

Já Rosenfeld, em seu exame da RTN, fala de um “narcisismo destrutivo”, relacionado com a pulsão de morte, e também de um “modo de vida narcisista” e de uma “maneira de existir onipotente”, em que há uma depreciação dos objetos externos que impede as relações objetais de dependência. Tudo isto com consequências para a terapia.

Assim, interessados em pesquisar sobre os desafios e a terapêutica na análise da melancolia, e tendo como ponto de partida a bibliografia acima, nos próximos capítulos nosso percurso passará por um aprofundamento da compreensão das neuroses narcísicas (em especial a melancolia), do narcisismo, as defesas que participam destes quadros impedindo avanços na terapia, as resistências narcísicas/maníacas e do superego, as relações de objeto e a transferência-contratransferência peculiares destes quadros. Procuraremos descobrir como as características dessa patologia dificultam ou até impedem o trabalho analítico. E, por outro lado, abordaremos alguns avanços teóricos que permitem ajudar nesse trabalho, promovendo maiores benefícios terapêuticos.

2. Método

Esta é uma pesquisa eminentemente qualitativa, levando em consideração a subjetividade e tomando como base as vivências clínicas do pesquisador. Parte-se de um relato, que é uma construção do analista, baseada na clínica, dando ênfase especial ao que o surpreendeu de forma enigmática na transferência, suscitando o problema de pesquisa. O caso dá origem à pesquisa, sendo o porta-voz de um tema. Sobre este tema o pesquisador é levado a fazer ligações, as suas próprias ligações. Neste sentido, como em Magtaz e Berlinck (2012, p. 77), “o caso é do clínico e não do paciente. É do clínico que se trata quando se trata do caso, do clínico e de seu desejo de transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada por meio de um tema de investigação”. Desta forma, parte-se de questões surgidas na experiência clínica para a realização de uma construção metapsicológica.

Por se tratar de uma reconstrução a partir do vivido da clínica, esta pesquisa prescinde de contato atual com o paciente. O contato terapêutico terminou há mais de seis anos, portanto a pesquisa acontece fora do âmbito do tratamento. É uma derivação daquele. Além disto se preservará o sigilo e o anonimato da identidade do paciente, com utilização de nomes e fatos fictícios. Assim, do ponto de vista ético, esta pesquisa oferece risco mínimo ao paciente.

Se, na clínica, o terapeuta exerce, mediante a sua atenção flutuante e as livres associações do paciente, a “pesquisa-escuta”, para usar a expressão de Naffah Neto e Cintra (2012), fora dela ele realiza a “pesquisa-investigação”, uma “pesquisa teórico-metodológica, responsável em última instância pelo crescimento e aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica, que complementa e dá suporte à pesquisa clínica, recebendo dela, ao mesmo tempo, o estímulo para o seu trabalho construtivo” (p. 41). Assim, o fato de o caso em questão não estar em andamento, mas sim já encerrado foi um dos

fatores para a sua escolha como base para esta pesquisa. Desta forma, a pesquisa-investigação não interferirá no andamento da pesquisa-escuta. Outro fator é a sua relativamente longa duração e frequência de atendimento – três sessões por semana por quase quatro anos –, o que possibilitou o acúmulo de uma grande quantidade de material clínico disponível para estudo.

Desta forma, na Introdução, acima, utilizamos o relato de caso, produto da pesquisa-escuta, tentativa de registro por escrito minimamente fiel às vivências do analista e paciente na relação transferencial, para embasar o tema da pesquisa-investigação. O caso aponta para um quadro melancólico com percurso árduo e ausência de resultados terapêuticos perceptíveis, o que remete o pesquisador a questionar sobre as dificuldades inerentes a esses quadros. Nosso objetivo é então caracterizar as neuroses narcísicas, mais particularmente a melancolia, no que as tornam tão resistentes à análise. Quais são os fatores de resistência e dentre esses, em especial, o que é a reação terapêutica negativa? Buscaremos caracterizar também, como contraponto, quais seriam os fatores de cura, ou seja, quais os aspectos que tornariam possível acessar esses pacientes, verificando na literatura como decorrem as análises empreendida nesses casos. Procuraremos elementos na teoria para entender o caso, buscando lançar luz sobre sua estrutura e dinâmica que esclareçam estas questões. Para isto, procuraremos tecer relações entre a teoria e o caso clínico, retomando-o capítulo a capítulo.

No primeiro capítulo faremos um breve resgate histórico da melancolia, chegando então à sua abordagem na Psicanálise com Freud e Abraham, no início do séc. XX. Encontraremos que para a Psicanálise a melancolia é uma neurose narcísica, e assim procuraremos elucidar mais a natureza das neuroses narcísicas, o que nos

permitirá questionar sobre a sua analisabilidade. O luto e suas dificuldades são abordados aqui e em outros lugares ao longo da pesquisa.

No segundo capítulo examinaremos detalhadamente a resistência do melancólico à análise, em especial a Reação Terapêutica Negativa (RTN), que Freud descreveu como um tipo de resistência na qual “não prevalece a vontade de cura, mas a necessidade de doença” (1923, p. 62). A RTN, como veremos, decorre de uma das principais características das neuroses narcísicas, o conflito entre as instâncias do ego e superego.

O terceiro capítulo será destinado a um exame de quais seriam os resultados terapêuticos desejáveis na terapia das neuroses narcísicas. Neste capítulo também dedicaremos um tópico à análise do caso como um todo sob a ótica da transferência-contratransferência, e veremos como esta se relaciona ao próprio trabalho terapêutico nas neuroses narcísicas. Quais são as dinâmicas que aparecem nestes casos em que o paciente desconhece o outro como um outro diferenciado, e para quem os sentimentos de dependência, próprios da relação terapêutica, são sentidos como intoleráveis? Aqui também será examinada com mais detalhe a escolha do modelo teórico: se, para Freud, as neuroses narcísicas eram um tipo de psicose, e portanto intratáveis, nossa escolha se dá por uma linha de desenvolvimento da psicanálise que contribua para a quebra desta barreira, possibilitando o tratamento dessas afecções e, por extensão, da melancolia. Um eixo teórico foi utilizado ao longo do trabalho que, grosso modo, parte de Freud e Abraham e avança em direção aos autores kleinianos.

No quarto e último capítulo, *Considerações Finais*, procuraremos avaliar o quanto esta pesquisa pôde, de fato, elucidar a questão de pesquisa e o quanto ela abre caminho para futuras pesquisas sobre o tema.

3. Melancolia, Neuroses Narcísicas

Partiremos das questões suscitadas pelo caso clínico para fazer um resgate das neuroses narcísicas, em especial a melancolia, em nosso repertório. Esta, como se sabe, tem perdido o lugar no vocabulário médico e popular para a depressão, em especial a partir de meados do séc. XX com a disseminação dos antidepressivos (Berlinck e Fédida, 2008, p. 75). Pode haver depressão fora da melancolia, como de fato há no luto saudável e em outros processos psíquicos não patológicos. Pode também haver melancolia sem predominância da depressão, mas com estados maníacos. Assim, usar depressão no lugar de melancolia é um empobrecimento semântico que, usado de forma incauta na clínica pode trazer consequências negativas. Os autores citados apontam, por exemplo, que uma saída induzida do estado de depressão pode levar o paciente ao suicídio.

Por outro lado, Moreira denomina de “invisibilidade da melancolia” a tendência atual para o uso dos termos depressão e melancolia como sinônimos, bem como a substituição do termo melancolia por depressão (2002, p. 13). Ela localiza a influência decisiva de Adolf Meyer, que em 1904, em reunião da Sociedade Neurológica de Nova York propôs a substituição do termo melancolia por depressão (p. 79).

3.1. Melancolia - breve histórico

O termo melancolia no ocidente tem suas raízes na antiguidade grega, e está ligado à teoria humoral hipocrática ou galênica, que dominou a medicina ocidental do séc IV a.C. até meados do séc XIX. Segundo a teoria humoral, o ser humano seria

regido pelo equilíbrio entre os quatro humores: sangue, bile amarela (cólera), fleuma e bile negra; as doenças seriam causadas por desequilíbrios humorais, e a melancolia estaria ligada à bile negra. Os tipos de personalidade também são definidos pela predominância dos humores, assim temos por exemplo que um indivíduo cuja constituição tivesse preponderância de bile amarela seria dito colérico, e se preponderasse a bile negra ele seria dito de disposição melancólica.

Pigeaud localiza a origem da melancolia ocidental em três fontes principais: A primeira, e aqui nasceria a melancolia como doença, no 23º Aforismo do livro VI dos Aforismos de Hipócrates: “Se tristeza (distímia) e medo duram muito, um tal estado é melancólico” (Pigeaud, 1998, p. 55). A segunda fonte seria o Problema XXX, 1 de Aristóteles (ou o Pseudo-Aristóteles) onde se correlacionam melancolia (loucura) e genialidade, e os melancólicos são caracterizados como inconstantes mas altamente criativos. A terceira fonte, pertencente às *Cartas* de Pseudo-Hipócrates, da segunda metade do séc I a.C, seria a *carta* 17, para Damages, onde é relatado um encontro entre Hipócrates de Cos e Demócrito de Abdera, tido como louco pela população local. Nesse hipotético encontro entre os médicos gregos, Hipócrates não considera Demócrito louco, mas ao contrário, completamente são, dissecando animais, concentrado em sua pesquisa sobre a origem da bile negra, substância responsável pela melancolia. Esta carta tem longa influência na História. Robert Burton, por exemplo, retoma-a em sua influente *Anatomia da Melancolia* (1621), já no início da Idade Moderna na Inglaterra, utilizando-a para justificar seu pseudônimo Demócrito Júnior, como herdeiro e sucessor do primeiro Demócrito na pesquisa sobre essa doença, seus sintomas, suas causas e suas curas.

Cerca de seis séculos depois de Aristóteles, uma manifestação melancólica patológica importante aparece entre os monges do início do cristianismo: a acedia ou

acídia. Em sua etimologia, acídia vem do latim através do grego, *akedia*, significando negligência, desleixo, indiferença, mágoa, prostração, desgosto, apatia do coração e da alma. É uma doença que abrange, segundo Crislip, uma série de sintomas que “afetam o estado mental do monge, seus comportamentos, interações e posturas frente a outros monges” (2004, p. 149, trad. livre). Crislip cita Evagrio Pôntico, monge do séc. IV que descreve o Demônio da Acedia, ou demônio do meio dia, como “o mais problemático dos oito pensamentos demoníacos (ou vícios, paixões, tentações)” (p. 143). É o demônio da distração, que atua através de pensamentos persistentes e desencorajadores, impedindo o monge de perfazer suas obrigações sociais, especialmente de rezar a sinaxe⁶ com seus irmãos. O monge tomado pela acídia está frustrado com sua vida. Deseja atingir seu potencial ascético sem no entanto a isto se dedicar; ou também desiste de vez da vida monástica; é tomado por tédio, cansaço, *ennui* e procura fugir das práticas ascéticas. A acídia submete o monge ao ódio à própria vida monástica, sendo que às vezes este ódio brotaria da auto-degradação que ele faz consigo mesmo ou, ainda, de um senso de superioridade sobre seus irmãos e mais velhos. O monge encontra-se crítico, intolerante, acredita que a comunidade seja responsável pelo seu estado, e lhe vem a ideia de que “*o amor desapareceu* dentre os irmãos e de que não há ninguém para o consolar” (p. 152, grifos nossos).

Reconhecemos aqui elementos familiares à clínica contemporânea da melancolia: a intolerância, a auto-degradação e crítica, a falta de amor, as queixas do monge ácido; a dependência do amor e dos cuidados alheios soa bastante familiar num contexto de narcisismo, que é o contexto que a Psicanálise utilizará para enxergar a melancolia. No nosso paciente era notável o quanto se ressentia de não ser bem tratado, considerado, em suma amado, em vários níveis: seja pelos seguranças e pela

⁶ Assembléia de fiéis da Igreja primitiva, em que se orava e cantavam salmos em comum.

secretária no local luxuoso, seja pelo aluno que não compareceu, seja pelo ex-namorado. Se nas experiências com outras pessoas não se sente amado, é sinal de que sua capacidade de se auto-amar está prejudicada ou nunca fora suficientemente desenvolvida. Veremos mais à frente, com Abraham e Freud, que a capacidade de amar do melancólico é bastante afetada, sendo esta uma importante característica nesta afecção.

Mas antes de chegarmos à Psicanálise. No início da Idade Moderna, surge uma obra de grande influência: a *Anatomia da Melancolia*, de Robert Burton, de 1621. No frontispício da obra (Burton, 2011) encontra-se uma gravura com dez quadros ricos em elementos e símbolos, todos eles ligados à melancolia. O autor oferece um poema com uma estrofe para explicar cada um dos dez quadros, de onde extraímos os seguintes fragmentos: (1) o filósofo Demócrito de Abdera dissecando animais para localizar a fonte da melancolia ou bile negra, e escrevendo um tratado sobre a melancolia. Acima deste, o símbolo do planeta Saturno, que é o astro regente da melancolia; (2) símbolos dos Ciúmes; (3) “Solitude” (solidão); (4) o “Inamorato” (o apaixonado); (5) o hipocondríaco; (6) o supersticioso; (7) “Maniacus”, o Louco, “irado, furioso e desesperado/Desnudo e preso por correntes” (p. 43); (8 e 9) borago e heléboro, ervas para “purgar as veias/Da melancolia, e alegrar/Do negro fumo que a causar;/E limpar a Mente da bruma/Que a nosso senso e Alma enfuma”; (10) retrato do autor da obra, autodenominado Demócrito Junior. Destes, pelo menos ciúmes, solidão, apaixonamento, hipocondria, mania(loucura)/ódio são aspectos bastante presentes na subjetividade do paciente do caso que dá ensejo a esta pesquisa. De notável também é que, ainda que sem utilizar esta terminologia, em vários pontos da obra Burton liga a melancolia a conceitos que nos remetem ao que atualmente denominamos por oralidade e predomínio excessivo do princípio do prazer.

A seguir faremos um salto de 1621 para o século XX, deixando claro, porém, que não há um “vácuo” sobre o tema nesse período. Pelo contrário, há, com o desenrolar da eras moderna e contemporânea, diversos desenvolvimentos teóricos e clínicos sobre a melancolia (Berrios, 2012), incluindo-se aí, notadamente, o abandono da teoria humoral. Porém, estes não cabem no escopo desta pesquisa. No próximo tópico abordaremos a melancolia no contexto da Psicanálise.

3.2. A melancolia para a Psicanálise

3.2.1. Freud

Apesar de Freud ter abordado a melancolia já em seu *Manuscrito G*, de 1895, partiremos de suas concepções mais amadurecidas, apresentadas em *Luto e Melancolia*, de 1915. Nesse artigo, depois de advertir o leitor sobre as dificuldades de definição e da multiplicidade de formas clínicas que a melancolia assume, Freud inicia sua descrição do quadro melancólico indicando que ele “se caracteriza por um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e um rebaixamento do sentimento de autoestima, que se expressa em autorrecreminações e autoinsultos, chegando até a expectativa delirante de punição” (Freud, 1917[1915]b, p. 47).

Em sua investigação sobre a melancolia, Freud a compara com seu processo análogo não patológico, o luto. Ele vê muitas semelhanças entre os dois, apontando porém para uma das principais diferenças: na melancolia há uma grande perturbação do sentimento de autoestima e um “enorme empobrecimento do ego” (p. 53). Em ambos os

casos o ego tem que lidar com perdas. No caso do luto, com a perda consciente de um objeto amado. Já na melancolia pode haver efetivamente a morte de um objeto amado, mas ela pode decorrer também de outras experiências tais como ofensa, desprezo, decepção. A característica principal da perda na melancolia é que perdeu-se algo como objeto de amor, perdeu-se um *laço* de amor; trata-se de uma perda mais da ordem do ideal, uma perda no ego, e o que foi perdido permanece inconsciente. Um exemplo usado por Freud é o da noiva abandonada, seu noivo não morreu, mas a deixou. Podemos pensar na seguinte situação descrita por Julio como exemplo de uma importante perda ideal em sua história de vida: até a quarta série era o melhor aluno da classe, um “aluno exemplar” (sic) e então ficou doente, foi hospitalizado por conta de uma crise de bronquite, e daí para frente “as coisas não foram mais as mesmas”, perdera uma certa condição de perfeição e completude anterior. Da mesma forma, na perda do namorado no início da terapia, um golpe narcísico talvez decisivo para o posterior encaminhamento melancólico, Julio sabia que havia perdido o namorado mas não *o que* havia perdido neste namorado. Este seria um objeto narcísico que “completava” Julio, o que fica especialmente claro numa ocasião em que, convicto, ele fala de como o novo companheiro do ex-namorado devia estar feliz, sentindo-se “o bam-bam-bam do pedaço” (sic) pelo próprio fato de ser o companheiro atual do ex-namorado. A lógica, canibalista, é que quem possui o objeto também possuirá suas qualidades, e assim, perder o namorado implicou outras perdas, inconscientes, que faziam Julio sentir-se incompleto, como se houvesse perdido um pedaço de si próprio.

A perda do enlutado se dá no objeto, já a perda do melancólico é uma perda no ego, uma perda em si mesmo. De fato, para expressar a magnitude dessa perda no ego, do empobrecimento sofrido por este na melancolia, Freud utiliza uma analogia, dizendo que “o complexo melancólico se comporta como uma ferida aberta, atraindo para si, de

toda parte, energias de investimento (...) e esvaziando o ego até o empobrecimento total” (1917[1915]b, p. 71). Examinemos, neste sentido, a natureza dos trabalhos do luto e da melancolia. Por um lado, no luto temos um trabalho doloroso, gradual, demorado e metucioso que, uma vez que a prova de realidade mostra que o objeto de amor não existe mais, promove o desligamento da libido nele anteriormente investida. É um trabalho de natureza difícil, pois “o homem não abandona de bom grado uma posição da libido” (1917[1915]b, p. 49): implica abrir mão, aceitar e elaborar perdas e sofrer com a dor. Durante o luto, o mundo fica pobre e vazio, mas no final desse trabalho o ego se encontra novamente livre e desinibido, a libido desinvestida do objeto perdido pode ser reinvestida em objetos substitutos, e a satisfação de permanecer vivo compensa, por assim dizer, a perda do objeto. Por outro lado, na melancolia opera um trabalho que promove a retirada da libido do objeto externo e um reinvestimento desta libido no próprio ego. Ou seja, em termos das fases do amor objetal, há um retorno do investimento do amor objetal para o narcisismo,⁷ e em termos das fases da organização libidinal, há uma regressão da libido para a fase oral-canibalista. No ego é então estabelecida uma identificação narcísica com o objeto, ou seja, é como se parte do ego se modificasse para mimetizar o objeto perdido. Sobre a identificação, vale a pena lembrar que ela é “a etapa preliminar da escolha de objeto, e é a primeira modalidade, ambivalente na sua expressão, pela qual o ego se distingue” (Freud, 1917[1915]b, p. 63). Isto nos dá ideia da precariedade e ambivalência das relações objetais do melancólico, bem como o estágio incipiente de distinção de seu ego. Mas continuando com o processo da melancolia, temos que o amor objetal é substituído por uma identificação e, ao ser incorporado ao ego, o objeto é perdido externamente mas o laço amoroso não precisa ser abandonado. Disto decorre o importante fato de que o processo

⁷ Vide 3.3, onde nos aprofundaremos na temática narcísica.

melancólico envolve uma impossibilidade de elaborar perdas; há mesmo uma *recusa à perda*.

Ogden descreve o fenômeno desta forma: “A dolorosa experiência da perda sofre um curto-circuito, através da identificação do melancólico com o objeto; ele nega, assim a sua separação do objeto: o objeto sou eu, eu sou o objeto. Desta maneira não há perda possível, um objeto externo (o objeto abandonado) é substituído onipotentemente por um objeto interno (o Eu-identificado-com-o-objeto)” (2004, p. 90). Porém, lembremos que o objeto assim incorporado, e com o qual parte do ego está identificada é o objeto abandonador/abandonado,⁸ que rejeitou, que impôs a perda de um laço de amor e que, portanto, é alvo de ódio. Ao ser incorporado ao ego, ocorre neste uma cisão, e assim a instância crítica, o superego agora abandonador, não somente dirigirá o ódio ao objeto contra esta parte cindida do ego identificada com ele, como também se relacionará com ela de forma correspondente, perpetuando, internamente, o laço de ódio, rejeição e abandono: “Se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser abandonado, ao mesmo tempo que o objeto o é – se refugiou na identificação narcísica, o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, insultando-o, humilhando-o, fazendo-o sofrer e ganhando nesse sofrimento uma satisfação sádica” (Freud, 1917[1915]b, p. 67).

A relação com o objeto na melancolia tem a marca do conflito de ambivalência em relação a este, que em Julio era expressa, por exemplo, desta forma: em certos momentos ele “não sabia o que sentia” pelo ex-namorado (não conseguia se decidir pelo amor ou pelo ódio); em outros momentos, se queixava do ex-namorado mas manifestava desejo de recuperar a relação entre eles, indicando a presença concomitante de amor e ódio. Desta forma, a identificação não se dá apenas com aspectos amados do

⁸ De fato, esclarece Ogden, se no luto há a perda do objeto, na melancolia há o abandono do objeto *pelo* melancólico (Ogden, 2004, p. 90). Lembremo-nos, no caso estudado, que foi Julio que rompeu a relação com o namorado inicial, mas assim que aquele arranhou outro companheiro Julio o “acusou” de já estar com outro e de nunca tê-lo amado. Ou seja, na prática Julio abandonou, mas na fantasia viveu a situação como tendo sido abandonado.

objeto, mas com aspectos odiados, mais especificamente, com os aspectos abandonadores, “com as suas costas, com aquilo nele que foi um fechamento à troca afetiva” (Cintra, 2013). O melancólico evita elaborar a dor do abandono, mas o preço que paga é trazer para dentro de si a dinâmica do abandonador-abandonado que se torna eterna, interminável (idem). Ou, nas palavras de Ogden, e já adiantando o tema da relação com a realidade, que abordaremos em mais profundidade posteriormente (em 3.3):

em resposta à dor da perda, o Eu cinde-se em duas partes, formando uma relação entre objetos internos em que uma parte cindida do Eu (a instância crítica) se volta iradamente (insultada) contra a outra parte cindida do Eu (o Eu-identificado-com-o-objeto). Embora Freud não fale nestes termos, pode-se dizer que a relação entre objetos internos se estabelece com o propósito de evasão de sentimentos dolorosos provindos da perda do objeto. Consegue-se esta evasão ao fazer um ‘trato com o diabo’: em troca desta evasão da dor da perda do objeto, o melancólico se vê condenado a experimentar uma sensação de falta de vitalidade, que surge com consequência do seu desligamento de uma extensa porção da realidade” (Ogden, 2004, p. 90)

Conforme observamos anteriormente no relato de caso, Julio deve ter sofrido uma sucessão de perdas ao longo de sua vida. Agora podemos retomar essa hipótese e supor que ele tenha vivenciado ou ao menos fantasiado uma série de abandonos. Julio chegou a comunicar em sessão, uma única vez e de forma bastante breve, sobre uma situação de sua vida que envolve um grave abandono: no final da infância ou início da adolescência fora objeto de experimentos sexuais por seu irmão mais velho. O abandono, nesta situação, seria por parte de seus pais ou de qualquer um que pudesse ter evitado essa experiência traumática e não o fez. Outra vivência de abandono relatada foi a perda de seus amigos da igreja quando este deixou o grupo ao se descobrir homossexual. Essas situações relatadas favorecem nossa hipótese de que ao longo de sua vida Julio deve ter se sentido frequente e intensamente abandonado, tendo assim

internalizado e perpetuado plenamente em sua personalidade essa dinâmica do abandonador-abandonado. Ainda com relação ao abandono, Cintra (2011) lembra que

O gesto de abandonar não é apenas ir embora, desaparecer, mas pode, no cotidiano, desdobrar-se em muitos outros gestos crônicos: desaprovar, retirar o valor, desprezar, desautorizar. O abandono expressa mais a retirada do amor e da aprovação moral do que uma simples separação corporal; estamos no campo dos juízos de valor, dos Ideais, das crenças, da perda do amor do superego, da perda do amor, *tout court*. (p. 27)

A ambivalência da relação com o objeto também determina que no trabalho da melancolia várias batalhas vão acontecendo em torno dele, “nas quais ódio e amor combatem entre si: um para desligar a libido do objeto, outro para defender contra o ataque essa posição da libido” (Freud, 1917[1915]b, p. 81). O desenlace dos dois tipos de trabalho, portanto, é diferente: no luto “o ego renuncia ao objeto, declarando-o morto e oferecendo-lhe como prêmio permanecer vivo” (p. 83), temos assim no luto um trabalho em direção à vida. Mas na melancolia, “cada uma das batalhas de ambivalência afrouxa a fixação da libido ao objeto, desvalorizando-o, rebaixando-o, como que também matando-o” (p. 83). O objeto é engolido e destruído, e permanecer vivo, neste caso, não é a premiação recebida pelo ego ao fim do trabalho: a satisfação viria por permitir ao ego “se reconhecer como o melhor, como superior ao objeto” (p. 85). Vemos que o trabalho da melancolia, matando o objeto, matando a relação, ao contrário do de luto, é um trabalho em direção à morte. Efetivamente, Freud indica que há na melancolia uma superação da “pulsão que compele todo ser vivo a se apegar à vida” (1917[1915]b, p.53). Vale dizer, há uma notável participação da pulsão de morte, ainda que não conceitualizada por Freud a esta época. Ogden aponta para um conflito que o melancólico experimenta, “entre o desejo de estar vivo, por um lado, com a dor da perda irreversível e com a realidade da morte, e, por outro, o desejo de ir se amortecendo para a dor da perda e para a realidade da morte” (Ogden, 2004, pp. 95,

96), sendo este conflito um reflexo da ambivalência muito particular que é característica desta afecção.

Vimos que na concepção freudiana da melancolia há um sadismo dirigido para o próprio ego, uma vez que a própria relação sado-masoquista é trazida para dentro deste com a introjeção e identificação com o objeto. Este sadismo responderia então pela tendência ao suicídio nesta afecção. Podemos pensar que em Julio temos nos “acidentes”, no abuso de álcool e drogas, e na prática de sexo inseguro, uma forma quase não camuflada de impulsos suicidas. Há, de qualquer forma, uma busca ativa por objetos mortíferos.

Freud aponta também para a recusa de alimento do melancólico, que no caso de Julio nos leva a pensar na recusa às interpretações dadas pelo terapeuta ou, em seus estudos, sua frequente queixa de não conseguir “reter” os conteúdos estudados.

Como vimos acima, em *Luto e Melancolia* se estabelece que há um conflito entre superego e ego presente na melancolia, ainda que o primeiro seja chamado aqui de “instância crítica”. Pensamos assim que a atividade de um superego especialmente cruel, bem como um ego pouco robusto, seja um dos principais fatores na base da insegurança tão enfatizada por Julio. Efetivamente, em *Neurose e Psicose* Freud falará das neuroses narcísicas, em particular da melancolia, enfatizando que são uma classe de “afecções baseadas num conflito entre Eu e Super-eu” (1924, p. 181).

Na concepção freudiana da melancolia há, ainda que não na totalidade dos casos, a participação da mania. Se na melancolia o ego sucumbe ao objeto, na mania o ego vence, triunfando sobre aquele. Ou, colocando de outra forma, o conflito sempre é entre ego e superego: na melancolia o superego esmaga o ego, e na mania o ego consegue temporariamente se livrar da influência daquele. Os episódios maníacos “se caracterizam pelo estado de ânimo elevado, pelas marcas de descarga de um afeto de

alegria” (1917[1915]b, p. 75). Esta descrição ilustra as inúmeras vezes em que Julio bebia, cheirava cocaína, dançava, e tinha atividades sexuais com desconhecidos nos clubes noturnos. Freud correlaciona a mania à “supressão, por via tóxica, dos gastos com a repressão” (ibid.). Julio, usando-se da via tóxica, induzia um estado maníaco: consumia álcool e cocaína, e então ia dançar, com o claro objetivo de “não sentir” (sic). Bebia “para fugir mesmo” (sic): fuga de sentir a dor das perdas com as quais não conseguia lidar. Veremos mais sobre a mania posteriormente (3.2.2, 3.3, 4.2 e em outros pontos).

Por fim, não ficam de fora da concepção freudiana de melancolia as queixas “monocórdicas, fatigantes por sua monotonia” (idem, p. 79), que Julio trazia repetitivamente para a terapia. As queixas, com função predominante de descarga, ao tomarem o lugar de associações livres efetivamente livres, pouco podiam ajudar no trabalho da dupla analítica (se bem que abriam a possibilidade de se procurar analisar, na própria transferência, a própria função das queixas).

3.2.2. Abraham

Em *Luto e Melancolia* Freud dá crédito a Abraham por suas contribuições à compreensão dos quadros melancólicos; em especial, menciona que é correta a relação que Abraham faz entre a recusa da alimentação nos estados mais graves de melancolia⁹ e a regressão para o narcisismo originário, etapa de desenvolvimento em que o ego “gostaria de incorporá-lo [o objeto], devorando-o, de acordo com a fase oral ou canibalística do desenvolvimento libidinal” (Freud, 1917[1915]b, p. 63). Além de

⁹ Apesar de não ser o foco deste estudo, vale notar que esta relação pode ser útil na terapêutica dos distúrbios alimentares através da psicanálise.

contribuir com suas ideias para a elaboração de *Luto e Melancolia*, Abraham por sua vez também desenvolve as ideias contidas neste texto de Freud. Assim, nos parece conveniente examinar mais de perto a contribuição desse autor para a compreensão desses quadros.

Abraham, ao se referir à melancolia, além deste termo utiliza uma gama de outros termos e expressões como sinônimos, referindo-se a quadros clínicos que têm em comum sua origem na fase oral-canibalística do desenvolvimento libidinal. Assim, encontramos: “psicose maníaco-depressiva e estados afins”, “depressão neurótica” (1911, p. 32), “moléstias (...) em que se dá uma alternância de estados melancólicos e maníacos” (idem, p. 33), “casos maníaco-depressivos leves (chamados de ciclotimia)” (ibid.), “perturbações mentais depressivas” (1916, p. 75), “deprimidos de ânimo abatido” (idem, p. 76), “psicoses depressivas” (idem, p. 77), “estados melancólicos de depressão” (ibid.), dentre muitos outros exemplos.

Ele caracteriza este grupo de moléstias como frequentemente seguindo um curso cíclico entre “estados melancólicos e maníacos” (1911, p. 33), e aponta para o conflito intrapsíquico do melancólico como tendo origem em “uma posição da libido na qual o ódio predomina” (idem, p. 39). É como se o melancólico dissesse “não posso amar as pessoas; tenho de odiá-las” (ibid.). Este ódio, reprimido e então projetado externamente, inicialmente no objeto frustrador (pais e parentes mais próximos) e posteriormente em outros objetos, faz com que o indivíduo não se sinta amado pelo ambiente, mas sim odiado por ele. Daí os sentimentos de inadaptação, o medo do ridículo. Porém o indivíduo não percebe esta relação, atribuindo sua fantasia de ser odiado pelo ambiente a seus defeitos físicos e psíquicos (ibid.). Julio, neste sentido, chegava a atribuir suas mazelas até ao fato de “ser baixinho”. Decorre ainda que o sadismo, sentimentos de ódio e vingança, quando são reprimidos, dão origem a culpa,

depressão, ansiedade e auto-acusação (1911, pp. 40, 41). Temos aqui, na repressão do ódio, uma hipótese de gênese para o importante elemento da culpa na melancolia, culpa na qual Julio localiza a causa de seus medos infundados de contaminação pelo HIV, mesmo quando utilizava preservativos, em sua prática sexual na adolescência.

Aqui adiantamos, já adentrando território explorado por Melanie Klein depois de Abraham, que além do mecanismo da repressão (recalque), mencionado por esse autor, há um outro em operação, muito mais poderoso, envolvendo uma cisão e uma recusa, e que pode ser entendido como o próprio mecanismo da melancolia: *Verleugnung*, ou recusa (vide notas de rodapé 11 e 13 à frente). Este mecanismo torna o sujeito “completamente inconsciente do dinamismo que instalou dentro de si, e que perpetua o odiar e ser odiado” (Cintra, 2013). Como vimos mais acima (3.2.1), na melancolia o objeto abandonador/abandonado é incorporado ao ego, numa identificação, mas neste processo também a relação com o objeto, marcada por abandono e sadismo, é internalizada. Somam-se a isto a própria culpa de odiar e o horror de ser odiado, resultando uma atmosfera interna de ódio permanente, um circuito se quisermos, cuja desativação constitui um verdadeiro desafio para o paciente e para o analista. Podemos nos perguntar como se instaurou em Julio este circuito de ódio. Ele pode ter surgido a partir de eventos realmente trágicos de abandono e de ter sido odiado (mencionamos em 3.2.1, por exemplo, a situação sexual com o irmão e o abandono que sofreu pelos amigos da igreja), mas provavelmente estes foram repetições de eventos anteriores. Também “pode ter sido fabricado a partir de traços mais ou menos insignificantes, de situações de ódio vividas e mal toleradas, de situações de inveja intensa. Basta ter sentido inveja, para zerar o aporte amoroso do ambiente para recusá-lo” (Cintra, idem). Pensemos no provérbio “quem desdenha, quer comprar”: a inveja faz o indivíduo desvalorizar o objeto, desvalorizar o ambiente, e assim o ambiente não

consegue interromper o circuito de ódio. Lembremos ainda, sobre a inveja, que seu estudo “insere-se no campo maior da destrutividade, em continuidade com a ênfase que Klein sempre colocou nos efeitos da pulsão de morte, que é, para ela, um sinônimo de pulsão destrutiva. A inveja é, pois, uma das manifestações dos impulsos destrutivos, de fato a mais radical de todas, pois leva a atacar e destruir o objeto bom, aquele cuja introjeção é a base da saúde psíquica” (Cintra e Figueiredo, 2004, p. 125).

Voltando a Abraham, temos que as queixas de empobrecimento dos melancólicos, compartilhadas por Julio, são relacionadas à incapacidade de amar (Abraham, 1911, p. 43). Ele localiza nessa dificuldade de amar e de se sentir amado a base do desespero do melancólico quanto ao futuro (idem, p. 33).

A mania, também para Abraham, é um importante componente da melancolia. O paciente deriva dela uma sensação de prazer semelhante ao do chiste, isto é, relacionada à poupança de energia anteriormente dispendida nas inibições (idem, p. 44). Mas esta não é a única fonte de prazer da mania: a remoção das inibições torna acessíveis “antigas fontes de prazer que haviam sido suprimidas e isso mostra quão profundamente a mania se acha radicada no infantil” (ibid.). O uso que Julio faz para obtenção de prazer, de orifícios, inclusive narinas, sem critério de escolha de objeto, nessas ocasiões maníacas, nos remete a aspectos da sexualidade perverso-polimorfa infantil. Se quisermos, há um predomínio do princípio do prazer em detrimento do princípio de realidade. A busca por um estado maníaco também proporcionaria a Julio uma satisfação autoerótica com o objetivo, como aponta Abraham, de manter afastada a depressão ou afastar uma depressão já instalada (1916, p. 72).

Como defesa contra a depressão na melancolia, a mania é central para a compreensão desta afecção, em particular de seu traço psicótico, o que será de nosso interesse para considerar a sua analisabilidade. Com Freud já vimos que na mania há

um triunfo sobre o objeto, ao passo que no luto, correlato saudável da melancolia, há um enfrentamento da dor e do sofrimento sem triunfo sobre o objeto. Vimos também que o processo de incorporação do objeto e identificação narcísica com este, estratégia empregada pelo melancólico para evitar a perda, envolve uma cisão do ego. Estas ideias de Freud sobre a mania, bem como as de Abraham que ora estamos examinando, são elaboradas posteriormente por Melanie Klein, que falará das defesas maníacas, em especial em seu texto *Notas sobre Alguns Mecanismos Esquizóides*, de 1946. Tais defesas correspondem à posição esquizo-paranóide do psiquismo. De interesse especial no nosso contexto de estudo das neuroses narcísicas, esta autora mostra que as relações objetais esquizóides são de natureza narcisista: as pessoas a quem se ama são aquelas em quem se projetou partes boas do ego, e as pessoas tidas como más, perseguidoras, são aquelas em quem se projetou aspectos maus do ego. Ou seja, o objeto, nestas relações, “representa acentuadamente uma parte do eu” (1946, p. 328). Além disto, como consequência de projeção excessiva de partes do ego (via identificação projetiva), há uma necessidade de controlar os objetos, pois representam estas partes do ego projetadas. Pensamos que isto ajuda a compreender a natureza das relações que Julio estabelecia, especialmente a dependência e o controle que exercia sobre os objetos. Ogden, neste sentido, aponta para como o “mundo interno do melancólico é formado pelo desejo de aprisionar o objeto em forma de um substituto imaginário (...) a internalização do objeto faz deste um eterno prisioneiro do melancólico ao mesmo tempo em que também faz do melancólico, para sempre, um prisioneiro do objeto” (2004, p. 90). Continuando com Klein, vemos que a cisão do ego, nestas defesas muito primitivas, é usada intensamente, e junto com esta ocorre também a cisão do objeto em seus aspectos bons/gratificantes (objeto bom), e maus/frustradores (objeto mau). Para proteger o objeto bom e evitar dor, ocorre uma separação radical entre o objeto bom e o

objeto mau, o que leva uma negação onipotente da própria existência do objeto mau, mas não só isto: há a negação de “toda a situação de frustração e os sentimentos maus (dor) a que a frustração dá origem. Isto está associado à *negação da realidade psíquica*” (Klein, 1946, p. 321, grifos nossos), possibilitada pelos fortes sentimentos de onipotência. Desta forma a mania, a recusa melancólica de processar o luto, de sentir, de receber, é um “apagamento muito radical da dor, do próprio desamparo, da tragicidade da vida, da capacidade de sentir e de se identificar com a dor dos outros, que são considerados inferiores” (Cintra, 2013). Aqui, examinando o funcionamento mental da posição esquizo-paranóide nos deparamos novamente com um dos importantes resultados do trabalho da melancolia descrito anteriormente por Freud: a superioridade sobre o objeto e independência dele. Mas com o ônus de uma recusa a uma parcela considerável do próprio psiquismo, pois aspectos do próprio ego, de onde emanam sentimentos para com o objeto, são negados e aniquilados no processo, bem como a própria relação objetal (Klein, 1946, p. 321). O uso excessivo de defesas esquizóides, no limite, leva à projeção de grande parte do ego (ou do *self*), levando à despersonalização. Seu uso excessivo também está ligado às perturbações esquizofrênicas, e Klein chega a lançar a hipótese de que estas perturbações e as maníaco-depressivas seriam intimamente relacionadas entre si em seu desenvolvimento (p. 334). Desta forma, nesta breve incursão no texto kleiniano, pudemos antever que a face maníaca da melancolia nos indica o componente psicótico dessa afecção.

Mais à frente (4.2) faremos outras considerações sobre como as ideias de Abraham são desenvolvidas por Klein e retomadas por Riviere, que relaciona o medo de entrar em contato com angústias depressivas com a reação terapêutica negativa. Retomando o caso de Julio, devemos notar que com frequência este relatava que na manhã seguinte a estes festins maníacos, ele acordava bastante deprimido. Ou seja, a

tentativa de mudar o equilíbrio psíquico pela via tóxica, de forma maníaca, era sempre ineficaz. Somente uma elaboração psíquica trabalhosa, um trabalho de luto (v. 3.2.1), poderia instituir um tal novo equilíbrio, mais saudável, entre ego e superego, de forma mais duradoura. Aqui, antecipando a abordagem das metas terapêuticas em 5.1, temos que um objetivo terapêutico da análise na melancolia seria, desta forma, poder ajudar o paciente a encontrar formas de se dedicar menos ao trabalho da melancolia e mais ao de luto.

Além do que vimos acima com Klein, de especial interesse para refletir sobre os limites da clínica da melancolia é a consideração que já fazia Abraham, de que os pacientes melancólicos são “inacessíveis a qualquer crítica de seus modos de pensar, por parte do analista” (1924, p. 116), relacionando isto ao caráter narcísico de seu pensamento. Assim, podemos pensar que aceitar as interpretações do analista ameaçaria colocar em cheque o narcisismo ou a própria integridade psíquica do paciente melancólico. Abraham também aponta que há um “desprezo pelas outras pessoas que confrontam com os padrões da realidade as ideias dele” (ibid.). O melancólico se confunde com suas ideias, que são sentidas por ele como superiores às dos outros, e tem portanto de defendê-las a todo custo. Assim os delírios de inferioridade do melancólico também são acompanhados por delírios de superioridade: há auto-ódio mas há auto-amor, uma superestimação e uma subestimação do ego, manifestações de “*um narcisismo positivo e de um narcisismo negativo*” (ibid., grifos no original). É interessante que tanto os sentimentos de superioridade quanto de inferioridade são da ordem do excesso, e desta forma Abraham nota, com Freud, que os melancólicos facilmente se sentem ofendidos e tratados com injustiça (idem, p.115). Lembramos da cena do lugar luxuoso, onde Julio, com seus “dez anos de estudo” sente-se ofendido, com sua superioridade (fantasiada) colocada em cheque pelos seguranças a quem

despreza, e pela recepcionista, que não lhe dão a atenção e o tratamento devidos.

Abraham faz chamar a atenção, ainda, para a tendência compulsiva à repetição (idem, p. 117). Se considerarmos compulsão como mais um indício da atuação da pulsão de morte (Freud, 1920), teremos aqui mais um elemento para pensarmos sobre os limites da terapia destes quadros.

3.3. Neuroses Narcísicas

Vimos que se no luto o objeto morre realmente, na melancolia, após a perda do objeto produz-se no ego uma identificação narcísica com o objeto perdido. Através desse artifício é como se se mantivesse o objeto vivo perante as exigências do id. Porém, assim como o amor é dirigido a esse objeto substitutivo, o ódio também o é. Tal ódio é manifestação da regressão à fase oral-canibalística do desenvolvimento libidinal, uma etapa de preponderância do sadismo, e assim temos que o processo melancólico envolve uma transformação de amor em ódio.

Examinemos mais de perto como ocorre essa transformação. Em *Luto e Melancolia* vemos que ela se relaciona com o tipo de escolha de objeto que predomina no melancólico: o *tipo narcísico de escolha de objeto*. Este tipo de escolha de objeto é explicado em *Introdução ao Narcisismo*, texto de Freud escrito em 1914, ano anterior a *Luto e Melancolia*, onde são descritos os dois tipos de escolha objetal: tipo “de apoio” e tipo “narcísico”. Inicialmente nos chama a atenção que este último é descrito como “especialmente nítido em pessoas cujo desenvolvimento libidinal sofreu perturbação” (1914, p. 32). Vejamos mais algumas de suas características. O objeto de amor procurado sob este tipo de escolha não segue o modelo da mãe, protótipo dos cuidados

iniciais do bebê e correspondente ao tipo de escolha objetal “de apoio”, mas sim o modelo da própria pessoa: o indivíduo busca a si mesmo no objeto. Aqui já vemos que a falta de alteridade, típica no paciente narcísico, tem raízes profundas neste tipo mais primitivo de escolha de objeto, pois a pessoa ama, segundo este tipo,

- a) o que ela mesma é (a si mesma),
- b) o que ela mesma foi,
- c) o que ela gostaria de ser,
- d) a pessoa que foi parte dela mesma.

(Freud, 1914, p. 36)

Nesse mesmo texto Freud fala do narcisismo primário: investimento libidinal dos pais, especialmente da mãe, no indivíduo, no início de sua vida, época em que não deve ser frustrado, pois que é o “centro e âmago da Criação. *His majesty the Baby*” (p. 37). Ele nota então que “O desenvolvimento do Eu consiste num distanciamento do narcisismo primário e gera um intenso esforço para reconquistá-lo. Tal distanciamento ocorre através do deslocamento da libido para um ideal do Eu imposto de fora, e a satisfação, através do cumprimento desse ideal” (1914, p. 48), o que coloca cada ser humano na condição de viver em busca de igualar seu ego a seu ideal de ego, como uma promessa de felicidade no horizonte. Freud faz uma relação entre amor-próprio, narcisismo e investimentos libidinais de objetos: “Uma parte do amor-próprio é primária, resto do narcisismo infantil; outra parte se origina da onipotência confirmada pela experiência (do cumprimento do ideal do Eu); uma terceira, da satisfação da libido objetal” (idem). Assim, na escolha de objeto de tipo narcísico, a pessoa busca no objeto de amor aquilo que já foi e que perdeu, e que é sentido como o que falta em seu ego para tornar-se ideal, com o fim de ser amado como o fora no início da infância (narcisismo primário), época em que fora tratado como objeto ideal de seus pais, o cume da perfeição. O objetivo desta escolha de objeto, bem como sua satisfação,

residem desta forma em *ser amado*, e isto acaba contribuindo para uma vulnerabilidade psíquica do indivíduo, pois ele se vê permanentemente na dependência do outro para manter um nível aceitável de amor-próprio. Outra possibilidade de manter o amor-próprio, como vimos acima, seria através de satisfazer o ideal de ego, por exemplo, através do trabalho, da realização profissional. Daí percebemos como as dificuldades de Julio em arranjar trabalho também eram fatais para sua auto-estima, pois tratava-se de mais uma fonte de satisfação narcísica que lhe fechava as portas, restringindo-lhe assim as possibilidades de manter um amor-próprio satisfatório. Por outro lado, seu ideal de ego era algo bastante difícil de atingir na prática: sendo de origem humilde, procurava se destacar e se distanciar dessa origem; era o único em sua família que conhecia outras línguas, que vivera no exterior, que almejava um título acadêmico e muito mais nesta esteira.

Como que se adiantando e ilustrando os temas que seriam tratados mais tarde em *Luto e Melancolia*, no texto de 1914 Freud já fala do fenômeno regressivo da retirada da libido do objeto e seu retorno para o ego: o “retorno da libido objetual ao Eu, sua transformação em narcisismo, representa como que um amor feliz novamente e, por outro lado, um real amor feliz corresponde ao estado primordial em que libido de objeto e libido do Eu não se distinguem uma da outra” (1914, p. 48). Tal regressão representa assim uma busca por reviver uma situação gratificante, bem como um *refúgio* contra frustrações impostas pelo objeto e pela realidade e que, por apresentar falta de distinção entre libido de ego e libido de objeto, é acompanhada da indistinção entre ego e objeto.

Voltando então para *Luto e Melancolia* podemos complementar nosso entendimento da escolha objetual de tipo narcísico, bem como as consequências em caso de sua preponderância, como é o caso nesta afecção: através dela se estabelece uma ligação de natureza aparentemente contraditória com o objeto, pois por um lado ela é

muito intensa, e por outro lado seu investimento objetal é pouco resistente. Deposita-se muita libido no objeto, mas a ligação é instável. Quando o objeto frustra o indivíduo, seja através de um abandono momentâneo ou mais permanente, seja através de ofensa, decepção, seja porque não tenha atendido a uma necessidade real ou mesmo uma simples vontade ou capricho, a relação fica abalada, e a ligação com o objeto, pouco resistente que é, se rompe. Aliás, apenas a fantasia de ter sido frustrado, ou mesmo apenas o medo da iminência de ser frustrado pelo objeto já podem levar ao abandono da ligação com este por parte do indivíduo. O investimento de libido no objeto é então suspenso, mas a libido assim liberada, ao invés de seguir o caminho saudável, ligando-se a novos objetos (fenômeno que está na base do processo de simbolização), é revertida ao próprio ego para a criação da identificação com aquele. Assim, a escolha de objeto narcísica tem a peculiaridade de que permite que uma regressão para o narcisismo ocorra facilmente em caso de dificuldades (Freud, 1917[1915]b, pp. 61, 63). Freud lembra, porém, que a identificação, pela qual o amor objetal é substituído, “é uma etapa preliminar da escolha de objeto, e é a primeira modalidade, *ambivalente* na sua expressão, pela qual o ego distingue o objeto” (idem, grifo nosso). Em Abraham encontramos que o “processo de introjeção no melancólico (...) baseia-se numa perturbação radical de suas relações libidinais com seu objeto. Repousa num grave conflito de sentimentos ambivalentes, dos quais só pode fugir voltando contra si próprio a hostilidade que originalmente sentia em relação ao seu objeto” (Abraham, 1924, p.100).

Que perturbação é essa nas relações libidinais com o objeto a que Abraham faz menção? E aproveitando, qual é a perturbação no desenvolvimento libidinal que Freud associa, conforme mencionamos acima, ao tipo narcísico de escolha de objeto? Ogden esclarece estas questões, assinalando que a chave do problema teórico da ligação de

natureza aparentemente contraditória realizada pelo melancólico com o objeto reside no fato de que a melancolia é uma “doença do narcisismo” (Ogden, 2004, p. 92). Ele descreve o distúrbio no desenvolvimento narcísico primitivo, condição necessária para a melancolia, apontando para o fato de que quando bebê e durante a infância, o paciente melancólico

foi incapaz de se movimentar com sucesso de um amor-objetal narcísico para um amor-objetal maduro, envolvendo uma pessoa que é experimentada como separada dele. Consequentemente, diante de uma perda objetal ou de um desapontamento, o melancólico é incapaz de “enlutar”, isto é, ele é incapaz de se confrontar com o impacto total da realidade da perda do objeto e estabelecer, com o tempo, um amor-objetal maduro com outra pessoa. O melancólico não tem a capacidade de se desligar do objeto perdido. Em vez disto, evade-se da dor da perda, regredindo, desta forma, de um relacionamento objetal narcísico para uma identificação narcísica: “o resultado é que, apesar do conflito [desapontamento levando ao ódio] com a pessoa amada, a relação amorosa não precisa ser abandonada”¹⁰ (Ogden, 2004, p. 92).

Desta forma podemos ver aqui como se dá a transformação de amor em ódio assinalada anteriormente: frente à perda, e como decorrência dessa ambivalência – amor e ódio em estado puro – característica do tipo narcísico de escolha de objeto, as tendências ao ódio relativas ao objeto acabam sendo dirigidas ao objeto substitutivo, ou seja, contra o próprio ego, a própria pessoa. Em outras palavras, “O amor vira ódio de ter sido abandonado e desejo de abandonar e o objeto vira ao mesmo tempo Eu ideal/sádico e Eu denegrado/masquista” (Cintra, 2011, p. 27).

Com relação ao objeto substitutivo, as batalhas de ambivalência de que ele é alvo vão “desvalorizando-o, rebaixando-o, como que também matando-o” (Freud, 1917[1915]b, p. 83). O conflito, originalmente entre o indivíduo e o objeto amoroso perdido, transforma-se num conflito intrapsíquico: “A perda do objeto se transformou

¹⁰ Na tradução do artigo de Ogden para o português, o tradutor optou por utilizar-se de tradução livre dos trechos de *Luto e Melancolia* citados, como este. O trecho entre colchetes é de Ogden.

em perda do ego e o conflito entre o ego e a pessoa amada em uma bipartição entre a crítica do ego e o ego modificado pela identificação” (idem, p. 61). Há desta forma uma parte diferenciada do ego que ganha autonomia e se contrapõe à outra parte, avaliando-a criticamente, como que tomando-a por objeto. Enfrentando o ego temos assim a instância crítica, ou “*consciência moral*” (1917[1915]b, p. 57), que pode “adoecer por si” e dentre cujas manifestações apresenta o “desagrado moral com o próprio ego” (idem). Aqui percebe-se o potencial patogênico dessa instância que Freud viria posteriormente a nomear de superego. Veremos mais à frente (em 4.1) que ela é um fator preponderante também na reação terapêutica negativa.

Ainda em relação ao superego, em *Neurose e Psicose* (1924) Freud esquematiza os quadros patológicos em termos das instâncias psíquicas em conflito com o ego e, de fato, reserva a esta instância um lugar de destaque, como a seguir: as neuroses de transferência (histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva) teriam como base um conflito entre ego (aliado ao superego e à realidade) e o id, parte do qual aquele tenta suprimir. Se o ego se render ao id e romper os laços com a realidade, isto é, se o conflito for entre ego e realidade, estaremos frente a uma psicose. Um terceiro tipo de conflito, entre superego e ego, recebe então uma consideração, segundo Freud até então inédita, em que ele postula a existência de um terceiro grupo de afecções, baseadas neste conflito: as neuroses narcísicas, sendo a melancolia seu exemplo eleito (Freud, 1924, p. 181). Neste texto ele sugere que há motivos para a separação da melancolia das outras psicoses. Mas, até então, as neuroses narcísicas se referiam ao conjunto composto pela paranóia, a esquizofrenia, a melancolia e a confusão alucinatória aguda ou amênia, termo devido a Meynert (Simanke, 1994, p.113). Além disto, esta separação da melancolia das outras psicoses, observa Simanke, “carece, notoriamente, de solidez e Freud não insistirá muito sobre ela” (p. 171). Ainda que cada

um desses quadros tenha suas peculiaridades (na melancolia, por exemplo, a participação do superego e a identificação com o objeto), veremos mais adiante (em 5.2) que na terapêutica das neuroses narcísicas, pelo menos entre os analistas que continuaram as ideias de Melanie Klein, as psicoses e a melancolia (quadros maníaco-depressivos) são vistos e tratados levando em consideração o que estas afecções têm em comum: a regressão a níveis arcaicos do desenvolvimento libidinal, as relações de objeto nesses níveis, as defesas e os mecanismos psíquicos envolvidos.

De qualquer forma, ainda no texto de 1924 que vimos acima, a referência ao rompimento com a realidade, explícita para as psicoses mas não explicitada no caso da melancolia, pede uma discussão: o que seria este rompimento dos laços com a realidade? Ela também acontece na melancolia? A resposta, pensamos, se relaciona com a pergunta que Freud faz nas últimas linhas desse texto: “qual pode ser o mecanismo, análogo à repressão, mediante o qual o Eu se separa do mundo exterior?” (Freud, 1924, p. 183). De fato, no mesmo ano, em *A perda da realidade na neurose e na psicose* Freud apontará para um afastamento da realidade tanto na neurose quanto na psicose. Em linhas gerais a diferença é que, frente à “cena traumática”,

na neurose uma porção da realidade é evitada mediante a fuga, enquanto na psicose é remodelada. Ou podemos dizer que na psicose a fuga inicial é seguida de uma ativa fase de remodelação, e na neurose a obediência inicial é seguida de uma posterior tentativa de fuga. Ou, de outra maneira ainda: a neurose não nega a realidade, apenas não quer saber dela; a psicose a nega e busca substituí-la (Freud, 1924c, pp. 217, 218).

Na neurose o mecanismo da repressão/recalque (*Verdrängung*) tem um papel chave. Já nas psicoses tem preponderância o mecanismo da recusa¹¹ (*Verleugnung*), acompanhado da construção de uma nova realidade com o auxílio da alucinação. O mecanismo da recusa será explorado por Freud alguns anos depois, em seu texto de

¹¹ A tradução de Freud da Imago traz o termo “rejeição”; Preferimos utilizar o termo “recusa”, conforme nota de rodapé mais à frente, onde se aprofunda a escolha do termo. Vide também nota nº 13, à frente.

1927, *Fetichismo*, em que a descreve como uma ação muito enérgica para manter o ego apartado de uma percepção desagradável (Freud, 1927, p.181). Fica implícito o uso de cisão, pois a recusa permite que duas correntes opostas em relação ao mesmo fato persistam concomitantemente na vida mental (p. 181). Já em *A divisão do ego no processo de defesa* (1940[1938]) Freud retomará o desenvolvimento do conceito de recusa, através do qual o ego “por um lado [...] rejeita a realidade e recusa-se a aceitar qualquer proibição; pelo outro, no mesmo alento, reconhece o perigo da realidade, assume o medo desse perigo como um sintoma patológico e subsequentemente tenta desfazer-se do medo” (1940[1938], p. 309). Aqui a cisão fica explícita: “tudo tem de ser pago de uma maneira ou de outra, e esse sucesso é alcançado ao preço de uma fenda no ego, a qual nunca se cura, mas aumenta à medida que o tempo passa. As duas reações contrárias ao conflito persistem como ponto central de uma divisão (*splitting*) do ego” (idem, pp. 309, 310).

Vemos que a tendência de síntese ou integradora do ego fica prejudicada nas neuroses narcísicas, pelo emprego da recusa, dando lugar a uma tendência fragmentadora e empobrecedora, prejudicial à realização de suas funções de articulação e integração. Como sabemos, o ego é como “uma pobre criatura submetida a uma tripla servidão, que sofre com as ameaças de três perigos: do mundo exterior, da libido do Id e do rigor do Super-eu” (Freud, 1923, p. 70). Sua tarefa de mediação é complexa:

Como entidade froteiriça, o Eu quer mediar entre o mundo e o Id, tornando o Id obediente ao mundo e, com sua atividade muscular, fazendo o mundo levar em conta o desejo do Id. (...) Ele procura, sempre que possível, permanecer em bom acordo com o Id; reveste as ordens ics deste com suas racionalizações pcs; simula a obediência do Id às advertências da realidade, mesmo quando o Id é obstinado e inflexível; disfarça os conflitos do Id com a realidade e, quando possível, também aqueles com o Super-eu. (idem)

Essa mediação se traduz na realização de um trabalho de negociação frente a várias exigências, internas e externas, e muitas vezes conflitantes entre si. A realidade externa, por exemplo, que através de identificações com as figuras parentais vem a constituir o superego, impõe exigências na vida de todo ser-humano: o desmame, a educação no controle dos esfíncteres, a necessidade de se expressar verbalmente para ser entendido (ao invés de ter suas emoções, necessidades e desejos adivinhados ou intuitos pelo outro), a obediência aos pais, etc. As exigências, com seus aspectos mais ou menos hostis, impõem perda e dor ao indivíduo, e o ego se vê ante duas alternativas possíveis: ou abre mão da onipotência, realiza um trabalho de elaboração psíquica da perda e da dor, um trabalho de luto, ou então se evade, no uso da recusa e da cisão, numa alucinação negativa, num completo ignorar daquele segmento da realidade que sente como fonte de dor intolerável. A primeira alternativa permitiria maior integração e desenvolvimento do ego. Já a segunda, por um lado, mantém o ego apartado dos aspectos hostis e odiados da realidade, do próprio trabalho de negociação, de luto, de processamento de perda e da temporalidade, que também são odiados, mas também o mantém apartado de uma realidade que poderia trazer algo de amoroso, nutritivo. Ao recusar as exigências parentais e o trabalho sobre essas exigências, recusa também os suprimientos, e a privação destes reforça o ódio e a inveja, que leva por sua vez a desdenhar tudo aquilo de bom que viria da realidade: amor, segurança, alimento, presença do outro. Recusando a dor, a dependência afetiva, e utilizando-se das defesas maníacas, recusa a própria posição depressiva e, da mesma forma, o próprio desamparo, a finitude, a necessidade de ser amado e a necessidade do outro, bem como a percepção do outro como objeto inteiro e separado.

O rompimento com a realidade é assim um rompimento com uma realidade potencialmente boa, e contribui para a crença inconsciente ou mesmo uma “certeza

psicótica” do paciente de que é impossível melhorar, pois nenhum tipo de ajuda que venha desse ambiente, desdenhado e desvalorizado, será bom o suficiente. Há também a firme crença do paciente, embasada em sua onipotência e onisciência, de que se nem ele pode se ajudar, ninguém pode – e assim tira o poder do analista. Além disto, a inveja e as autorrecriações melancólicas, dirigidas a si próprio, fazem-no sentir-se desmerecedor de qualquer ajuda e duvidar que qualquer um queira ajudá-lo sinceramente. Como lembra Abraham, “em seu inconsciente, a pessoa melancolicamente deprimida dirige a seu objeto sexual o desejo de incorporá-lo. Nas profundezas de seu inconsciente, há uma tendência a devorar e destruir seu objeto. (Abraham, 1916, p. 77). O melancólico odiou, deprecou, destruiu o objeto e agora se sente mau, desmerecedor de consideração. A dificuldade em receber ajuda também tem a ver com seu medo de que a relação se torne um campo de batalha, uma luta de poder: como odiou muito o objeto, é tomado por intenso medo de retaliação (persecutoriedade); como desejou controlar e exercer domínio sobre o objeto, teme ser controlado e dominado por ele (aqui os traços da analidade na melancolia); tem dificuldade de aceitar a oferta do outro como uma partilha fraterna, pois a dinâmica que domina sua relação com o objeto é a da superioridade/inferioridade; não conhece e não acredita que possa haver relações de cooperação, mas somente as relações sado-masoquistas. É fácil perceber, frente a esta situação, que todas as recusas acima expostas, juntamente com suas consequências, são fatores inconscientes da reação terapêutica negativa.¹²

Se quisermos expandir nosso exame da recusa para além de Freud, veremos com Klein que este é um mecanismo básico nas defesas maníacas, e portanto essencial para a compreensão das neuroses narcísicas. Em harmonia com as ideias daquele autor,

¹² Neste parágrafo e no anterior contamos com extensa contribuição de Cintra (2013).

quando salientava a participação da repressão nas neuroses e a recusa e a alucinação nas psicoses (1940[1938]), Klein afirma que a negação (recusa)¹³, a cisão e a onipotência desempenham nos estágios mais primitivos do desenvolvimento do ego “um papel semelhante ao da repressão num estágio ulterior do desenvolvimento do ego” (Klein, 1946, p. 321). A recusa pode ser encontrada na gratificação alucinatória infantil, através da qual ocorre a “divisão do objeto e a negação da frustração e perseguição” (idem). Com a divisão do objeto em dois, um bom e um mau, estes são mais do que simplesmente mantidos à parte: o objeto mau é inconscientemente aniquilado junto com os sentimentos maus (dor). Além disto, os sentimentos de onipotência presentes neste processo fazem com que não somente uma situação (de frustração e dor) e um objeto sejam negados e aniquilados, como também toda uma relação objetal o seja; em consequência toda uma parte do ego também é inconscientemente negada e aniquilada (idem). Desta forma, o uso excessivo da negação onipotente é associado por esta autora à própria “*negação da realidade psíquica*” (idem, grifo nosso). Por outro lado, sob o domínio da onipotência uma nova realidade é criada, via alucinação, em substituição daquela aniquilada. E se a recusa visa a evitar a dor, vale lembrar, com Ogden, que Bion se refere à evasão como “marca registrada da psicose: evitar a dor em vez de tentar simbolizá-la para si mesmo (por exemplo, ao sonhar), conviver com ela e se engajar num trabalho psicológico genuíno com ela, por algum tempo” (Ogden, 2004, p. 95).

¹³ Na edição em português do texto de Klein de 1946 temos “negação”. No original em inglês o termo é “denial” (Klein, 1946b, p. 101), que é por sua vez a tradução dada no inglês ao termo *Verleugnung*. Em Resnik (2001, p. 46) encontramos: “Freud employs the term *Verleugnung* [disavowal or denial] (...) For Freud, *Verdrängung* [repression] is a neurotic defense mechanism whereas *Verleugnung* is related to the psychoses (where repression is impossible and the patient turns to denial of internal and external reality)”. Já em Howarth e Leaman (2001, p.150) encontramos: “It has been observed that the German word *Verleugnung* used by Freud, which is translated as ‘denial’, might better be translated by ‘disavowal’”. V. tb. Riviere (2011, p.123) em que as tradutoras justificam o uso de “recusa” como correspondendo a *denial* que, na escrita de Riviere é o termo correspondente a *Verleugnung*. Assim, com elas, preferimos o termo *recusa*, mas utilizaremos os termos *recusa* e *negação* como sinônimos, sendo que *negação* será usado principalmente para manter a coerência com as citações deste texto de Klein em português.

Com relação à alucinação, vale a pena voltarmos a Freud para examinarmos sua participação nas neuroses narcísicas. Se em *Luto e Melancolia* ficava caracterizada a regressão do investimento de objeto à fase oral da libido, Simanke aponta em um outro texto de Freud, *Complemento metapsicológico à doutrina dos sonhos* (1915) para a ocorrência, tanto no sono quanto nas neuroses narcísicas, de uma “*dupla regressão temporal*”, ou seja, uma que diz respeito ao desenvolvimento do ego e outra ao desenvolvimento da libido” (Simanke, 1995, p. 135). Ambas as regressões resultariam em estados familiares nas psicoses: a primeira resultando num retorno à satisfação alucinatória de desejos e a segunda na reprodução do narcisismo primitivo. Assim, continua, “o fator etiológico crucial das neuroses narcísicas se define como uma forma de retorno secundário ao narcisismo original, do qual, aliás, elas tiram sua denominação” (Simanke, 1995, p. 135). Em outras palavras, é um retorno a um modo de ser em relação à realidade que corresponde ao narcisismo primário. O estado de sono, nesse texto de Freud, é tomado como modelo das afecções narcísicas. Desta forma, se “o sonho se apresenta como um fenômeno típico do estado de sono, a alucinação se apresenta como um fenômeno típico da neurose narcísica.” (idem). Com certa liberdade podemos dizer então que o portador de uma neurose narcísica sonha mesmo em vigília, certo de que está acordado, e neste estado não é possível a ele considerar o outro, pois suas criações alucinadas preponderam sobre a percepção realística do outro. Acordado, vive em um pesadelo tecido por suas projeções e fantasias de conteúdo persecutório.

Se a alucinação é fenômeno típico das neuroses narcísicas, vale ainda lembrar da conceituação de alucinação utilizada por Freud nesse contexto: “a alucinação consiste num investimento do sistema Cs(P) [consciência-percepção], que porém sucede não a partir de fora, como é normalmente, mas de dentro, e de que ela tem por

condição que a regressão vá ao ponto de alcançar esse sistema mesmo, podendo assim colocar-se fora do exame da realidade” (Freud, 1917[1915]a, p. 165). Também não há exame de realidade sem consideração das demandas parentais e sociais que, como comentamos acima, se vê dificultada nas neuroses narcísicas pelas falhas de negociações por parte do ego.

Sob a luz de todas estas considerações podemos voltar agora ao caso e constatar que em diversas situações Julio parecia produzir sua própria versão da realidade, nela acreditando e vivendo emocionalmente como se fosse a realidade. Apresentamos aqui dois exemplos, dentre vários que pudemos acompanhar durante a terapia: certa vez estava em seu apartamento, e o interfone tocou; nesse exato momento tinha certeza que era o oficial de justiça para intimá-lo quanto a parcelas não pagas do apartamento, e já se desesperava, sofrendo intensamente. Pode-se dizer que sofria por acreditar que o que ele imaginara era verdadeiro. Já este segundo exemplo traz mais que o sofrimento, traz decisões práticas e com consequências negativas, baseadas num contato distorcido com a realidade: numa ocasião, encontrou no apartamento do namorado duas taças de vinho usadas, e imediatamente “sabia” que havia sido traído, decidindo portanto romper seu namoro. Porém, em ambos os exemplos sua versão da realidade não se confirmara na realidade, após ter se informado do que realmente ocorrera: no primeiro, o interfone não fora acionado pelo oficial de justiça, e no segundo veio a descobrir que as duas taças haviam sido usadas pelo namorado e o pai daquele.

Queremos portanto chamar a atenção para a questão da analisabilidade da melancolia frente a um eixo em que num extremo teríamos neurose e no outro a psicose – esta bem mais difícil de se analisar. E, já nos parece bem claro, podemos considerar a melancolia como uma psicose. Em Julio não observamos delírios floreados e fantásticos no mesmo grau como os que encontramos em esquizofrênicos internados em hospitais

psiquiátricos, e menos ainda o vemos completamente fechado como num caso de *amentia* de Meynert mas, por outro lado, percebemos com frequência estes pequenos delírios com um pano-de-fundo de factibilidade que dificulta discernir as percepções autênticas daquelas alucinadas: seus perseguidores não aparecem sob a forma de um extraterrestre querendo abduzi-lo, mas sob a forma ameaçadoramente factível de um oficial de justiça. Se Julio não tem uma psicose como estrutura instaurada, podemos dizer que ele apresenta muitos traços psicóticos, muitos mecanismos maníacos, correspondentes à posição esquizo-paranoide.

Em relação aos aspectos psicóticos da melancolia e mania, Ogden é quase categórico ao declarar que, segundo ele, Freud,

sem ser explícito e talvez até sem estar consciente disto, aponta para a psicose, na mania e na melancolia. O aspecto psicótico de ambos, mania e melancolia, envolve a evasão do luto e de boa parte da realidade. Isto se efetua por meio de múltiplas cisões do Eu, em conjunção com a criação de relações imaginárias entre objetos internos que substituem onipotentemente a perda de uma relação com um objeto externo real. (Ogden, 2004, p. 95)

Voltando a Simanke, este prossegue sua investigação em Freud sobre como o exame da realidade é cancelado na *amentia* e no sonho, e por extensão nas neuroses narcísicas, com o fim de restaurar o estado narcísico propício à realização de desejos. Propõe-se, para isso, a descrever em que esse exame de realidade consiste. Talvez o mais interessante para nós seja o fato de que o exame de realidade se desenvolve no psiquismo humano concomitantemente ao desenvolvimento das noções de “dentro” e “fora”. Assim, ao fato que já havíamos notado, da falta de separação entre ego e objeto nas relações narcísicas (3.2.1), podemos agregar agora que tal indistinção está associada à carência na capacidade do exame da realidade. Nosso interesse vem da observação, no caso clínico, das falhas no exame da realidade como as exemplificadas logo acima, e

de falhas na distinção ego-objeto, como por exemplo: para todos os assuntos – acadêmicos, amorosos, de trabalho, etc. – Julio se consultava com vários amigos-confidentes. A quantidade de detalhes compartilhados entre ele e os amigos fazia parecer que os via como a terapeutas ou mesmo como egos auxiliares. É como se não tivesse condições de pensar por conta própria, mas somente em grupo. A imagem que vinha ao terapeuta quando Julio contava das conversas que tinha com os amigos era de uma colônia de *tubifex*, espécie de anelídeo que vive nas margens dos rios e que, devido à fragilidade de cada indivíduo, vivem sempre em colônias, enovelados para se protegerem uns aos outros das ameaças do ambiente. Era notável também sua suscetibilidade emocional a tudo o que falavam ou faziam, ou que ficava sabendo, demonstrando ter frágeis limites entre fora e dentro. Um exemplo é o da ocasião em que recebeu um convite da professora para cursar sua matéria, o qual imediatamente despertou nele raiva e uma turbulência emocional devidas à forte e duradoura atividade de auto-cobrança que o convite implicava.

Diferentemente das neuroses de transferência (histerias e neurose obsessiva), nas afecções narcísicas estaria perdida ou seriamente prejudicada a capacidade de estabelecer vínculos libidinais com os objetos (Simanke, 1994, p. 133). Isto corresponderia à própria incapacidade de amar do melancólico, indicada por Abraham e Freud. Devendo sua afecção à regressão à fase oral-canibalística, o melancólico fica preso no dinamismo do amor impiedoso dos primórdios. Em Julio vemos que suas relações são muito mais de apoio e controle do que amorosas propriamente ditas (ele se apóia nos outros, e quer que os outros se comportem conforme seus próprios desejos). Elas correspondem às relações de objeto narcísicas, em que o outro é para ser consumido canibalisticamente e eliminado, devendo sempre estar a serviço do ego e obedecer ao que é oportuno para o ego (Cintra, 2011, p. 24). Como vimos

anteriormente (3.2.2, 3.3), nas relações de objeto narcísicas o outro é projeção de aspectos de si mesmo, e é, portanto, tido como uma extensão de si a ser possuída e controlada, e não como um ser separado. Assim, não há formação de vínculos com preocupação pelo objeto (*concern*), que levem em consideração a alteridade do outro bem como sua realidade de sujeito desejante. Essa incapacidade de amar também se revela na sua pouca capacidade de se auto-amar, que se reflete até na falta de cuidado consigo próprio, manifestando-se entre outras formas como as faltas na terapia (nestas, não cuidava a si próprio, e não mostrava *concern* algum pelo objeto, o analista, que ficava esperando). Em contrapartida, essa sua dificuldade se reflete na permanente necessidade de receber amor dos outros, inclusive na forma de aprovação. A dificuldade de estabelecer vínculos nos apontaria também para um obstáculo na clínica da melancolia: uma vez que o estabelecimento da transferência depende do estabelecimento de vínculos libidinais com os objetos, quando esta capacidade está perdida ou prejudicada, temos que também a transferência, essencial no tratamento, será de alguma forma afetada, comprometida ou enviesada. Para Freud, este estado de coisas tornaria as neuroses narcísicas em princípio inacessíveis à análise (Simanke, 1994, p. 133).

4. Reação Terapêutica Negativa

4.1. Reação Terapêutica Negativa – Freud

Conforme apontamos acima, o superego é a instância psíquica cujo conflito com o ego caracteriza as neuroses narcísicas. Ao longo do tratamento de Julio foi possível testemunhar várias situações onde a participação do superego parecia ser preponderante. Por exemplo, em uma sessão Julio conta sobre uma festa que deu em sua casa. Falou do medo da reação da vizinha de baixo e que pensou em abaixar o volume às 22:00 hs, mas um amigo o dissuadiu, e por fim não controlou o volume do som. Porém ficou preocupado durante a festa inteira com a possível reação da vizinha, não conseguindo realmente aproveitar. Comenta também que se viu na experiência como um bebê. Esta situação é interessante até por conta de sua banalidade, indicando o quão corriqueiramente um superego especialmente rígido interfere no funcionamento psíquico de Julio. Neste exemplo, o faz sentir-se ameaçado e também desamparado como um bebê. Em outro exemplo, depois de uma briga com um colega, onde acidentalmente acaba tendo o dedo quebrado, faz questão de ir aos extremos do “certo” e “errado” (os critérios principais do superego) e vai à justiça processar o amigo. Como Julio se queixava do trabalho que dava para fazê-lo, pois isto incluía exames de corpo-delito, comparecimentos à delegacia, etc., perguntei para ele o que ele ganharia com tudo isso, e ele respondeu que “pelo menos a justiça será feita”, e assim vemos aqui o caráter despótico do superego. Não se pode deixar de notar, a propósito, a ação do trabalho da melancolia, que, triunfando sobre o objeto, permite ao ego “desfrutar da satisfação de poder se reconhecer como o melhor, como superior ao objeto” (Freud,

1917[1915]b, p. 85). O que caracterizaria o superego e suas relações com o ego, contribuindo para as dificuldades da clínica da melancolia?

Em *O eu e o id* (1923) Freud discorre sobre as relações de dependência do ego com essa instância psíquica. Ele indica que o superego é constituído de identificações, em especial, “é primeira identificação, acontecida quando o Eu era ainda fraco, e é o herdeiro do complexo de Édipo, ou seja, introduziu no Eu os mais imponentes objetos” (Freud, 1923, p. 60). Estes imponentes objetos são, principalmente, as figuras parentais, e essa instância continua ativa vida afora, capaz de confrontar o ego e dominá-lo. “É o monumento que recorda a anterior fraqueza e dependência do Eu, e que mantém seu predomínio sobre o Eu maduro. Assim como a criança era compelida a obedecer aos pais, o Eu submete-se ao imperativo categórico do Super-eu” (idem).

Desta forma, antes de prosseguirmos com o exame da natureza do superego e da sua participação na melancolia, vale a pena termos em mente as referências que Julio faz de seus pais, como indício ou amostra desses componentes superegóticos de sua personalidade. A mãe era descrita como “fria” e nunca lhe dispensava elogios. Quando tirava uma nota boa, por exemplo, ela afirmava que Julio havia apenas cumprido a obrigação. Seu pai é referido como um homem fraco, um coitado que perdeu o emprego e acumula dívidas. Julio conta em uma sessão que havia estado na casa dos pais para almoçar. Nesta situação, descreveu os dois como estando “loucos”: a mãe, por estar entrando num “surto religioso”, o pai, por estar num novo emprego há quarenta dias mas que não lhe pagam. A mãe tentou trazer o pai para a religião mas este resistiu, o que levou Julio a ter uma certa admiração por ele. Porém, o pai passou o almoço inteiro reclamando do emprego, o que deixou Julio bastante irritado, levando-o a concluir que não podia admirar um pai desse jeito. Vemos nesta situação a baixa autonomia emocional de Julio, já referida anteriormente: os comportamentos das pessoas à sua

volta influenciando diretamente o seu humor. E, da forma que descreve os pais e como estes se relacionam, pensamos que é um indício da desarmonia que pode ter sido parcela na formação de seu superego. Lembramos ainda do período de infância e adolescência que Julio frequentou uma igreja que proibia tudo, e onde não pôde permanecer depois de se descobrir homossexual. Supomos que a igreja proibitiva seria um representante superegóico, ao qual Julio se sujeitou por muito tempo, e sua saída dessa instituição indicaria dificuldades de prosseguir com esse assujeitamento.

Continuando com Freud, este indica que o superego é nada menos que responsável por uma espécie particular de resistência à cura: trata-se da *reação terapêutica negativa*, manifestação das relações entre ego e superego. Assim como o paciente do nosso caso, os pacientes que mostram uma reação terapêutica negativa “ficam piores durante o tratamento, em vez de melhorar” (Freud, 1923, p. 61). A atuação do superego estaria relacionada a um sentimento de culpa inconsciente, que “encontra satisfação no fato de estar doente e não deseja renunciar ao castigo de sofrer” (idem, p. 62).

Encontramos então uma longa nota de rodapé, bastante elucidativa para os objetivos desta pesquisa, justificando determo-nos mais longamente em alguns de seus trechos. Aqui Freud fala diretamente das consequências negativas que o sentimento de culpa inconsciente traz ao trabalho analítico:

A luta contra o sentimento de culpa inconsciente não resulta fácil para o analista. Diretamente nada podemos fazer contra ele, e indiretamente, apenas desvendar aos poucos seus fundamentos inconscientes reprimidos, com o que ele gradualmente se transforma em sentimento de culpa consciente. (1923, p. 62)

Mas em seguida aponta que em certos casos, e de especial interesse para nós, os que envolvem processos melancólicos, há uma oportunidade na clínica para influenciar esse sentimento de culpa inconsciente, quando esse sentimento é

emprestado, ou seja, é produto de identificação com outra pessoa, que uma vez foi o objeto de um investimento erótico. Tal adoção do sentimento de culpa é com frequência o único vestígio, difícil de ser reconhecido, da relação amorosa abandonada. A semelhança com o processo da melancolia é inconfundível. (Freud, 1923, p. 62)

Esta oportunidade poderia ser vantajosa terapêuticamente, mas mesmo assim há fatores, como a própria intensidade dos sentimentos de culpa, que tornam a tarefa difícil de ser atingida:

Se pudermos desvendar esse antigo investimento objetual por trás do sentimento de culpa *ics*, a tarefa terapêutica resolve-se brilhantemente, com frequência; de outro modo, não se garante o desfecho do esforço terapêutico. Em primeiro lugar depende da intensidade do sentimento de culpa, a que a terapia, frequentemente, não pode opor uma força contrária de igual magnitude (*idem*).

Finalmente Freud pondera sobre o risco de o analista sair de sua função, chegando a questionar sobre os limites da análise:

Talvez dependa também de a pessoa do analista permitir que seja colocada, pelo doente, no lugar de seu ideal do Eu; e a isto se relaciona a tentação de desempenhar, ante o paciente, o papel de profeta, salvador de almas, redentor. Como as regras da análise se opõem resolutamente a essa utilização da personalidade médica, há que honestamente conceder que temos aí um novo limite à ação da psicanálise, que, afinal, deve proporcionar ao Eu do paciente a liberdade de decidir de uma ou outra maneira, e não tornar impossíveis as reações patológicas (p. 63).

O trecho acima também aponta para aspectos importantes da transferência-contratransferência na análise da melancolia. Nosso caso proporcionou frequentemente a percepção de que o paciente buscava colocar o terapeuta nos lugares apontados acima como inadequados ao analista, em especial, salvador de almas, redentor. A propósito, justamente a salvação da alma e a redenção são duas bonanças que a religião, à qual Julio fora submetido e que agora criticava na mãe, se propõe a oferecer, e foram perdidas por ele quando se descobriu homossexual e abandonou a instituição. Mas abordaremos a transferência-contratransferência na melancolia em outro momento mais oportuno (v. 5.2).

Freud então indica que o comportamento do superego deve ser fator determinante para a gravidade das doenças neuróticas. A seguir, fala sobre o sentimento de culpa “normal, consciente [...que...] expressa uma condenação do Eu por sua instância crítica” (1923, p. 63), associando a isso os sentimentos de inferioridade dos neuróticos. Então elenca duas afecções em que o sentimento de culpa é bastante consciente, e em que o superego é especialmente severo, “enfurecendo-se com o Eu de forma cruel” (idem): a neurose obsessiva e a melancolia. Entre ambas, porém, haveria uma diferença na atitude do superego que resultaria, na primeira, no ego não aceitar a culpa e, na segunda, uma aceitação da culpa e submissão ao castigo pelo ego. Na neurose obsessiva o superego, que é influenciado por processos inconscientes, reage contra impulsos reprimidos, que permaneceram fora do ego. Já na melancolia, onde prepondera, como vimos, o processo de identificação narcísica, “o objeto que toca a ira do Super-eu foi acolhido no Eu por identificação” (1923, p.64). Conforme vimos acima (3.2.1), a própria relação sado-masoquista é trazida para dentro do ego com a introjeção e identificação com o objeto perdido/agressor: tanto o objeto agressor quanto o agredido são assimilados pelo ego, sendo que o superego assume o papel do objeto agressor, perpetuando intrapsiquicamente a cena de desprezo e abandono.

No caso clínico em exame apresentaram-se sentimentos de culpa tanto conscientes quanto inconscientes. Suspeitamos, por exemplo, que o medo de contaminação por HIV mesmo quando usando preservativos, medo tido portanto como enigmático pelo paciente, seria manifestação de sentimentos inconscientes de culpa e necessidade de punição¹⁴. Junto a estes, pudemos acompanhar sentimentos paralizantes

¹⁴ Em *O problema econômico do masoquismo* (1924b) Freud também aborda a RTN. Lá ele lembra que a reação terapêutica negativa se relaciona a um “sentimento de culpa inconsciente” e propõe como alternativa a esta expressão uma outra: a “necessidade de punição”, responsável pela manutenção do indivíduo em estado de doença ou grande sofrimento. Ele correlaciona estes fenômenos ao masoquismo moral, uma manifestação do ego que clama por castigo do superego ou do poder parental (o que equivale

de vergonha e autocrítica. A seguinte frase proferida pelo paciente sintetiza essa situação, além de denotar sua autodestrutividade na forma de autoboicotes, no caso, o boicote à sua vida acadêmica: “sou um merda que não consegue nem manter uma vaga na universidade” (sic). É interessante, portanto, ver a distinção e a correlação que Freud faz destes aspectos, culpa e crítica: o superego manifesta-se essencialmente como crítica; já “o sentimento de culpa é a percepção no Eu que corresponde a essa crítica” (Freud, 1923, p. 66). Assim, o ego na melancolia é culpado de tudo, de forma esmagadora, e é portanto um sentimento de culpa injusto. Pensemos na formação da cena sado-masoquista: o ego divide o objeto em bom e mau, em gratificador e frustrador; a relação do ego com este objeto mau é sadomasoquista; o objeto mau é alvo de muito ódio, sendo finalmente percebido inconscientemente como tendo sido destruído, e isto é visto pelo melancólico como pecaminoso; quando se dá a identificação narcísica, o superego julgará o ego por este delito, mas de uma forma completamente desproporcional e injusta. Freud questiona sobre o intenso rigor e dureza do superego para com o ego e, ao proceder para responder, analisa a melancolia, nos esclarecendo ainda sobre a autodestrutividade presente nessa afecção. Na melancolia temos então o superego

extremamente forte, que arrebatou a consciência, arremete implacavelmente contra o Eu, como se tivesse se apoderado de todo o sadismo disponível da pessoa. Seguindo essa nossa concepção do sadismo, diríamos que o componente destrutivo instalou-se no Super-eu e voltou-se contra o Eu. O que então vigora no Super-eu é como que pura cultura do instinto de morte (Freud, 1923, p. 66).

Como se pode ver, a dificuldade na clínica da melancolia deve corresponder em parte à aliança entre superego e instinto de morte, presente nesta afecção, contra o trabalho terapêutico.

ao primeiro). Este masoquismo moral tem um caráter perigoso devido ao fato de proceder do instinto de morte.

Para se defender desse jugo tirânico do superego, o ego recorre à mania (idem, p. 67). Poderíamos assim pensar na mania como um “termômetro”, como um indicador da atuação do superego e da opressão exercida sobre o ego. No caso de Julio, vimos ao mesmo tempo que ele propositadamente procurava saídas maníacas para tentar encontrar alívio, para se esquivar de dor, para “não pensar”, e também muitas manifestações superegóicas.

Novamente então Freud faz uma comparação entre a neurose obsessiva e a melancolia, ilustrando mais uma desvantagem desta última quanto a um bom prognóstico: “É digno de nota que o doente obsessivo, ao contrário do melancólico, jamais chega realmente ao suicídio, ele é como que imune ao perigo da autodestruição (...) é a conservação do objeto que garante a segurança do Eu”(idem). Lembramos que Julio mais de uma vez durante o tratamento se expôs à contaminação, ao praticar sexo inseguro com estranhos, desta forma suspeitamos uma “intenção” suicida inconsciente.

Por fim, se acima, no início do tópico, fizemos questão de lembrar das referências que Julio faz aos pais, como tentativa de ilustrar a natureza das suas figuras paterna e materna internalizadas, vimos que elas não são muito positivas: o pai não transmite segurança, a mãe não elogia, é fria, não dá calor, amor. Tendo-as em mente, portanto, os seguintes esclarecimentos que Freud faz no final do artigo citado poderão ser úteis na compreensão da sua insegurança, seu desamparo e solidão frequentes. Na melancolia “o Eu abandona a si mesmo por sentir-se odiado e perseguido pelo Super-eu, em vez de amado. De modo que para o Eu viver significa ser amado, ser amado pelo Super-eu, que também aí surge como representante do Id. O Super-eu desempenha a mesma função protetora e salvadora que tinha antes o pai, depois a Providência ou o Destino” (p. 73). A consequência para o ego é que ele se vê “desamparado de todos os poderes protetores e deixa-se morrer” (idem). É interessante, ainda frente à menção de

uma mãe “fria”, a observação de Ogden de que na melancolia “o Eu é alterado, não através do calor do objeto, mas (de forma mais obscura) pela ‘sombra do objeto’” (Ogden, 2004, p. 90), o que resulta na expressão de uma “qualidade gélida do mundo objetual inconsciente do melancólico” (idem).

4.2. Reação Terapêutica Negativa – Riviere

4.2.1. Preâmbulo: De Freud e Abraham a Melanie Klein

Neste e no próximo tópicos examinaremos abordagens da Reação Terapêutica Negativa feitas por Riviere e Rosenfeld, autores que já se utilizam de um novo arcabouço teórico, desenvolvido por Melanie Klein a partir das ideias de Freud e Abraham. Em particular, referimo-nos às ideias desta autora contidas em três de seus principais textos, os de 1935, 1940 e 1946. A forma de lidar com o narcisismo dentro deste novo referencial teórico, a partir das relações de objeto e do reconhecimento de fenômenos como por exemplo a identificação projetiva, permitirá avanços no tratamento das psicoses, que para Freud ainda era considerado impossível. Já comentamos algo sobre o texto de 1946 acima, em 3.2.2 e 3.3. Vamos então nos deter aqui muito brevemente sobre os textos de 1935 e 1940, ressaltando que estes trazem tal complexidade de ideias que poderiam ser objeto de pesquisa à parte.

Assim, em seu texto de 1935, *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos*, Klein parte dos pressupostos de Freud e Abraham, de que o processo fundamental na melancolia é a perda do objeto amado ou situação de

semelhante perda, levando à instalação do objeto no próprio ego, o que, devido a um excesso de impulsos canibalescos, acarreta uma introjeção problemática do objeto (Klein, 1935, p. 305). Quando a criança começa a perceber os objetos totais, e não apenas objetos parciais, estes impulsos agressivos dirigidos ao objeto entram em conflito com impulsos relativos à sua preservação, levando a criança a sentir culpa e necessidade de realizar reparação. Também ensejam a mobilização das defesas maníacas, especialmente onipotência e negação (recusa) para lidar com sentimentos persecutórios e depressivos. É este estado conflituoso e doloroso de relações com o objeto que recebe, nesse texto, o nome de posição depressiva.

A saúde mental e a capacidade de amar (temas cuja relação abordaremos em 5.1), dependem de uma resolução normal da posição depressiva, com a introjeção firme do objeto bom, que funciona como um reservatório interno de experiências boas ao qual a pessoa pode recorrer para obter segurança nas mais diversas situações da vida. Falhas ou dificuldades especiais nessa introjeção levam, em contrapartida, a uma suscetibilidade à ocorrência dos estados maníaco-depressivos, e a depressão seria o medo que a pessoa tem de perder bons objetos internos e o medo de que eles morram. Localizam-se aqui também a insegurança, e o medo, sentido por pacientes depressivos, e em particular por Julio, de hospedar objetos internos mortos pelos próprios ataques sádicos a eles dirigidos. Klein nomeia aqui o processo da “perda do objeto amado” cujo protótipo é o “fracasso sentido pelo sujeito (durante o desmame, assim como nos períodos que o antecedem e o seguem imediatamente) em manter seu objeto bom internalizado, i.e., apossar-se dele. Um dos motivos para esse fracasso é sua incapacidade de vencer o medo paranóide dos perseguidores internalizados” (1935, pp. 308, 309). Esse fracasso, por sua vez, será o protótipo das experiências de frustração com as quais não se consegue lidar ao longo da vida.

Ainda neste texto, apenas para não deixarmos passar em branco, Klein faz a relação entre a severidade extrema do superego do melancólico com as relações violentas e ataques entre os objetos internos: objetos bons muito idealizados e exigentes, e objetos maus muito cruéis e persecutórios. Além disso, na tradição de Abraham, aponta para a mania como sendo uma forma de escapar da melancolia. A mania é caracterizada por ela por um senso de onipotência, e é baseada no mecanismo primitivo da negação (recusa), que é utilizado para se defender de perseguidores internalizados e do id. Através da negação e da onipotência, primeiro o ego nega a realidade psíquica e depois boa parte da realidade externa. Vemos assim que neste texto de 1935 já estavam algumas das ideias de seu texto de 1946 que comentamos acima em 3.3.

No texto de 1940, *O Luto e suas Relações com os Estados Maníaco-depressivos*, Klein continua a desenvolver as ideias do texto de 1935. Ela fala mais da posição depressiva infantil, como sendo composta basicamente por dois tipos de sentimentos predominantes e as defesas que os acompanham: os sentimentos persecutórios, com medos relativos à destruição do ego por perseguidores internos (objetos “maus”), e os sentimentos de “pesar e preocupação pelos objetos amados, o medo de perdê-los e o desejo de recuperá-los [...isto é...] o ‘anseio’ [*pinning*] pelo objeto amado” (Klein, 1940, p. 391). Em especial, nesse texto Klein salienta o quanto o teste da realidade é utilizado pelo ego, em seu curso de desenvolvimento saudável, para superar a posição depressiva. Este emprego do teste da realidade inclui a tomada de contato com experiências amorosas provenientes do exterior – os cuidados maternos e seus substitutos: cada ocorrência de experiências gratificantes vai confirmar uma percepção positiva da realidade interna e contribuir para o estabelecimento firme de bons objetos internos. Aqui podemos ver que mesmo no referencial kleiniano, que

privilegia o mundo interno e as relações objetais, não se pode excluir a necessidade de objetos externos reais e cuidados reais, isto é, de um ambiente saudável, para a constituição saudável do indivíduo.

Klein aborda, ainda no texto de 1940, mais detalhes das defesas maníacas, apontando para o quanto seu uso exagerado impede o trabalho de luto e o estabelecimento de um objeto interno bom. Qualquer dor, nas palavras dela, “trazida por experiências infelizes, qualquer que seja sua natureza, tem algo em comum com o luto. Ela reativa a posição depressiva infantil; a superação de qualquer tipo de adversidade envolve um trabalho mental semelhante ao luto” (p. 403). Além das experiências gratificantes, a criança desenvolve confiança na sua relação com os objetos externos através das experiências em que ela mesma “supera frustrações e experiências dolorosas, sempre mantendo seus objetos bons (internos e externos)” (idem). Isto está associado a uma diminuição das defesas maníacas e uma revitalização dos objetos internos.

Após este aparte para explicitar brevemente a transição teórica entre Freud/Abraham e Melanie Klein, agora podemos continuar com as contribuições para a compreensão da reação terapêutica negativa feitas por dois dos seguidores desta autora.

4.2.2. Contribuições de Riviere para a compreensão da RTN

Prosseguindo então com o desenvolvimento do conceito de Reação Terapêutica Negativa que Freud apresenta em *O eu e o id* (1923), Riviere se propõe a falar de “casos especialmente refratários” em seu artigo de 1936, *Os arruinados pelo êxito: Uma contribuição para a análise da reação terapêutica negativa*. De início, ela

observa que à sua época a reação terapêutica negativa era tida praticamente como sinônimo de inalisável, e logo em seguida se coloca contrária a essa opinião.

Uma das primeiras características da reação terapêutica negativa a que ela faz menção é um superego especialmente severo, o qual derrotaria os efeitos da análise. Diferentemente das neuroses de transferência, em que o superego é de certa forma mitigado por sentimentos de culpa e pelos sintomas, nas perturbações de caráter o superego pode ter uma força peculiar. Assim, para falar das resistências nas perturbações de caráter Riviere retoma um artigo de Abraham de 1919, *A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method*, em que ele descreve um tipo narcísico de resistência de caráter. Tal resistência se manifesta por “traços narcísicos”, muitos dos quais pudemos acompanhar no caso que embasa esta pesquisa:

inabilidade crônica e não meramente ocasional de entrar em associação livre, mantêm um fluxo constante de material cuidadosamente selecionado, arrumado e calculado para decepcionar o analista quanto à qualidade de ser ‘livre’; não oferecem nada além dos aspectos bons de si mesmos; são altamente sensíveis e ficam ofendidos com facilidade; não aceitam nada novo, nada que eles já não tenham dito eles próprios; transformam a análise em uma situação confortável, não desenvolvem uma verdadeira transferência positiva, destituem o analista de sua posição (...) (Riviere, 1936, pp. 121, 122).

Do artigo de Abraham, Riviere explicita uma proposição: que “em análises especialmente longas e difíceis, o núcleo do problema reside nas resistências narcísicas do paciente” (p. 122), e relaciona esse narcisismo com a inacessibilidade das neuroses narcísicas, lembrando que Freud as considerava um tipo de psicose (idem). Relembra também que, por um lado, quando há um grau acentuado do narcisismo, há uma retirada da libido dos objetos externos para o ego, e por outro, menciona que frente às ideias apresentadas por Klein em *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos* (1935), o “vasto campo das relações de objeto dentro do ego, no âmbito do próprio narcisismo precisa de uma compreensão muito maior” (Riviere,

1936, p. 122), isto é, há que se prestar atenção nas relações objetais fantasiadas do paciente. Ela menciona que o conceito de objetos dentro do ego, diferente do de identificações, é pouco discutido na obra de Freud, assinalando, porém, que *Luto e Melancolia* se baseia grandemente nesse conceito. De fato, lendo Ogden podemos dizer que nesse texto de Freud está a origem da teoria das relações de objeto: “Freud, nesse texto, começa a escrever/pensar teórica e clinicamente em termos da relação entre aspectos cindidos, pareados e inconscientes do Eu (isto é, sobre relações objetais internas e inconscientes).” (Ogden, 2004, pp. 89, 90). E também em Cintra, acerca de *Luto e Melancolia*, temos: “Com quantas identificações se faz um Eu? Quais são as vozes, as presenças e as ausências que irão formar o Eu? O Eu começa a ser pensado como uma polifonia, um conjunto de solos, duetos, trios e silêncios. É fácil discernir aqui a origem das teorias de relações de objeto, pois estas vozes criam entre si os mais diversos dinamismos de união, de oposição, de guerra e de paz. Serão os futuros objetos internos” (Cintra, 2011, p. 29).

Baseada em suas observações, Riviere conclui que quando há resistências narcísicas, com falta de *insight* e ausência de resultados terapêuticos, essas resistências fazem parte de um “sistema de defesa altamente organizado contra um estado depressivo mais ou menos inconsciente do paciente e estão funcionando como uma máscara e um disfarce para ocultar este último” (Riviere, 1936, p. 123). Em outras palavras, a situação de angústia da qual o paciente narcísico estaria se defendendo é a posição depressiva. A angústia depressiva apresenta seus próprios mecanismos de defesa, ou seja, a reação maníaca, onde são essenciais a onipotência e a “*recusa*”¹⁵ *onipotente da realidade psíquica*, o que leva, é claro, a uma percepção distorcida e defeituosa da realidade externa” (idem). Essa recusa, relacionada com as relações de

¹⁵ O termo corresponde a *Verleugnung*. Vide nota de rodapé acima, em 3.3.

objeto, e com a sua dependência deles, leva ao desprezo e desvalorização do objeto, bem como a tentativas “desordenadas e tirânicas de *controle e domínio*” (p. 124) sobre estes objetos. Lembramos aqui do início do caso clínico, em que primeiro Julio desvalorizara seu namorado (o que se expressava por não saber se ainda o amava, e mesmo por traí-lo enquanto ainda namoravam), e depois de romper com ele passou meses a fio investigando seu paradeiro e desejando desesperadamente retomar o namoro com ele, indicando desejo de controle e domínio. A onipotência, mencionada acima (e também a onisciência que a acompanha), aparece nos exemplos que demos anteriormente, em que Julio fabricava uma versão da realidade e vivia-a emocionalmente como se fosse a realidade.

Continuando com Riviere, na terapia a recusa onipotente e o “controle do ego sobre todos os objetos e em todas as situações” (Riviere, 1936, p. 124), característica dos pacientes refratários, se manifesta em negarem o valor do que o terapeuta tem para oferecer, e a sua tentativa de controlar a análise e o analista: “não nos permitem fazer nada com eles e no sentido de cooperação, eles não fazem nada conosco” (idem). Acreditamos que as faltas de Julio, especialmente as sem aviso prévio, seriam uma tentativa de tal controle. Também o seriam as lamúrias e rumações repetitivas que fazia nas sessões, falando mal de outras pessoas (algo diferente de associações livres), bem como a raridade com que concordava com alguma colocação do terapeuta. A autora localiza em Abraham que essa recusa do paciente em ajudar o analista seria um traço anal.

A tendência de controlar a análise seria, para Riviere, parte de uma atitude defensiva geral, a defesa maníaca. Ela questiona então, qual seria a relação desta linha de defesa e a reação terapêutica negativa: “por que a necessidade de controlar tudo se manifesta de modo tão particular através da reação a não melhorar?” (p. 126). Ela

atribui ao paciente um desejo de não melhorar, mas, tendo esse desejo a natureza de defesa, ele estaria relacionado ao desejo de “preservar um *status quo*, um estado de coisas que se mostrou suportável. Ele está construído sobre muitas formações de compromisso; o paciente não termina a análise, mas também não rompe com ela. Ele encontrou um certo equilíbrio e não pretende que seja perturbado” (Riviere, 1936, p. 127).

A seguir, Riviere esclarece que o desejo de evitar qualquer mudança se relaciona à crença inconsciente do paciente na impossibilidade de melhorar, mas apenas de piorar. Localizamos, no caso, que esse desejo de evitar mudança opera também fora da terapia. Lembramos aqui da dúvida que Julio tinha antes de romper com o primeiro namorado: com o namorado sua situação era ruim; mas não acreditava que pudesse ser melhor sem ele. Talvez o mesmo possa ser pensado sobre o tratamento, especialmente nas suas fases finais, em que as faltas, cada vez mais frequentes, mas nunca configurando um abandono total ou formal, não exatamente matavam a análise mas também não a deixavam prosseguir, perpetuando uma situação de equilíbrio nada produtora. Com a terapia, Julio estava mal; mas e sem a terapia? Riviere então pergunta:

qual é a situação ainda pior que os pacientes estão evitando pela manutenção do status quo, pela manutenção do controle, por meio de suas defesas onipotentes? É contra o perigo da *posição depressiva* que ele está resguardando a si e a nós; o que ele teme é que tal situação e tais angústias possam vir a ser uma realidade, que tal realidade psíquica em sua mente possa se tornar real através da análise. A verdade psíquica por trás de suas negações onipotentes é a de que os piores desastres já realmente aconteceram. (1936, pp. 127, 128)

O paciente recusa desta forma uma realidade psíquica insuportável. Assim, a colaboração com a análise, que permitiria o aparecimento de conteúdos há muito soterrados, é temida pelo paciente como arriscada demais, uma vez que o contato com

estes pode levar a uma reedição do desastre na própria relação analítica. Os medos envolvidos incluiriam o medo de suicídio e da loucura. O que o paciente tenta manter paradas são as suas angústias depressivas. As defesas maníacas, portanto, visam a evitar o caos, a ruína, os “impulsos de assassinato e suicídio” (Riviere, 1936, p. 128) para ambos os membros da dupla analítica. Estas defesas maníacas também estrangulam as emoções, o que complementa nosso entendimento da incapacidade de amar do melancólico.

Riviere relembra que o conteúdo da posição depressiva que o paciente quer evitar é aquele composto por objetos internos queridos, mortos e destruídos, numa cena de desolação, sem amor, com tensão intolerável, solidão infinita, fantasmas perseguidores, etc. (idem). O medo dessa posição é acompanhado de defesas persecutórias projetivas – que no caso pudemos observar pelas queixas que Julio fazia frequentemente contra todos os que o frustravam, e mesmo os que não o frustravam, sempre porém responsabilizando os outros pelos seus desconfortos emocionais. A realidade externa, vista pelo paciente como ameaçadora, é assim apenas projeção de uma realidade interna desoladora.

Como tem o mundo interno cheio de horror e desolação, o paciente apresenta culpa inconsciente e angústia de reparar e restaurar; porém sua convicção dessa possibilidade é tão tênue que o menor contratempo, o “menor sopro de crítica”, levam-no a desacreditar na possibilidade de reparar por todas as perdas e danos que ele causou. (p. 129). Assim, entrar em contato com as profundezas da mente é para o paciente narcísico muito mais intolerável do que para outros pacientes, sendo a posição depressiva acompanhada de sentimento de fracasso com conotação de morte. A recusa da realidade externa então, seria decorrente de uma recusa da realidade interna. O contato com esta realidade é temido pelo paciente porque isto iria desnudá-lo e colocá-

lo em contato com um sentimento de fracasso, uma descrença, um desespero. O paciente “agarra-se à análise, com uma esperança desesperada, ao mesmo tempo em que, de fato, não tem nenhuma confiança nela” (Riviere, 1936, p. 130).

Outra razão que Riviere dá para a evitação da melhora é baseada então nas relações de objetos. O paciente que procura análise inconscientemente deseja evitar a morte iminente e a desintegração que constantemente o ameaçam (idem). Mas acima de tudo seu objetivo inconsciente é reparar seus objetos internos, vítimas de ataques de amor e ódio, antes que possa se permitir ele mesmo se beneficiar da terapia e melhorar. A oferta de ajuda do analista é vista como uma conspiração junto ao ego visando a traição aos objetos, um abandono destes, pois que estes são tidos como mais merecedores de ajuda e deveriam melhorar antes que o próprio ego pudesse receber ajuda (p. 131). No nosso caso, a partir do sonho apresentado temos indícios que o ex-namorado e a madrinha, cuja morte foi precedida por briga, podem ser exemplos desses objetos.

A esperança de, melhorando, poder ajudar os objetos internos é apontada pela autora como possível mola propulsora para o tratamento, mas mesmo essa seria muito fraca frente ao medo do paciente que, ante o próprio id, de seus desejos e agressões, não acredita no benefício da análise para seus objetos. Mais ainda, ele “sabe” que vai repetir com o analista experiências anteriores, despojando-o e arruinando-o (p. 132). No caso estudado, efetivamente a terapia foi arruinada e despojada, bem como outros setores da vida do paciente, afinal os mecanismos psíquicos destrutivos vistos na análise atuam fora dela também.

Voltando-se novamente ao texto de Freud de 1923, Riviere tenta estabelecer uma diferença entre o sentimento inconsciente de culpa colocado por aquele autor e as ansiedades depressivas ou “atitude inconsciente de amor e ansiedade” (p. 133) que o

paciente tem em relação aos objetos. Para ela, a sensação que o paciente tem de que não merece ajuda até que seus objetos internos tenham sido restaurados é que corresponde ao sentimento de culpa inconsciente. O amor pelos objetos internos “produz a insuportável culpa e dor, a necessidade de sacrificar sua vida por eles, e aí então é a perspectiva da morte o que faz esta resistência ser tão obstinada” (Riviere, p. 134).

Riviere dedica atenção então para a nota de rodapé do texto de 1923 de Freud a que fizemos referência acima (v. 4.1), concordando com o caminho de tratamento lá indicado¹⁶ ou, nas palavras dela, “que o amor pelo objeto interno possa ser encontrado atrás da culpa” (pp. 134, 135). Sobre o risco indicado por Freud, de que o terapeuta se permita ser colocado pelo paciente no lugar de seu ideal de ego, Riviere aponta que para os pacientes narcísicos o analista já é, inconscientemente, um ideal de ego, ou um protótipo deste, e que muitas melhoras se baseiam neste fato. Assim, a aparente melhora dos pacientes seria muitas vezes apenas consequência de uma defesa maníaca, uma cura de fachada, uma negação da doença e das ansiedades, e uma evitação de ser plenamente analisado (p. 135). Ela pondera que se por um lado analisar a agressividade primitiva desperta no paciente angústias severas e pode até acarretar uma reação terapêutica negativa, por outro lado “o reconhecimento e o encorajamento, por parte do analista, das tentativas de reparação do paciente (na vida real) aliviam a agressividade e as angústias primitivas meramente através do método onipotente de encobrir e negar a realidade depressiva interna” (idem).

Ora, a julgar por estas últimas colocações, a análise das neuroses narcísicas pode parecer uma tarefa paradoxal, como a passagem entre as míticas Cila e Caríbde¹⁷.

¹⁶ “Se pudermos desvendar esse antigo investimento objetal por trás do sentimento de culpa *ics*, a tarefa terapêutica resolve-se brilhantemente” (Freud, 1923, p. 62).

¹⁷ Na mitologia grega, Cila e Caríbde eram monstros imortais que habitavam as margens opostas do Estreito de Messina. Navegando-se por esse estreito, corria-se o risco de, ao tentar escapar de um dos

Como podemos ajudar o paciente, se não o ajudarmos a descobrir o amor que há dentro dele, mesmo que um amor impiedoso dos primórdios? Isto poderia contribuir, como numa ampliação de repertório psíquico, para abrir ao paciente alguma possibilidade de reconhecimento e distinção entre manifestações deste amor e de um amor objetual mais desenvolvido. Como não analisar a agressividade, se esta faz o paciente destruir seus vínculos cegamente? Por outro lado, como não trazer à luz para o paciente suas tentativas de reparação, mesmo que sejam por mecanismos onipotentes? Com isto o paciente poderia perceber que a tentativa de reparação não dá certo pois é baseada na onipotência, mas que há o movimento de reparação (que de outra forma poderia passar despercebido), e que este pode vir a ser de outra natureza que não a onipotente. De fato, para essa autora a tarefa não é fácil: a “análise do amor e da culpa que pertencem à situação de angústia depressiva, em razão de se acharem tão profundamente enterrados, é de longe a tarefa mais difícil com a qual nos deparamos” (Riviere, 1936, p. 135).

Mas ela insiste que mesmo Freud “não declara um impedimento definitivo” (p. 120) à análise dos pacientes com reações terapêuticas negativas. Ela indica que a própria dedicação de Freud às últimas 18 páginas de *O ego e o Id* mostram a contribuição, e portanto a disposição daquele autor, para a análise de casos desse tipo. Por fim, se, por um lado, as defesas maníacas são como uma tábua de salvação do paciente, e ele teme que sua remoção o leve à ruína ao liberar a depressão subjacente, Riviere dá mostras de que a tarefa analítica não é impossível, apontando que “à medida que vai aumentando a capacidade de tolerar a depressão e suas angústias, compensações muito significativas gradualmente a acompanham, e a capacidade de amar começa a ser liberada à medida que diminui o estrangulamento maníaco das emoções” (p. 128).

monstros, aproximar-se demasiadamente do outro. Desta forma, era praticamente impossível evitar o naufrágio ou, no mínimo, perder seis marinheiros para a voraz Cila, que os comia com cada uma de suas seis cabeças.

4.3. Reação Terapêutica Negativa - Rosenfeld

Rosenfeld, em seu artigo *Pacientes narcisistas com reações terapêuticas negativas* retoma Freud, Klein, Riviere e outros, dando continuidade às investigações sobre a reação terapêutica negativa. De início, como Abraham e outros autores, enfatiza o papel da inveja, das atitudes de superioridade e da destrutividade envolvidas. Então ele relaciona a reação terapêutica negativa a um modo de ser do paciente, que constitui uma “defesa contra sentimentos de agressão causados pela dependência, frustração e inveja” (Rosenfeld, 1988, p. 120). Especialmente por conta da inveja apresentam-se os sentimentos de superioridade e consequente desvalorização do analista. O uso de defesas que visam o controle do objeto, que vimos anteriormente com Riviere, aparece aqui no controle que o paciente busca fazer do analista, especialmente através de identificação projetiva.

Ele fala então de seu conceito de narcisismo destrutivo, que relaciona a pulsão de morte com a reação terapêutica negativa. Um fato que dificultaria a clínica aparece como consequência de que nesses pacientes as partes onipotentes e destrutivas do self podem lhes passar despercebidas, por cisão, idealização ou outros mecanismos, levando a um impedimento das relações objetais de dependência, e depreciação dos objetos externos. Na prática, qualquer sentimento de dependência que o paciente possa ter para com o analista, bem como qualquer reconhecimento de valor nas interpretações é dessa forma impedido.

Rosenfeld lembra que as fantasias de onipotência surgem na primeira infância, “época que o indivíduo se sentia indefeso pequeno e incapaz de enfrentar a realidade de nascer e todos os problemas relacionados com ela” (p. 121). Ao constatarmos então que Julio, em seus mais de vinte anos de idade, também se vê indefeso, pequeno e incapaz

de enfrentar a realidade, podemos reafirmar a noção de que nos pacientes narcísicos estamos lidando com problemas de desenvolvimento psíquico arcaicos. Rosenfeld fala de um “modo de vida narcisista” que, caso se estabeleça para além da primeira infância, levará a um controle das relações entre self e objeto “a fim de tentar manter a convicção onipotente delirante. Qualquer contato com a realidade ou com auto-observação ameaça inevitavelmente esse estado de coisas e é considerado muito perigoso” (Rosenfeld, 1988, p. 121). Vemos assim, que um tratamento psicanalítico, por propiciar um maior contato com a realidade e com o mundo interior, naturalmente poderá ser sentido pelo paciente narcisista como uma ameaça.

O superego destes pacientes, segundo este autor, é muito primitivo, menosprezando e atacando as capacidades do paciente (idem). Assim, conforme temos visto até aqui, o superego tem um papel decisivo nesta patologia. Podemos relacioná-lo, com esta última asserção, às críticas e autocríticas feitas por Julio, seu medo de ser ridículo em sala de aula, em situações de emprego e outras situações de insegurança. Neste sentido, Rosenfeld aponta para a existência de questões técnicas importantes para se lidar com a reação terapêutica negativa. Por exemplo, ele sugere que são úteis, por proporcionar apoio ao ego e mobilizar a auto-observação, as interpretações que buscam mostrar ao paciente a atuação de tal superego, ou “*uma força* atuando dentro dele, a qual tem um poder de sugestão muito grande e o impede de pensar e observar o que está acontecendo” (p. 124). Esta instância, ou um “self ou objeto cindido dentro do paciente” (idem) é para o paciente um conselheiro muito influente, mas também é muito ameaçadora e crítica, promovendo sentimento de culpa. O objetivo desse “conselheiro” é manter sob controle o modo de ser narcisista do paciente, evitando qualquer relação de dependência benigna, por exemplo uma relação com o analista, que é atacada e depreciada. Conforme coloca Rosenfeld, e pudemos ver com Julio, essa

forma de relacionamento é “intensamente destrutiva para o paciente e suas importantes relações objetais” (Rosenfeld, 1988, p. 124). Desta forma, esse autor chega a propor que por trás dela não está exatamente o superego, nem ao menos o superego primitivo, mas um conjunto de estruturas internas às quais denomina *estrutura onipotente e narcisista*.

Outro ponto importante que Rosenfeld identifica na reação terapêutica negativa é que ela torna difícil a existência de admiração e gratidão pela análise. A inveja seria a principal responsável por um ataque às experiências boas, inclusive aquelas relativas a sessões proveitosas na terapia. Seria, também, uma característica importante do superego primitivo, compondo seu caráter invejoso e “prejudicial que tenta destruir qualquer sucesso e progresso no tratamento” (p. 130).

5. Trabalho terapêutico com a Melancolia. Possibilidade de ultrapassar a RTN.

Até agora tratamos de examinar a natureza das neuroses narcísicas, mais especificamente da melancolia, da reação terapêutica negativa, e das relações entre estas. Agora dirigiremos nossa atenção à terapêutica desses casos.

Como lembrava Strachey em 1934, a psicanálise se originou como um procedimento terapêutico, e sua faceta terapêutica continuou sendo uma de suas principais características (1934, p. 66). Acreditamos que esta afirmação continue sendo válida quase cem anos depois; certamente a clínica psicanalítica continua tendo a terapêutica como objetivo central, isto é, ajudar o paciente com sua saúde mental. Mas o que é saúde mental para a psicanálise? A seguir examinaremos esta questão, sob o vértice kleiniano, procurando sempre fazer referência ao nosso caso clínico, ou seja, tentaremos salientar o que é específico do paciente melancólico.

A escolha desse vértice teórico leva em consideração a formação pessoal e acadêmica do pesquisador, e também tem relação com as possibilidades terapêuticas desta escolha. Vimos acima que a melancolia e as neuroses narcísicas em geral podem ser consideradas psicoses, e esta escola teórica abrigou vários psicanalistas que acreditaram na possibilidade de analisar as psicoses, pois, apesar de a transferência psicótica ter uma natureza bastante diversa da transferência neurótica, ela ainda assim existe, e portanto há a possibilidade de trabalhar nesta transferência, mesmo com suas dificuldades e limitações peculiares. Entre outros fatores, aprimoramentos sobre a teoria freudiana, com o aprofundamento da teoria das relações objetais¹⁸ permitiram avanços

¹⁸ Utilizamos a expressão “teoria das relações objetais” como em Ogden (2004, p. 85), para nos referirmos a “um grupo de teorias psicanalíticas, que têm em comum um conjunto de metáforas articuladas de forma aberta e que se referem aos efeitos intrapsíquicos e interpessoais do relacionamento entre objetos ‘internos’ inconscientes (isto é, entre partes inconscientes cindidas da personalidade). Este grupo de teorias coexiste com a teoria psicanalítica de Freud como um todo, ora se sobrepondo ora

nessa direção, por exemplo, ao levar em consideração aspectos não verbais da transferência, tal como as identificações projetivas. Em 5.2 abaixo falaremos um pouco mais da escolha desta abordagem teórica.

Primeiro então tentaremos estabelecer metas ou resultados terapêuticos desejáveis na terapia das neuroses narcísicas, e em seguida examinaremos, de forma conjunta por serem assuntos intimamente relacionados, tanto a transferência quanto o trabalho terapêutico no tratamento dessas afecções.

5.1 Critérios e metas terapêuticas

Na concepção de Melanie Klein, a base da saúde mental é uma personalidade bem integrada, a qual descreve enumerando alguns de seus elementos: “maturidade emocional, força de caráter, capacidade de lidar com emoções conflitantes, equilíbrio entre a vida interna e a adaptação à realidade e uma bem-sucedida fusão [*welding* ou soldagem, no original] das diferentes partes da personalidade em um todo” (1960, p. 306). Falando sobre o primeiro desses elementos, a autora diz que maturidade emocional “significa que esses sentimentos de perda podem ser contrabalançados até certo ponto pela capacidade de aceitar substitutos, e assim as fantasias infantis não perturbam a vida emocional adulta” (idem). Os sentimentos de perda a que se refere são os desejos e as fantasias infantis não realizados (frustrados), e quando os ressentimentos sobre a sua não-satisfação são excessivos fica impedida sua elaboração, consequentemente “as relações pessoais e o prazer proveniente de diversas origens ficam perturbados, e torna-se difícil aceitar os substitutos que seriam mais apropriados

complementando ou mesmo contradizendo outras linhas de pensamento (cada qual utilizando um conjunto algo distinto de metáforas)”.

aos estágios posteriores do desenvolvimento, e o sentido da realidade fica prejudicado” (Klein, 1960, p. 306). Aceitar substitutos, no contexto em que examinamos *Luto e Melancolia*, se traduziria em conseguir reinvestir a libido em novos objetos ao invés de retirá-la dos objetos perdidos e criar identificações e cisões no ego. Dessa forma, a definição de saúde mental, ao incluir a capacidade de lidar com perdas, de perfazer o trabalho de luto, toca frontalmente numa das principais dificuldades do melancólico.

Também participa nessa definição de saúde mental o sentido da realidade, que conforme vimos em outros lugares (3.2.2, 3.3, 4.2, 4.3), é prejudicado nas neuroses narcísicas. Um fator preponderante aqui é o uso predominante da recusa (*Verleugnung*), com sua tendência fragmentadora e empobrecedora para o ego. Curiosamente, “lançar mão em excesso da negação [recusa] se deve a não ser o ego forte o suficiente para lidar com a dor” (Klein, 1960, p. 308), e assim tragicamente o próprio mecanismo ao qual o ego recorre por ser muito fraco, por sua vez o enfraquece ainda mais. Além disso, para essa autora, saúde mental não é compatível com superficialidade do ego. A recusa, porém, “se for predominante levará a uma falta de profundidade, pois impedirá o *insight* sobre a vida interior e, assim, uma real compreensão dos outros” (idem). A dificuldade de alteridade, desta forma, também é indício de problemas na saúde mental, encontrando no excesso de recusa um de seus fatores principais. Já a capacidade de alteridade e compaixão, por outro lado, são um corolário da saúde mental: “uma pessoa que consegue vivenciar a tristeza profundamente quando ela ocorre, é também capaz de partilhar o pesar e infortúnio das outras pessoas” (idem), sem, porém, perder a noção de fronteira entre eu e outro, isto é, sem deixar-se sobrepujar pelas emoções do outro, reconquistando e mantendo o próprio equilíbrio psíquico.

Aqui acreditamos ser oportuno fazer uma relação com a gravura *Melencolia I* de Albrecht Dürer (1514), retomando brevemente assim a ligação histórica entre a

melancolia e a acídia que abordamos no item 3.1 acima (vide anexo I). Essa gravura exibe uma figura humana e ao mesmo tempo angelical, sentada na típica pose do melancólico, apoiando a cabeça sobre uma das mãos. Há vários símbolos nesta gravura, mas daremos destaque particular a um deles, uma grande pedra angulosa. Walter Benjamin, com Albertinus (escritor alemão, 1560-1620), refere-se a este símbolo:

Seu lugar no inventário dos símbolos está assegurado. Lendo as palavras de Aegidius Albertinus sobre o melancólico – “a aflição, que em geral abrandando o coração, torna-o cada vez mais obstinado em seus pensamentos perversos, porque *suas lágrimas não caem no coração*, suavizando sua dureza, mas acontece com ele como com a pedra, que se molha por fora apenas (...)” (Benjamin, 1984, p. 176, grifo nosso).

E também: “o símbolo da pedra (...) uma referência ao conceito teológico do melancólico, contido num dos pecados capitais: a acedia, a inércia do coração” (p. 177). Tanto o melancólico de Dürer quanto o da psicanálise têm a dificuldade de fazer as lágrimas chegarem ao coração, umedecendo-o, abrandando-o e tirando-o de sua inércia. Ou, nos nossos termos: o melancólico não consegue lidar com a dor da perda; suas defesas são muito rígidas e radicais contra o contato com a dor. Na *Melencolia I* também encontramos um cão dormindo e ferramentas no chão, indicando uma letargia, uma incapacidade para o trabalho. Aqui nos apropriamos da cena para pensar na dificuldade do melancólico para a realização do trabalho de luto. O luto, para Melanie Klein, “é um processo de aprofundamento da relação do sujeito com seus objetos internos. Se, no início, a impressão é de caos absoluto, de que o mundo interno se despedaçou e destruiu, há depois uma intensa alegria e uma esperança vitalizante, quando os objetos internos bons são recuperados e reinstalados no mundo interno, que parece então renascer das cinzas” (Cintra e Figueiredo, 2004, p. 101). Desta forma, quando “a pessoa pode chorar a sua perda, resgata ela também o sentimento de amor

em relação à pessoa perdida, e é esse sentimento de ser capaz de amar quem se foi o que vai ampliar a segurança sentida com relação a seu mundo interno” (idem, p. 100).

Ogden lembra que “para chorar ou lamentar a perda do objeto, é preciso trabalho psicológico de permitir que o objeto morra irreversivelmente, tanto na própria mente quanto no mundo externo” (Ogden, 2004, p. 97), e que liberta o paciente de um “vínculo mutuamente aprisionante da relação interna inconsciente com o objeto perdido” (idem). Aqui vale lembrar o longo tempo que Julio se prendeu ao ex-namorado após a separação. Já se vislumbra desta forma que uma possível meta terapêutica, ou resultado almejado, poderia ser ajudar o paciente a lidar com a posição depressiva da qual tanto ele se defende, restabelecendo ou desenvolvendo sua capacidade para o trabalho de luto e, em última instância, sua capacidade de amar. É interessante notar de fato, que Cintra e Figueiredo, falando sobre a clínica kleiniana, descrevem a análise como “um dispositivo construído para reativar e favorecer os processos de luto” (idem, p. 101).

Mas voltando a falar da falta de *insight* que mencionamos logo acima, causada pelo uso intenso de recusa, ela resulta que inconscientemente as partes da personalidade permanecem desconhecidas, o que gera insegurança e falta de auto-confiança. Estas, por sua vez, levam a uma fuga para o mundo exterior; porém “em caso de má sorte ou de fracasso nas conquistas ou nas relações com as pessoas, tais indivíduos são incapazes de lidar com esses fatos” (Klein, 1960, p. 308). No caso de Julio vimos como essa fuga para o mundo exterior era uma constante. Diga-se de passagem, a própria noção de interior e exterior encontra-se prejudicada. Klein reitera, porém que as “satisfações externas não compensam a falta de paz de espírito” (p. 309). Esta paz de espírito, diz a autora, tem como condição a redução dos conflitos interiores, resultando numa maior confiança em si e nos outros; portanto sem esta paz de espírito o

indivíduo sempre ficará ao sabor dos reveses externos, respondendo com fortes sentimentos de persecutoriedade e privação, o que no caso de Julio era bastante frequente.

Klein continua sua descrição de saúde mental indicando que ela é baseada num interjogo entre os impulsos de amor e ódio (em termos freudianos, entre pulsão de vida e pulsão de morte), em que a capacidade para amar é predominante (idem). Temos aqui mais uma característica da saúde mental que contrasta diametralmente com uma importante limitação do melancólico, isto é, sua falta de capacidade para amar. O desenvolvimento desta capacidade, recorda a autora, depende de que o bebê consiga fazer uma cisão exitosa, mas não excessivamente profunda, entre aspectos amados (gratificantes) e odiados (frustrantes) da mãe. O bebê consegue assim obter segurança da sua relação com a mãe amada, e isto o permite desenvolver a capacidade para amar (Klein, 1960, pp. 309, 310).

No início da posição depressiva o bebê começa a perceber, dolorosamente, os ataques fantasiados à mãe, o que enseja ansiedades paranoides e também depressivas. Um dos mecanismos psíquicos que Klein aponta como capaz de diminuir a culpa desses ataques é a reparação. Ela dá segurança ao bebê pois este sente que ao agradar a mãe ele desfaz o mal feito a ela em suas fantasias agressivas (p. 310). Mas quando o bebê não consegue, por quaisquer razões, dar expressão a seu desejo de reparação, isto significa para ele que sua capacidade de amar não é forte o suficiente, e então ele lança mão de uso aumentado de processos de cisão (idem). O impulso para realizar reparações e proteger o objeto danificado se destaca na posição depressiva. Ele “abre o caminho para relações objetais e sublimações mais satisfatórias, [e] incrementa, por sua vez, a síntese e contribui para a integração do ego” (Klein, 1946, p. 330). Assim, no que diz respeito à fragmentação presente nas neuroses narcísicas, o desenvolvimento da

capacidade de reparação realista (não maníaca) seria um dos possíveis resultados terapêuticos bem-vindos numa terapia, contribuindo para maior integração do ego, “visto facilitar uma crescente compreensão da realidade psíquica e a melhor percepção do mundo externo, assim como a síntese cada vez maior entre as situações interna e externa” (idem).

A onipotência, conforme já vimos (3.2.2), está associada à negação da realidade psíquica, e assim é natural que onde esta predomine haverá uma saúde mental deteriorada. A onipotência faz tanto o sentimentos de amor quanto os de ódio parecerem extremamente poderosos (Klein, 1960, p. 311), e desta forma, sob a onipotência qualquer ataque fantasiado a um objeto trará, como consequência, a impressão inconsciente de que o ataque desejado realmente aconteceu, trazendo maior persecutoriedade, culpa e uso de mecanismos de defesa mais primitivos. A criança se sente má e tenta escapar da culpa atribuindo sua maldade a outros, projetando-a nos outros, o que por sua vez reforça suas ansiedades persecutórias (Klein, 1960, pp. 311, 312). Essa “dinâmica evacuativa de negar, projetar e expulsar a realidade psíquica” (Cintra e Figueiredo, 2004, p. 87), correspondente à posição esquizo-paranoide, leva, no limite, ao estado de coisas descrito por Bion (1962) em que, para a personalidade intolerante à frustração, evacuar um objeto mau é equivalente a se alimentar de um objeto bom, e assim o psiquismo, que poderia vir a ser um aparato para pensar, será sentido pelo indivíduo apenas como um aparato para livrá-lo do acúmulo de objetos internos maus. É uma dinâmica bem diferente daquela da posição depressiva: já esta está associada a conter e elaborar a realidade psíquica, e sua dinâmica “pode ser comparada a uma gestação: por meio do trabalho de elaboração da realidade psíquica (...) se constitui o sujeito psíquico – trabalho, portanto, de gênese” (Cintra e Figueiredo, 2004, p. 87).

Vimos em 3.3 que na escolha de objeto de tipo narcísico, fundamental no entendimento da melancolia, o objeto é sentido como sendo o que falta para o ego tornar-se ideal. Há, assim, uma idealização do objeto e uma auto-idealização, decorrentes da necessidade do bebê de separar bom e mau, tanto em si mesmo quanto nos objetos (Klein, 1960, p. 311). Em Julio vimos uma auto-imagem idealizada (aluno exemplar, morou no exterior, fala línguas estrangeiras, tem mais estudos do que a maioria da população, etc.), porém difícil de efetivar em termos de realizações, e a idealização do objeto (o ex-namorado com quem qualquer um que namorasse se sentiria magicamente o “bam-bam-bam do pedaço”). A idealização tem o efeito de reassseguramento, e serve para contrapor as ansiedades persecutórias. Porém, tanto a idealização quanto a persecutoriedade nublam o julgamento, impedindo uma visão de mundo e da vida mais maduras (Klein, 1960, p. 311). Já quando a idealização e outras dessas defesas primitivas *não são* utilizadas em excesso, abre-se a possibilidade do *insight* e da saúde mental: “uma pessoa saudável pode dar-se conta de sua necessidade de ver toda situação desagradável sob uma luz mais agradável, e pode corrigir sua tendência de embelezá-la. Desse modo, ela fica menos exposta à experiência dolorosa de a idealização se romper e as ansiedades persecutória e depressiva tomarem o controle” (p. 312).

Falamos mais no início deste tópico que a base da saúde mental é uma personalidade integrada, e mencionamos que a reparação é um mecanismo benéfico para a integração. A expressão dessa integração, nas palavras de Klein, é a soldagem das partes do *self* num todo. A necessidade de integração

Se origina do sentimento inconsciente que partes do *self* são desconhecidas, e há uma sensação de empobrecimento pelo fato de o *self* estar privado de algumas de suas partes. [Este mesmo sentimento] aumenta a premência por integração. A necessidade de integração se origina, além disso, do conhecimento inconsciente de que o ódio só pode ser mitigado pelo amor e, se os dois forem mantidos separados, esta mitigação

não pode se dar. Apesar da premência, a integração sempre implica dor, pois é extremamente doloroso fazer face ao ódio excindido e suas consequências; A incapacidade de suportar essa dor desperta novamente a tendência a excindir [*split off*] as partes ameaçadoras e perturbadoras dos impulsos. Apesar desses conflitos, numa pessoa normal pode ocorrer um considerável grau de integração, e quando esta é perturbada por razões externas ou internas, a pessoa normal é capaz de encontrar seu caminho de volta para ela. A integração tem também por efeito a tolerância em relação aos nossos próprios impulsos e, portanto, também em relação aos defeitos das outras pessoas. Minha experiência tem me mostrado que nunca há uma integração completa, mas quanto mais o indivíduo se esforçar nessa direção, mais *insight* terá sobre suas ansiedades e impulsos, mais forte será o seu caráter, e maior o seu equilíbrio mental (Klein, 1960, p. 312).

Podemos tentar resumir, desta forma, o que seriam resultados desejáveis de uma terapia com um paciente melancólico: A promoção de uma maior capacidade de reparação e integração, permitindo maior *insight* e conhecimento das partes da personalidade. O conhecimento e a maior aceitação das partes más da personalidade diminuiria a necessidade de cindi-las e projetá-las. Diminuindo-se a dinâmica evacuativa e onipotente de negar, projetar e expulsar a realidade psíquica, diminuiriam a persecutoriedade e culpa que estas ensejam, e os processos de idealização que servem para contrapô-las. Em termos das relações com as outras pessoas, o outro tenderia a ser visto mais realisticamente e menos com as cores saturadas pelas das fantasias e projeções, o que, acompanhado de um desenvolvimento da noção de separação eu-outro, propiciaria uma maior alteridade: o outro precisaria ser menos controlado em fantasia, ao ser menos intensamente alvo de identificações projetivas. O paciente ficaria mais livre e menos dependente de que o outro o gratifique, e o outro ficaria mais livre, inclusive, para frustrar o paciente, afinal este teria mais habilidade de lidar com a frustração e a perda, isto é, estaria mais apto a realizar o trabalho psíquico do luto, recorrendo menos ao trabalho da melancolia, que destrói o objeto. O indivíduo capaz de

sofrer o luto, diz Ogden, “consegue se livrar do embate entre a vida e a morte, que congela o melancólico” (Ogden, 2004, p. 96). Isto tudo envolveria mudanças profundas e naturalmente demoradas no mundo interno do paciente, que no melancólico é “poderosamente formado pelo desejo de aprisionar o objeto em forma de um substituto imaginário” (p. 90).

O objeto externo, bem como o bom objeto interno, poderiam assim ser preservados, e sendo este último “uma ‘reserva’ interna de experiências de prazer que pode funcionar como uma garantia de acesso ao prazer e à segurança, aumentando a capacidade de tolerar estados transitórios de privação ou frustração” (Cintra e Figueiredo, 2004, pg. 84), diminuiria a necessidade de reassuramentos externos. Um uso maior de escolha de objeto tipo “de apoio”, e menor da do tipo narcísico, faria com que nos relacionamentos o paciente procurasse no outro não o que ele mesmo é, ou o que foi, ou o que gostaria de ser, ou a pessoa que foi parte dela mesma, mas alguém verdadeiramente diferente, que é algo muito mais realista e enriquecedor em termos de experiências. Um melhor equilíbrio entre pulsão de morte e pulsão de vida, ou seja, um predomínio dos impulsos amorosos sobre os de ódio permitiria que o objeto fosse poupado da destruição em caso de frustração. Da mesma forma, seria evitada a identificação com o objeto perdido e a tentativa de aniquilação, por parte do superego, desta parte do ego identificada com o objeto perdido. Em termos de fases da organização libidinal, estaríamos ajudando o paciente a se desenvolver na direção que vai da fase Oral Canibalesca à fase Genital Final. E em termos das fases do amor objetal, o percurso é do Narcisismo em direção ao Amor Objetal. Ou, ainda, em termos kleinianos, podemos dizer que o paciente precisa da nossa ajuda para lidar com os medos persecutórios e interromper o círculo vicioso que essa autora descreve como

obstáculo ao enfrentamento da posição depressiva, enfrentamento necessário por promover maiores integração do ego e compreensão da realidade psíquica:

Se o desenvolvimento durante a posição esquizoparanoide não se processou normalmente e a criança não pode – por razões internas ou externas – suportar o impacto das ansiedades depressivas, estabelece-se um círculo vicioso. Pois se o medo persecutório e os correspondentes mecanismos esquizóides forem demasiado fortes, o ego não será capaz de eliminar a posição depressiva. Isso obriga o ego a regredir para a posição esquizo-paranoide e reforça os anteriores medos persecutórios e fenômenos esquizóides. (Klein, 1946, p. 331)

Ou, nas palavras de Cintra e Figueiredo,

Não é suficiente entrar na posição depressiva, o mais difícil é, na verdade, a sua elaboração mais intensiva, processo que nos casos mais saudáveis ocupa os cinco primeiros anos de vida – o chamado período de elaboração da neurose infantil – e depois disso terá de ser sempre retomado. O processamento da posição depressiva e do complexo de Édipo são, fundamentalmente, processos de luto. Celebra-se o fim das ilusões onipotentes e do narcisismo fálico da primeira infância e abre-se espaço para os ideais mais secundários, para a possibilidade de assumir um destino sexuado que implica não poder ser ao mesmo tempo homem e mulher, mas, principalmente, que envolve a difícil passagem da aspiração a ser tudo para alguém para uma etapa em que se consinta manter um relacionamento no qual os parceiros podem ter vidas e prazeres independentes um do outro. Celebra-se, portanto, o luto da relação diádica (... da) célula narcísica (Cintra e Figueiredo, 2004, pp. 159, 160)

Isto tudo se manifestaria numa vitalização e num desenvolvimento ou recuperação da capacidade de amar. Mas como isto pode ser feito, na prática? Examinaremos esta questão no próximo tópico.

5.2. Transferência-contratransferência e o trabalho terapêutico das neuroses narcísicas

No tópico anterior examinamos aquilo que seria desejável como resultado terapêutico na psicoterapia das neuroses narcísicas, mas sem nos preocuparmos com como isto poderia ser atingido. Agora então partiremos para um exame de como este trabalho terapêutico pode ser realizado. Trataremos, também, da questão da transferência-contratransferência, pois, como veremos, ambos os temas estão intimamente entrelaçados.

Strachey, por exemplo, associa diretamente a ação terapêutica da psicanálise à transferência, quando descreve o que chamou de “interpretação mutativa”, instrumento essencial, na sua opinião, para o funcionamento de qualquer tratamento psicanalítico. As considerações que este autor faz para explicar este tipo de interpretação são particularmente interessantes para nós, pois ajudam a esclarecer nossa escolha de modelo teórico: conceitos freudianos e kleinianos encontram-se aqui entrelaçados de forma harmônica, com finalidade terapêutica. Antes de falarmos mais deste tipo de interpretação, então, vejamos algumas das considerações desse autor sobre a transferência, que tem nela uma participação chave. A transferência é, para ele, o principal fator envolvido na dissolução das resistências, o que para nós acena como um caminho em direção à superação das reações terapêuticas negativas.

A transferência, continua esse autor, pode e deve ser analisada, sendo esta a parte mais importante do tratamento analítico. A constante análise da transferência levaria a um desinvestimento de catexias do sintoma original, e a um intenso investimento destas na relação analítica, culminando no que Freud chamou de neurose de transferência, quando “os conflitos originais que levaram ao início da neurose

começavam a ser re-atuados na relação com o analista.” (Strachey, 1934, p. 68, trad. livre). A ocorrência da neurose de transferência se mostra vantajosa na clínica, pois permite lidar com problemas antigos através de fenômenos atuais:

ao invés de termos que lidar o melhor possível com conflitos do passado remoto (...) encontramos-nos envolvidos numa situação real e imediata (...) se fizermos com que nesse conflito revivido na transferência o paciente escolha uma nova solução ao invés da antiga, uma solução em que o método primitivo e inadaptado de repressão é substituído por um comportamento mais em contato com a realidade, então mesmo depois de distanciado da análise o paciente não recairá em sua neurose anterior (Strachey, 1934, pp. 68, 69).

A solução do conflito na transferência, assim, implicaria a solução do conflito infantil que deu origem à afecção, e do qual aquele é apenas uma reedição.

Outro dos pilares da interpretação mutativa é o superego, o que nos parece ser particularmente importante, uma vez que essa instância psíquica tem uma participação característica nas neuroses narcísicas, especialmente na melancolia. Além disto o superego é responsável direta ou indiretamente por grande parte das repressões e resistências que se desejaria dissolver numa análise: dos cinco tipos de resistência mencionados por Freud em *Inibições, sintoma e angústia* (1926), Strachey lembra que uma delas é atribuída diretamente ao superego, e duas das resistências do ego se dão por temor ao superego. Ele indica por outro lado que, no tratamento, é através do superego que o analista mais consegue influenciar o paciente, e isto se dá entre outros, graças ao analista ocupar o lugar do superego daquele, como se verá mais abaixo. O superego, assim, ocupa uma posição privilegiada na terapia psicanalítica por ser “parte da mente do paciente em que uma alteração favorável mais provavelmente levaria a uma melhora geral, e é uma parte da mente do paciente que é especialmente sujeita à influência do analista” (idem, p. 69).

Com Melanie Klein, Strachey lembra da importância do interjogo da introjeção e projeção na formação do superego primitivo, e os problemas que advêm quando há uma perturbação nesses processos e a ocorrência de um “círculo vicioso neurótico” de projeção de aspectos agressivos orais e reintrojeção destes aspectos, na forma de superego, contra o próprio ego. A dificuldade do indivíduo em lidar com os impulsos agressivos impede seu desenvolvimento psíquico, fixando-o a um nível pré-genital, uma vez que o ego fica refém do superego primitivo, selvagem e extremamente severo que se estrutura no círculo vicioso mencionado. Strachey propõe que a via terapêutica envolveria tornar o paciente menos temeroso de seu superego ou do objeto introjetado, fazendo-o projetar imagens menos terroríficas no objeto externo e tendo assim menos necessidade de sentir hostilidade em relação a ele. “O objeto então introjetado seria por sua vez menos selvagem na sua pressão sobre os impulsos do id, o que diminuiria parte da ferocidade primitiva.” (Strachey, 1934, p. 71). O que o autor descreve se configura assim num “círculo benigno” que permitiria a retomada do desenvolvimento do ego e o atingimento do nível genital. O superego transformado por este processo seria comparativamente mais brando, e o ego teria um contato com a realidade razoavelmente sem distorções. Tudo isto se fundamenta no fato de o paciente dirigir os impulsos do id majoritariamente ao analista, e a aceitação, em algum grau, em ter no analista um substituto para seu superego. Esse autor fala assim do analista ocupando a função de um “superego auxiliar” (idem).

Ainda desenvolvendo os fundamentos da interpretação mutativa, Strachey menciona o fato de que o indivíduo projeta nos objetos reais exteriores seu objeto interno predominante. O neurótico projetará mais do objeto interno mau, que predomina sobre o bom, e conseqüentemente em sua fantasia o mundo será predominantemente perigoso e hostil. Mas como também o objeto bom introjetado é

idealizado sob fantasias infantis e arcaicas, mesmo os bons objetos de fantasia, quando projetados na realidade externa, farão com que o contato com esta seja distorcido. Assim, quando o paciente encontra um novo objeto na vida real, ele tenderá a projetar sobre ele seu mau objeto introjetado, e consequentemente, o objeto externo na fantasia lhe parecerá perigoso. Isto colocará em marcha o círculo vicioso neurótico: ao introjetar este novo objeto, estará “adicionando mais uma imago aterrorizante às aquelas previamente introjetadas. A imago introjetada será simplesmente uma duplicata daquelas originais e arcaicas, e seu superego permanecerá quase completamente como era antes” (Strachey, 1934, p. 72).

O processo se dá de forma análoga quando se inicia pela projeção de uma imago boa: os efeitos benéficos da introjeção, neste caso, seriam terapeuticamente irrelevantes por não serem qualitativamente diferentes de imagos arcaicas, vindo apenas a reforçar o superego arcaico “bom” previamente presente. Daqui podemos inferir uma certa ineficácia de quaisquer terapias de apoio, por serem baseadas na introjeção de imagos positivas, ou, mesmo em psicanálise, no uso de reassuramentos, orientações ou considerações teóricas junto ao paciente. Na análise, porém, a situação de encontro com o objeto é potencialmente diferente da descrita acima. Lá, devido às peculiaridades do *setting* psicanalítico, o paciente tenderá a introjetar a imago do analista separadamente de seu superego, no que Strachey chamou de superego “auxiliar” (p. 72). A característica mais importante do superego auxiliar é que “seu conselho ao ego é consistentemente baseado em considerações *atuais* e *reais* e isto em si serve para diferenciá-lo da maior parte do superego original” (idem, grifos no original). Obviamente esta é uma situação analítica ideal, pois sempre há o risco de o paciente projetar uma imago aterrorizante no analista, colocando em risco a existência do incipiente superego auxiliar. Sempre há o risco, podemos complementar, do

desenvolvimento de uma reação terapêutica negativa.

Todo este preâmbulo para a descrição da interpretação mutativa, como já dissemos, ajuda a fundamentar a escolha de linha teórica na abordagem de nosso problema de pesquisa: Strachey utiliza elementos do repertório kleiniano para descrever a ação terapêutica da psicanálise, em especial, as relações de objetos que, como vimos anteriormente com Ogden, praticamente “nascem” em *Luto e Melancolia*. E, apesar de que no texto em exame Strachey não faz referência específica às neuroses narcísicas ou à melancolia, acreditamos que os mesmos fundamentos valham para estes casos, e talvez até de forma mais essencial do que nas neuroses de transferência (histerias e neurose obsessiva), por conta da ênfase dada à possibilidade de mudanças no superego do paciente.

Agora voltemos para a definição de interpretação mutativa. Strachey a descreve em duas fases, separadas assim por ele apenas por uma questão de didática. Na primeira fase, o paciente se torna consciente de um conteúdo emocional, de uma “quantidade de id-energia dirigida ao analista” (1934, p. 73), e na segunda fase “o paciente se dá conta de que esta id-energia é direcionada a um objeto de fantasia arcaica, e não ao objeto real [o analista]” (idem). Tomando como exemplo a interpretação de um impulso hostil, Strachey fala que

em virtude de seu poder (seu poder estritamente limitado) como um superego auxiliar, o analista dá permissão para uma pequena quantidade de id-energia do paciente (no nosso caso, na forma de um impulso agressivo) se tornar consciente. Como o analista é também, pela natureza da situação, o *objeto* dos id-impulsos do paciente, a quantidade deles lançada agora na consciência será conscientemente dirigida ao analista. Este é o ponto crítico. Se tudo der certo, o ego do paciente se dará conta do contraste entre o caráter agressivo de seus sentimentos e a natureza real do analista, que não se comporta como os objetos arcaicos “bons” ou “ruins” do paciente (Strachey, 1934, p. 73, trad. livre)

O paciente se dá conta, desta forma, que há uma diferença entre a fantasia arcaica e a situação real, ou seja, que suas criações (alucinações) e a realidade não são a mesma coisa, e desta forma a interpretação é dita mutativa por ter produzido uma brecha no círculo vicioso neurótico. Ao perceber que o objeto externo não é tão agressivo, ele diminuirá sua própria agressividade. O novo objeto interno que ele introjetar também será menos agressivo, e com isto levará a uma diminuição da agressividade do superego. Ao mesmo tempo, aponta Strachey, “o paciente terá acesso ao material infantil que está sendo re-experimentado por ele na sua relação com o analista” (idem). O paciente estará internalizando um novo *relacionamento*, como aponta Gabbard (1999), e operando uma modificação nas relações de seus objetos internos. Isto contraporía a relação de abandono e a dinâmica sado-masoquista que o melancólico introjetou via identificação narcísica, que mencionamos em 3.2.1. Este autor também menciona que esse modelo terapêutico, que enfatiza a internalização do analista, é geralmente atribuído ao trabalho de Hans Loewald, que “comparara a análise a um processo de reparentalidade (*reparenting*) no qual a criança internaliza aspectos do genitor (*parent*)” (Gabbard, 1999, p. 65, trad. livre), e também às elaborações conceituais de Bion (continência) e Winnicott (*holding*): “o terapeuta ‘segura’ (*holds*) ou contém os afetos e representações internas do *self* e de objetos que o paciente projetou por serem difíceis de tolerar. Depois de ‘desintoxicar’ ou modificar estes afetos e representações internas, o analista as devolve ao paciente numa forma modificada” (idem).

A ação terapêutica da psicanálise, ainda com Strachey, depende essencialmente da existência de interpretações mutativas, que vão agindo em inúmeros e diminutos passos, ainda que não sejam exclusivas e nem majoritárias. As interpretações extra-transferenciais, indica ele, tendem a não ser mutativas, sendo portanto menos eficientes.

No caso em estudo na presente pesquisa, o paciente trazia muitas queixas de comportamentos de outras pessoas, sempre oferecendo para o analista a “via rápida” de analisar o material extra-transferencialmente. Ainda que Strachey conceda que as interpretações extra-transferenciais possam ter a utilidade de abrir caminho para as interpretações transferenciais, é de se notar, no caso clínico em estudo, que a maior parte das tentativas do terapeuta de interpretar transferencialmente, por exemplo apontando para o Julio a fantasia inconsciente dele de que, desabafando todas as queixas no analista este iria magicamente sanar seus desconfortos psíquicos, eram geralmente repelidas.

Por outro lado, Strachey lembra, também com Melanie Klein, que há uma dificuldade em oferecer interpretações, especialmente as mutativas, sempre pairando sobre o analista: há uma tentação frequente em fazer alguma outra coisa, como dar uma interpretação extra-transferencial, fazer uma consideração racional, sugestão, reasseguramento, abreação, etc., sugerindo com isto que quando o analista dá uma interpretação mutativa trata-se de “um ato crucial para o analista e para o paciente, e que [o analista] está se expondo a grande perigo ao fazê-lo” (Strachey, 1934, p. 80), e isto se dá porque “no momento da interpretação o analista está de fato evocando deliberadamente uma quantidade de id-energia do paciente (...) [que é] real e inequivocamente dirigida diretamente a ele. Tal momento deve acima de todos os outros testar suas relações com seus próprios impulsos inconscientes” (idem). No caso em pauta, uma maneira particular do paciente ouvir e entender o que o terapeuta falava, em que é notável uma transformação sob o viés persecutório, tornava mais arriscado ainda o momento da interpretação, mesmo extra-transferencial como na vinheta a seguir, quando o paciente se queixa de sua crise financeira e em seguida se queixa que uma colega não pagou “uns trocados” que devia a ele:

Terap: Se são só uns trocados que a sua amiga está lhe devendo, mesmo que ela lhe pague não resolverá o seu problema... talvez você precise tentar ganhar mais.

Pac: (em tom de voz diferente, como que ofendido) Do jeito que você fala parece até que eu não estou me mexendo.

Neste outro exemplo fica claro o quanto Julio projetava imagens persecutórias sobre o analista. Ele falta na sessão anterior, sem avisar, e nesta sessão dá um indício que teria ido a um encontro naquele horário; o terapeuta, apenas para se certificar do que tinha entendido, pergunta:

Terap: Foi por ter ficado o dia todo com Fulano que você faltou aqui ontem?

Pac: Tá me chamando de fútil?

Em situações como esta o terapeuta procurava, por assim dizer, por em prática a segunda fase da interpretação mutativa, mostrando ao paciente que quem o estava chamando de fútil era um objeto interno, e não o próprio terapeuta:

Terap: Não, isto é um julgamento moral que você faz com você mesmo e atribui a mim ao me escutar. Eu só havia perguntado para ver se o havia entendido direito.

Apesar de que Strachey enfatiza a *interpretação* mutativa, trata-se, acima de tudo, de uma *relação* mutativa que o analista precisa estabelecer com o paciente, na transferência. É na relação transferencial que residem as dificuldades e possibilidades do trabalho analítico. No relato de caso indicamos que uma transferência-contratransferência se instaura de forma expressa e prematura: já na primeira entrevista o paciente se mostrou muito interessante e atraente ao analista, e este se sentiu bastante interessado e atraído. Mas logo o idílio inicial deu lugar a uma relação muito mais árdua. Podemos pensar que isso repete, na terapia, uma dinâmica narcísica do paciente que consiste em seduzir o objeto, mostrar-se desejável a ele e mesmo extrair prazer de se perceber desejado, para depois abandoná-lo, mostrando que dele prescinde. Também nos ocorre que essa dinâmica se assemelha à transferência psicótica, conforme a concepção de Bion, o que é coerente com aquilo que vimos sobre os aspectos psicóticos

das neuroses narcísicas e, ainda, com a predominância da ligação objetal promovida pela escolha de objeto do tipo narcísico: “A *transferência psicótica* pode instalar-se de forma precoce, com muita dependência, e pode ser tenaz; porém é frágil e muito instável” (Zimmerman, 2003, p. 126).

Falemos um pouco mais da transferência-contratransferência no caso clínico abordado. Em um episódio digno de nota, vimos que no final do segundo ano da terapia Julio faltou duas vezes seguidas sem avisar, o que segundo o estatuto da clínica ensejaria interrupção do tratamento. O próprio paciente chegou a verbalizar sua suspeita de que o terapeuta não queria mais atendê-lo. Apesar de que o tratamento não fora interrompido, sua suspeita não era de todo errada: estas e outras frequentes faltas sem aviso despertavam sentimentos intensos na contratransferência, possivelmente perceptíveis pelo paciente. As faltas denotavam algo a seu respeito: o maltrato deste para com o terapeuta, num descaso próprio do narcisista, mas talvez também numa tentativa de comunicar ao terapeuta o que sentia, projetando para dentro dele seu ódio e ressentimento decorrentes de suas experiências de desamparo e abandono. Essa comunicação, mediada por identificações e contraidentificações projetivas, tem um caráter fusional, e comporta um desejo do paciente de obter do analista constantes reassuramentos e mostras de amor, instaurando assim uma relação de dependência. Se o analista se mantiver preso a esta dependência fusional fantasiosa, reassurando e dando mostras de amor ao paciente, abrirá mão de uma ótica autônoma e do próprio trabalho analítico, somente alimentando as fantasias onipotentes do paciente. Notamos, com Strachey, que os reassuramentos são usados pelo paciente para a introjeção de imagos arcaicas “boas” e portanto carecem de valor terapêutico. A tentativa do analista de atuar de forma independente, porém, frequentemente era sentida por Julio como omissão ou mesmo traição, gerando ressentimentos e novas defesas, resistências e

ansiedades, e turbulência na transferência:

Pac: Acho que a gente não está conseguindo dialogar. Acho que estou ouvindo sempre as mesmas coisas, fico incomodado com isso.

Terap: Acho que você fica chateado também porque aqui o tipo de conversa que nós temos é diferente de uma conversa com amigos, numa mesa de bar...

Pac: Você sempre fala isso também.

Terap: Você parece estar bem ressentido comigo...

Pac: Você falou num tom menosprezando tudo. Assim é que eu ouvi.

Vimos também que como defesa contra as ansiedades geradas pela dependência e a sensação constante de insuficiência Julio apresenta uma relação de “independência” e auto-suficiência em relação ao outro. Na terapia, essa “independência” o impede de reconhecer qualquer veracidade e valor nas interpretações oferecidas, impedindo-o assim de usufruí-las e conferindo uma aridez à relação transferencial. Chegamos a ver em 4.3, com Rosenfeld, que as partes onipotentes e destrutivas do self podem levar a um impedimento das relações objetais de dependência e à depreciação dos objetos externos. O que está em atividade aí são os aspectos destrutivos do narcisismo, movidos em grande parte por inveja. Na transferência, “isto se manifesta na necessidade do paciente de desvalorizar o trabalho analítico que achou útil” (Rosenfeld, 1971, p. 248). Uma situação interessante ocorreu quando paciente e terapeuta cruzaram-se por acaso na rua, este último acompanhado de uma companhia feminina. Logo na sessão seguinte, o paciente comentara pejorativamente sobre a situação, fazendo referência a como o terapeuta estivera “mal-vestido”. Podemos conceber que o paciente tenha se sentido diminuído e invejado o terapeuta ao vê-lo formando um casal heterossexual com uma desconhecida; o resultado é que a depreciação dá a tônica na experiência com o objeto, inclusive na transferência.

Rosenfeld fala de dois tipos de narcisismo: um narcisismo libidinal, que

corresponde à supervalorização de si e leva à auto-idealização, e a um narcisismo destrutivo, que supervaloriza as partes destrutivas do *self*. Estas partes “se dirigem contra qualquer relação de objeto libidinal positiva, e contra e qualquer parte libidinal do *self* que tem necessidade de um objeto e deseja depender dele” (1971, p. 250), e desta forma, o paciente ataca laços amorosos e desvaloriza o ambiente. De fato, elas “exercem um efeito muito poderoso ao impedir relações objetais dependentes e manter os objetos externos permanentemente desvalorizados” (Rosenfeld, 1971, p. 250).

Ao mesmo tempo, para o paciente narcísico é humilhante perceber que depende de aspectos bons de objetos externos: isto é sentido como um ataque a seu senso de superioridade e ativa sua inveja. A percepção de dependência do analista (que representa os pais, e especialmente a mãe), pode levar, segundo esse autor, a que o paciente fique suicida, queira interromper a análise ou cometa *acting-outs* autodestrutivos “destruindo seu sucesso profissional e suas relações pessoais” (idem). Com Julio pudemos ver os “suicídios velados” (práticas sexuais arriscadas, drogas), os auto-boicotes profissionais e acadêmicos, e boicotes à terapia, com as faltas. “Todo o *self* fica temporariamente identificado com o *self* destrutivo, que busca triunfar sobre a vida e a criatividade representadas pelos pais e pelo analista, destruindo o *self* libidinal dependente, vivido como a criança” (p. 251). Rosenfeld pinta o narcisismo destrutivo desses pacientes com cores bem saturadas, descrevendo-o como “uma quadrilha poderosa, comandada por um líder, que controla todos os membros para que eles se apoiem mutuamente para fazer um trabalho criminoso e destrutivo mais eficiente e poderoso” (p. 252). Essa gangue aumenta o poder do narcisismo destrutivo, tem o propósito defensivo de se manter no poder e preservar o status quo, impedir o fortalecimento de partes boas do *self*, e impedir o contato com o superego bom que representa o analista. Os impulsos destrutivos, provenientes do narcisismo destrutivo,

frequentemente aparecem disfarçados de forma benevolente: um bom exemplo com nosso paciente é a ocasião em que, sob o manto da “justiça”, Julio se dava ao trabalho (e se queixava muito do trabalho que dava) de processar o ex-amigo que quebrou-lhe o dedo por acidente. Julio, nesses momentos, está identificado com um personagem justiceiro ideal, um “anjo exterminador”.

A cena psíquica descrita por Rosenfeld indica que o trabalho terapêutico de pacientes narcísicos é um desafio, afinal não é fácil desbancar uma máfia – mas também não é necessariamente impossível, e assim ele também indica caminhos terapêuticos: “é essencial ajudar o paciente a encontrar e resgatar a parte sadia dependente do *self* de sua posição encurralada dentro da estrutura narcísica psicótica, pois é essa parte a ligação essencial da relação objetal positiva com o analista e com o mundo” (1971, p. 254). Continua, indicando que o analista deve “ajudar gradualmente o paciente a tornar-se consciente das partes separadas [excindidas] destrutivas onipotentes do *self* que controlam a organização psicótica, pois esta só é toda-poderosa enquanto estiver isolada” (idem), de modo que o paciente se torne “gradualmente consciente (*aware*) de que está sendo dominado por uma parte infantil onipotente de si mesmo, que não o empurra em direção à morte, mas também o infantiliza e impede de crescer, mantendo-o afastado de objetos que poderiam ajudá-lo a crescer e desenvolver-se” (pp. 254, 255). Ele resume desta forma o percurso terapêutico com um de seus pacientes: “o paciente estava se movendo na análise no sentido de reforçar sua dependência positiva, o que lhe permitia expor abertamente a oposição das partes narcisistas agressivas onipotentes de sua personalidade” (p. 257).

Como temos visto, as defesas e resistências narcísicas conferem um caráter especial à transferência, tornando o trabalho analítico particularmente árduo. Que outras características apresenta a transferência nos quadros narcísicos? A seguir faremos uma

breve abordagem das resistências narcísicas que envolvem não somente o paciente, mas a relação em si, implicando nestas o próprio terapeuta.

Maldonado (2001) indica que as resistências narcísicas operam, na análise, como um obstáculo ao descobrimento do inconsciente, e com Abraham lembra que estas resistências agem impedindo o paciente de associar livremente. No trabalho analítico com Julio era notável sua dificuldade em associar livremente, pois na maior parte do tempo se detinha em queixas e relatos, num movimento basicamente projetivo e de descarga. A associação livre “demanda um trabalho inconsciente para transformar a fantasia inconsciente em pensamentos que possam representá-la”¹⁹ (Maldonado, 2001, p. 147), e as resistências narcísicas, afetando níveis inconscientes de comunicação, impedem tal trabalho e o reconhecimento de conteúdos inconscientes (*insights*), bem como “os processos inconscientes de elaboração que sucedem a interpretação” (idem). Ele então aponta, porém, que a abordagem de Abraham considera a resistência narcísica como fenômeno unipessoal, i.e., algo que se passa apenas no paciente, e a partir disto se propõe a tratar dessa resistência diferentemente, levando em conta a inter-relação com o objeto, ou seja, como fenômeno inter-pessoal que se dá na relação analítica. Temos assim o problema das resistências narcísicas, com seus efeitos na comunicação e no reconhecimento dos conteúdos interpretativos, visto não somente no âmbito do paciente, mas no da própria relação transferencial.

Assim, esse autor menciona que o efeito de fechamento do inconsciente produzido pela resistência narcísica não tem como causa apenas a estrutura narcísica do paciente: “se este tipo de resistência opera de modo eficaz e sustentável, é porque na relação analítica houve uma alteração do sentido e do significado do diálogo analítico;

¹⁹ Vemos que, a exemplo do trabalho de luto, impedido na melancolia, as resistências narcísicas impedem também esta outra manifestação de trabalho psíquico: associar livremente e ter *insights*. A existência de um trabalho que o paciente narcísico não consegue executar ressoa novamente o tema da acídia (pecado da preguiça) como forma de melancolia, conforme vimos em 3.1.

em particular, da função interpretativa do analista” (p. 148). O paciente, por um lado, traz seu material resistencial. O analista, por outro lado, pode contribuir com suas intervenções para consolidar fantasias onipotentes do paciente, sustentando uma auto-estima precária, baseada na grandiosidade narcisista. Estas seriam pseudo-interpretações, que contribuem para que o paciente “desenvolva uma fantasia defensiva que incrementa sua onipotência” (Maldonado, 2001, p. 148) e sustente assim sua resistência. Desta forma, na análise dos quadros narcísicos há um risco aumentado de que o analista saia de sua função, e isto se dá de forma inconsciente: “sua participação pode conter um certo grau de compromisso inconsciente com a tendência do paciente de frear o processo analítico” (idem). Há, assim, na presença de resistências narcísicas, uma dificuldade especial em se oferecer interpretações mutativas, para usarmos o conceito de Strachey.

Enfatizando a importância de se levar em conta o outro na patologia narcísica, Maldonado identifica na teoria psicanalítica uma tendência a negar esta importância, o que teria se dado, segundo ele, ao incorporar-se na teoria a crença ilusória do paciente narcisista de que ele prescinde do objeto externo para dar caráter de realidade à fantasia. Em sua visão, em contrapartida, o outro tem função essencial na dinâmica do narcisismo: “as características constitutivas do narcisismo (egocentrismo, auto-suficiência, onipotência e abandono surpreendente dos objetos) só se sustentam quando são estabelecidos, não pelo sujeito de forma autônoma, mas em interação com um objeto” (idem). Com Money-Kyrle, ele lembra que as identificações projetivas que visam obter auto-adoração precisam de um objeto no qual possam se estabelecer com sua ilusão oposta de desvalorização. Mas complementa esta ideia, assinalando que é essencial que o objeto aceite estas identificações projetivas do paciente inconscientemente, identificando-se com elas e com as ilusões que estas compreendem.

Sem essa participação do objeto, porém, não se sustenta a auto-estima baseada na grandiosidade, e podem decorrer angústias de caráter psicótico. O narcisismo, visto sob este ângulo, é um fenômeno defensivo, mas limitado por demandar a ação de um objeto externo. Assim, quando o objeto falha, o paciente sucumbe: isto aparece em nosso caso inúmeras vezes fora da terapia, mas também nas várias vezes em que na terapia Julio não ouvia do analista aquilo que desejava ouvir; aparece até de forma mais sutil, p.ex. quando na primeira entrevista Julio afirma que nas férias da terapia anterior ele sentia como que uma recaída.

Para ilustrar a importância do objeto externo no fenômeno narcísico, e da inter-relação que se dá entre sujeito e objeto, Maldonado retoma o mito de Narciso, lembrando que a participação de Eco, com suas constantes demonstrações de amor e admiração, é essencial na constituição da constelação narcísica. Estas demonstrações são transformadas por Narciso, que as “utiliza para consolidar sua vaidade. Do mesmo modo, as intervenções do analista podem ser expressas por este ou transformadas pelo paciente em instrumentos que servem para consolidar as fantasias narcísicas do paciente e as resistências dela derivadas” (Maldonado , 2001, p. 149). Assim, para esse autor, a resistência narcísica é o corolário transferencial do narcisismo, e se dá na relação. Pode-se objetar que um terapeuta que consiga manter o mínimo de neutralidade necessária à posição não fará elogios, reasseguramentos e outras demonstrações de amor e admiração ao paciente, como Eco acima. Mas se tomarmos, por exemplo, a preocupação (e um certo desespero) pela própria integridade física de Julio, suscitada no terapeuta a cada relato de situação potencialmente perigosa e autodestrutiva em que aquele se envolveu, podemos crer que esta preocupação pode transparecer inconscientemente, sendo percebida e transformada pelo paciente em demonstração de amor e admiração. Vemos assim que na terapia das neuroses narcísicas há uma

necessidade ainda maior de prestarmos atenção à contratransferência, pelos efeitos aumentados que ela pode ter no encontro com o paciente narcísico.

Por fim, algumas considerações. Por ter seu desenvolvimento psíquico comprometido, o paciente narcísico pode precisar de uma ajuda especial, mesmo que para ampliar seu repertório psíquico, que, por exemplo, pode não conter o conceito de “reparação”. Retomando o “paradoxo” que abordamos com Riviere (4.2), em que valorizar reparações maníacas corria o risco de funcionar como método onipotente de encobrir e negar a realidade depressiva interna do paciente, pensamos que é essencial apontar para o paciente mesmo para essas tentativas maníacas de reparação, de modo que ele possa ir formando o próprio conceito de reparação. Certamente o desespero causado no terapeuta ao testemunhar atos autodestrutivos do paciente é um convite para estabelecer com este um conluio inconsciente e incorrer no risco citado, evitando ele também encarar de frente a destrutividade do paciente; ou, também, há o risco de o terapeuta ser tomado por um desejo de salvar o paciente – algo diverso de um *furor curandi*, mas correspondente à fantasia do paciente de que o analista é um “salvador de almas, redentor”. Isto aponta para a necessidade de uma atenção permanente ao próprio mundo interno, por parte do terapeuta. Mas voltando ao paciente, importante é que quaisquer manifestações de partes amorosas, sãs, de sua personalidade têm que ser apresentadas a ele para uma possível apropriação e integração. Outra parte do “paradoxo” é que ao se analisar a agressividade primitiva despertam-se no paciente angústias severas, o que pode até acarretar uma reação terapêutica negativa. Portanto é preciso procurar “dosar” as interpretações de forma a evitar este risco.

Um exemplo adicional de enriquecimento de repertório psíquico do paciente, onde a ajuda do terapeuta pode ser especialmente necessária é no que diz respeito a *insights*: por não estar acostumado a tê-los, o paciente narcísico pode ter dificuldade de

perceber quando os tem, daí que o analista precisa ajudá-lo a perceber e elaborar cada oportunidade de *insight*. Ou, por outro lado, quando ele destrói o *insight*, o analista precisa ajudá-lo também a perceber isto, e o dano que acarreta.

Abordamos o fato de que com Melanie Klein era conceituado o mecanismo da identificação projetiva, e um de seus aspectos é uma função primitiva de comunicação. As dificuldades de comunicação interna, devidas em grande parte às múltiplas cisões, dificultam a comunicação do paciente com o terapeuta. Assim, se o laço que o paciente narcísico desenvolve com o terapeuta tem suas peculiaridades e limitações, se muitos aspectos seus estão tão cindidos, tornando o acesso verbal a eles muito difícil, é necessário ampliar a observação da transferência para cobrir os elementos não verbais: identificação projetiva e seus efeitos na contratransferência, gestos, voz, intonação e suas mudanças sutis, faltas, pagamentos, etc. Barros (1988, p. 16) ressalta a importância dessa expansão da transferência em suas múltiplas formas, com o uso da identificação projetiva como meio de comunicação, no trabalho clínico de Bion, Rosenfeld e outros psicanalistas que se propuseram à análise da psicose. Este autor dá a ideia do esforço empreendido por Rosenfeld para expandir a possibilidade de comunicação com o paciente, ao propor-se como método de trabalho “colocar-se na pele do paciente para compreender sua vivência” (p. 17). Desta forma, se para Freud não era possível estabelecer uma transferência com pacientes narcísicos ou psicóticos, o que inviabilizaria sua análise, estes psicanalistas posteriores a ele, ao ampliarem a área onde a transferência pode ser observada, abriram caminho para a análise destes casos.

Por outro lado, conforme aponta Gabbard, a experiência de ser entendido através de uma interpretação, o que comporta a ocorrência de comunicação, tem, para os pacientes em geral, grande valor, chegando a ser descrita por muitos deles como a “experiência mais suportiva imaginável” (Gabbard, 1999, p. 65), de onde podemos

inferir que, para o paciente narcísico, ser entendido deve ter uma grande importância terapêutica. Claro, isto é acompanhado do risco de o paciente tentar transformar a situação de análise num refúgio permanente, desenvolvendo uma dependência eterna com a terapia. Neste sentido, em algum momento da terapia de um caso narcísico seria interessante que o paciente consiga introjetar plenamente uma relação de comunicação e entendimento entre as partes de sua personalidade. Neste momento talvez ele perceba que pode prescindir do analista mas, neste caso, como consequência de já terem conseguido os dois realizar um árduo trabalho juntos.

6. Considerações Finais

Ao longo desta pesquisa procuramos, primeiramente, nos familiarizar com a melancolia, numa tentativa de diferenciá-la do que atualmente se popularizou chamar de depressão. Isto nos levou, em seguida, ao exame de uma classe de afecções da qual a melancolia faz parte, as neuroses narcísicas. Buscamos compreender as dificuldades das análises destes casos, e em especial nos aprofundamos no exame da reação terapêutica negativa e da participação do superego nestes quadros. Por fim, fizemos um esboço sobre possíveis metas terapêuticas destes casos, e uma reflexão sobre a transferência e o trabalho terapêutico, naturalmente imbricados segundo nossos pressupostos teóricos.

Ao concluir este percurso, temos a impressão de que avançamos bastante na tentativa de responder a algumas das questões iniciais: temos agora um conhecimento muito maior da natureza da melancolia, dos trabalhos do luto e da melancolia, e dos fatores por trás das dificuldades terapêuticas detectadas, o que nos permitiria, em tese, discernir melhor e mais rapidamente entre um paciente que está passando por uma depressão e outro que é portador de uma melancolia, de uma doença do narcisismo. Este conhecimento pode ser útil para o terapeuta que recebe um paciente narcísico, pois fica claro que nestes casos, ainda mais do que em outros, o terapeuta precisa, ele mesmo, elaborar um luto de sua própria auto-imagem idealizada como terapeuta: o trabalho será árduo, moroso, sem garantia de êxito ou de gratidão por parte do paciente; muito pelo contrário. Por suas dificuldades inerentes, esses casos levam mesmo os analistas mais experientes a procurar supervisão para lidar com os impasses, como se vê em *Impasse e Interpretação* de Rosenfeld (1988). Tais tratamentos, como já mencionamos acima na introdução, podem levar muitos anos, e demorar muito para

mostrar os primeiros êxitos. Mas se o terapeuta puder elaborar suas próprias fantasias onipotentes, deve conseguir mais facilmente evitar que a terapia ou ele mesmo se melancolize.

Nosso trabalho deu especial atenção à mania, fenômeno tão facilmente reconhecível em nossa sociedade contemporânea, com seu consumismo, dependências como de jogo e drogas, inclusive as lícitas. Numa roupagem mais sofisticada podemos pensar na mania até no uso narcísico que muitos fazem das “redes sociais”, onde costumeiramente exibem fotos de si (chamadas “*selfies*”), sempre felizes, e fatos que ostentam um sucesso e exuberância permanente, com caráter idealizado. Mesmo a mania nos cercando onipresentemente, com seus artifícios para cobrir freneticamente todos os buracos emocionais, ela não parece ser tão “famosa” quanto a depressão. Mas, segundo o exame que fizemos da mania, somos levados a crer que ela deveria despertar tanta preocupação quanto a depressão, pois, se ela não demonstra diretamente um sofrimento correspondente, é porque age no sentido de evadir-se a esse sofrimento.

Mencionamos a interferência da medicação no andamento da análise de Julio. De fato, ultimamente os pacientes não raro já iniciam uma psicoterapia medicados, mas alguns se questionam e pedem nossa ajuda para refletir sobre a necessidade ou não de continuarem com o uso de antidepressivos. Esta reflexão está intimamente ligada ao nosso exame da mania, e o assunto é bastante atual: no cinema, por exemplo, podemos pensar no filme *O Congresso Futurista* (Folman, 2013), lançado no Brasil em março de 2014. Neste filme, num futuro apenas vinte anos à nossa frente, avanços farmacológicos permitiram o surgimento de drogas – *lícitas* – que se propõem a substituir os antidepressivos de forma muito eficaz, eliminando não somente a depressão como também toda frustração, avidez, inveja e outros fenômenos que, como vimos, são sentidos pelo paciente narcísico como abominações da vida mental. Assim

que as ingerem (aqui o caráter oral, canibalista), os usuários dessas drogas podem escolher “ser” e “viver” quem eles quiserem: Jesus Cristo, Michael Jackson, Luis XV, um deus grego, Buda, etc., em identificação total com o objeto e em permanente estado onírico. A narradora explica que até “o tempo agora é um assunto subjetivo, você decide na sua mente quando nasce o sol, quando a lua se põe”. Os sentimentos, as pulsões, completamente sob controle: “você simplesmente decide e sente o que quer que queira”. Sob esse pano de fundo podemos pensar em um critério sobre o uso de medicações: trata-se de um uso necessário, como por vezes é, ou um uso defensivo, maníaco? Obviamente a resposta só pode sair do paciente.

Com relação às questões ligadas à terapêutica das afecções narcísicas, seria possível nos aprofundarmos mais, mas isto nos faria exceder as dimensões de uma dissertação de mestrado. Em todo o caso, por quais direções poderíamos prosseguir? Há, por exemplo, nessa obra de Rosenfeld que mencionamos, toda uma discussão sobre fatores terapêuticos e antiterapêuticos nos casos neuróticos graves, narcísicos e psicóticos, que se poderia abordar em futura pesquisa. Ao final desse livro há também um rico apêndice com uma abordagem histórica sobre o tratamento de estados psicóticos pela psicanálise, digno de exame.

Mencionamos acima o cuidado necessário com as próprias fantasias inconscientes do analista, e isso sugere um aprofundamento na questão da contratransferência, seja como instrumento útil ou como empecilho ao trabalho analítico, bem como no tema do narcisismo do analista. Pick, por exemplo, ao tratar do tema da elaboração na contratransferência, fala que os pacientes, em especial em certos casos onde a transferência é especialmente intensa ou peculiar, “mobilizam problemas e ansiedades profundas no analista, relacionados com a necessidade de ser amado e com o medo de consequências catastróficas frente a fracassos, isto é, ansiedades primitivas

ou superegóicas” (Pick, 1991, p. 55).

Chegamos a abordar algumas vezes o tema da alteridade, e de como esta constitui uma grande dificuldade para o paciente narcísico. E, no final do capítulo anterior, com Maldonado, mostramos um enfoque do narcisismo que não se baseia apenas nos fenômenos que se passam com o paciente, mas também com o analista, ou seja, há uma ênfase na própria relação. Seria possível, neste sentido, numa futura linha de pesquisa, examinar a obra de um autor que citamos acima apenas de passagem, Hans Loewald, que dá grande ênfase à importância do outro, à alteridade, na constituição do indivíduo, consonante com sua concepção original de realidade. Este autor diverge de uma concepção, para nós mais familiar, de uma relação entre ego e realidade como entidades distintas e concebe, ao invés, ego e realidade como entidades em mútua interação, em diferentes níveis de integração ego-realidade: “a diferenciação envolve o contato com um meio exterior que frustra as tendências originais rumo à síntese. Ego e realidade se desenvolvem a partir da união e separação contínuas e simultâneas com o meio ambiente. A realidade é uma estrutura cambiante cuja primeira forma seria a de uma unidade narcísica com a criança.” (Sigler, 2012, p. 49). Essa concepção de Loewald, segundo Sigler, “confere à alteridade uma importância maior, uma vez que implica abertura à interação constante, em um processo com a participação do outro” (p. 55). E permite, entre outras, uma nova compreensão da psicose: “Na experiência psicótica, por exemplo, não é só o ego que é onipotente, mas também a realidade tem poderes ameaçadores, em função de um nível de integração ego-realidade mais fluído. O esquizofrênico não se defenderia contra a realidade, retirando-se dela, mas a realidade regressivamente mudaria seu caráter” (p. 50).

A possibilidade de examinar a obra de Loewald implicaria sairmos de nosso nicho teórico freudo-kleiniano. Outra possibilidade, neste sentido, seria pesquisar sobre

as formas como outras escolas de psicanálise enxergam os temas desenvolvidos na presente pesquisa. Para os kleinianos, a personalidade tem aspectos neuróticos e psicóticos que se relacionam entre si e se manifestam concomitantemente em diferentes proporções (Bion, 1957). Mas, e as outras vertentes da psicanálise, em especial as estruturalistas, como estudam a melancolia? Será que a consideram como neurose, ou como psicose, e como será que a tratam na clínica?

Por fim, relacionamos acima a eficácia do trabalho psicanalítico à transferência, ou seja, à relação que se dá entre paciente e analista. Desta forma, uma questão se faz cada vez mais atual: temos acompanhado a realização de psicoterapias, inclusive de base psicanalítica, em frequência de apenas uma vez por semana, realidade muito diferente daquela de tempos mais dourados da psicanálise em que eram mais comuns frequências de quatro ou cinco vezes por semana. Como se constrói uma relação entre dois seres-humanos, como se estabelece uma transferência quando o contato é de apenas cinquenta minutos por semana? Será que esse regime de trabalho implica abrir mão em grande parte de trabalhar com a transferência, ou será que simplesmente diminui a velocidade e o ritmo dessa relação? E, em especial, será que terapias com essa frequência podem ser úteis para pacientes narcísicos?

7. Referências Bibliográficas

- ABRAHAM, K. *Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins* (1911). In: ABRAHAM, K., Teoria Psicanalítica da Libido. Rio: Imago, 1970.
- _____. *O primeiro estágio pré-genital da Libido* (1916). In: ABRAHAM, K., Teoria Psicanalítica da Libido. Rio: Imago, 1970.
- _____. *Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais* (1924). In: ABRAHAM, K., Teoria Psicanalítica da Libido. Rio: Imago, 1970.
- _____. *A influência do erotismo oral na formação do caráter* (1924b) In: ABRAHAM, K., Teoria Psicanalítica da Libido. Rio: Imago, 1970.
- ANGELL, M. *A Epidemia de Doença Mental*. In: Revista Piauí, ed. 59, p. 45-49, Agosto, 2011.
- ARISTÓTELES, *O homem de gênio e a melancolia. O problema XXX.I*. Trad. do grego, apresentação e notas por Jackie Pigeaud. Trad. de Alexei Bueno. Rio: Lacerda Editores, 1998.
- BARROS, E. M. R., *Prefácio à edição brasileira*. In: ROSENFELD, H., Impasse e Interpretação. Rio: Imago, 1988.
- BENJAMIN, W. *Drama barroco e tragédia* (1925). In: Origem do drama barroco alemão. São Paulo, Brasiliense: 1984
- BERLINCK, M. T., FÉDIDA, P., *A clínica da depressão: questões atuais* (2000). In: BERLINCK, M.T., Psicopatologia Fundamental (2ª reimp.). São Paulo: Escuta, 2008.
- BERRIOS, G. E., *Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual*. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 15, no. 3, p. 590-608, setembro 2012.
- BURTON, R. *A Anatomia da Melancolia* (1621). Trad. Guilherme Gontijo Flores. Curitiba, UFPR, 2011. Vol. I

- CENTRO Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português
Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Décima revisão, Versão 2008, vol. I. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 30/05/2011.
- CINTRA, E. M. U., *Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir*. In: Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos, v. 29 (1) 23-40, 2011.
- _____, Comunicação pessoal – Exame de Qualificação, PUC/SP, 04/10/2013
- CINTRA, E. M. U., FIGUEIREDO, L. C. Melanie Klein. Estilo e Pensamento. São Paulo: Escuta, 2004.
- CRISLIP, A. *The Sin of Sloth or the Illness of the Demons? The Demon of Acedia in Early Christian Monasticism*. In: Harvard Theological Review. Cambridge University Press, 2005
- FREUD, S. *Introdução ao narcisismo* (1914). In: FREUD, S., Obras Completas, v. 12. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2010
- _____. *Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (1917[1915]a). In: FREUD, S., Obras Completas, v. 12. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2010
- _____. *Luto e Melancolia* (1917[1915]b). Trad. Marilene Carone. São Paulo: Cosac Naify, 2011.
- _____. *O Eu e o Id* (1923). In: FREUD, S., Obras Completas, v. 16. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2011
- _____. *Neurose e Psicose* (1924) . In: FREUD, S., Obras Completas, v. 16. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2011
- _____. *O problema econômico do masoquismo* (1924b). In: FREUD, S., Obras Completas, v. 16. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2011
- _____. *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924c). In: FREUD, S., Obras Completas, v. 16. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2011
- _____. *Fetichismo* (1927). In: FREUD, S., Obras Completas, v. XXI. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio: Imago, 1974.

- _____. *A divisão do ego no processo de defesa* (1940[1938]). In: FREUD, S., *Obras Completas*, v. XXIII. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio: Imago, 1975.
- GABBARD, G. O., *Introduction* In: STRACHEY, J., *The Nature of the Therapeutic Action in Psycho-analysis*. The Journal of Psychotherapy Practice and Research. 1999 Winter; 8(1): 64–65. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330522/pdf/66.pdf, acessado em 14/02/2014
- HOWARTH, G., LEAMAN, O. *Encyclopedia of Death and Dying*. Oxon: Routledge, 2001. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=5GK2AgAAQBAJ>, acessado em 14/02/2014.
- KLEIN, M. *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos* (1935). In: KLEIN, M., *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos – Vol. I das obras completas* (1921-1945). Trad. André Cardoso. Rio: Imago, 1996.
- _____. *O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos* (1940). In: KLEIN, M., *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos* (1921-1945) – Vol. I das obras completas. Trad. André Cardoso. Rio: Imago, 1996.
- _____. *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides* (1946). In: KLEIN, M. et alii, *Os Progressos da Psicanálise*. Rio: Zahar, 1982.
- _____. *Sobre a saúde mental* (1960). In: KLEIN, M., *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (1921-1945) – Vol. III das obras completas. Rio: Imago, 1991.
- MAGTAZ, A. C., BERLINCK, M. T., *O Caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15 , nº1, março de 2012.
- MALDONADO, J. L., *Resistências narcisistas na experiência analítica*. In: *Livro Anual de Psicanálise* (2001), XV, 147-160. São Paulo: Escuta, 2001.
- MOREIRA, A. C. G., *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta, 2002.
- NAFFAH NETO, A., CINTRA, E. M. U., *A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo*. In: *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, v. 30 (1) 33-50, 2012.
- OGDEN, T. H. *Uma nova leitura das origens da teoria das relações objetais*. In: *Livro Anual de Psicanálise* (2004), XVIII, 85-98. São Paulo: Escuta, 2004.

- PICK, I. B., *Elaboração na contratransferência* (1985). In: SPILLIUS, E. B. (ed.) Melanie Klein Hoje. Vol. 2. Rio: Imago, 1991.
- PIGEAUD, J. *Apresentação*. In: ARISTÓTELES, *O homem de gênio e a melancolia. O problema XXX.1*. Trad. do grego, apresentação e notas por Jackie Pigeaud. Trad. de Alexei Bueno. Rio: Lacerda Editores, 1998.
- RESNIK, S., *The Delusional Person: bodily feelings in psychosis*. London: Karnak, 2001. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=6-finj5TRHgC>, acessado em 14/02/2014.
- RIVIERE, J. *Os arruinados pelo êxito [Uma contribuição para a análise da reação terapêutica negativa]* (1936). Trad. Livia Santiago Moreira e Elisa Maria de Ulhoa Cintra. In: Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos, v.29 (2) 119-136, 2011.
- ROSENFELD, H., *Uma abordagem clínica para a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo* (1971). In: SPILLIUS, E. B., Melanie Klein Hoje. Vol. I. Rio: Imago, 1991.
- _____. *Pacientes narcisistas com reações terapêuticas negativas*. In: ROSENFELD, H., Impasse e Interpretação. Rio: Imago, 1988.
- SIGLER, R. *Hans W. Loewald: Alteridade em Destaque*. In: Impulso, Piracicaba 22(55), 45-57, set.-dez. 2012.
- SIMANKE, R. T., *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio: Ed. 34, 1994.
- STRACHEY, J., *The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-analysis* (1934). In: The Journal of Psychotherapy Practice and Research. 1999 Winter; 8(1): 66–82. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330522/pdf/66.pdf, acessado em 14/02/2014
- ZIMERMAN, D. E., *Bion da Teoria à Prática, uma leitura didática*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

8. Outras Obras Consultadas

BION, W. R. *Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica* (1957). In: SPILLIUS, E. B., Melanie Klein Hoje. Vol. I. Rio: Imago, 1991.

_____. *Uma teoria do pensar* (1962). In: SPILLIUS, E. B., Melanie Klein Hoje. Vol. I. Rio: Imago, 1991.

FOLMAN, A.(dir.) *O congresso futurista* (Filme). 2013.

FREUD, S. *Além do Princípio do Prazer* (1920). In: Obras Completas, v. 14. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2010

HOMERO. *Odisséia (em versos)*. Trad. Carlos Alberto Nunes. Rio: Ediouro, 1997.

KLEIN, M. *Notes on Some Schizoid Mechanisms* (1946). In: The Writings of Melanie Klein, vol. III. NYC: The Free Press, 1984.

_____. *On mental health* (1960). In: The Writings of Melanie Klein, vol. III. NYC: The Free Press, 1984.

ROSENFELD, H., *A Clinical Approach to the Psychoanalytic Theory of the Life and Death Instincts: An Investigation Into the Aggressive Aspects of Narcissism* (1971). In: International Journal of Psycho-Analysis, 52: 169-178.

_____. *Impasse e Interpretação*. Rio: Imago, 1988.

9. Anexos

Fig. 1. *Melencolia I* – Albrecht Dürer, 1514.

