



A DEPRESSÃO PARA MELANIE KLEIN: UM ESTUDO TEÓRICO-CLÍNICO

Depression according to Melanie Klein: a theoretical-clinical
study

Alexandre Patrício de Almeida^a

^a Psicanalista. Mestre e doutor em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Autor de diversos livros e artigos científicos. Atualmente realiza um estágio de pós-doutorado na PUC-SP.

RESUMO

Neste artigo, realiza-se uma revisão teórica-conceitual sobre a depressão na obra de Melanie Klein (1882-1960). Para tanto, parte-se das ideias da autora no que tange à sua concepção de desenvolvimento psíquico, baseada em sua teoria das posições (esquizoparanoide e depressiva). Em seguida, articula-se essa concepção com os estados depressivos, buscando delinear um possível entendimento dessa condição patológica a partir das teses kleinianas, por meio do relato de uma vinheta clínica. Por fim, com a intenção de expandir a discussão, traça-se uma perspectiva de tratamento psicanalítico, tomando como referência central os conceitos apresentados.

Palavras-chave: Psicanálise. Depressão. Melanie Klein. Clínica psicanalítica.

ABSTRACT

In this article, a theoretical-conceptual review is conducted on depression in the works of Melanie Klein (1882-1960). Initially, it draws from the author's ideas regarding her conception of psychic development, based on her theory of positions (schizoid-paranoid and depressive). This concept is then connected with depressive states, aiming to outline a possible understanding of this pathological condition through Kleinian theses, illustrated by a clinical vignette. Finally, to broaden the discussion, a perspective on psychoanalytic treatment is developed, using the presented concepts as a central reference.

Keywords: Psychoanalysis. Depression. Melanie Klein. Psychoanalyticclinic.

INTRODUÇÃO

Uma matéria publicada pela BBC Brasil¹, em 5 de novembro de 2023, aponta que o Brasil é o país mais depressivo da América Latina. Dados do último mapeamento da doença realizado pela OMS evidenciam que 5,8% da população brasileira sofre de depressão, o equivalente a 11,7 milhões de brasileiros. A nível continental, o Brasil aparece atrás apenas dos Estados Unidos, onde segundo a OMS, 5,9% da população sofre de transtornos de depressão.

Em síntese e, de modo bastante geral, podemos dizer que o indivíduo deprimido é assolado por uma série de pensamentos paralisantes que causam ressonâncias em diversos aspectos da sua vida cotidiana, incapacitando-o em inúmeros âmbitos pessoais e profissionais. Além disso, a sua condição subjetiva segue na contramão da lógica capitalista neoliberal, na qual imperam as exigências de produtividade, sucesso e felicidade. Valendo-se de uma ideia de Hanna Arendt, sobre o *animal laborans*– um animal trabalhador –, o filósofo coreano Byung-Chul Han nos alerta:

O *animal laborans* pós-moderno não abandona sua individualidade ou seu ego para entregar-se pelo trabalho a um processo de vida anônimo da espécie. A sociedade laboral individualizou-se numa sociedade de desempenho e numa sociedade ativa. O *animal laborans* pós-moderno é provido do ego ao ponto de quase dilacerar-se. Ele pode ser tudo menos passivo. (Han, 2017, p. 43)

Tomando como base essa citação, torna-se mais fácil compreender a razão de a depressão ser encarada, frequentemente, como um motivo de vergonha ou um simples produto da “falta do que fazer”, chegando a ser interpretada como uma “frescura”. No entanto, para podermos desconstruir tais pensamentos simplificadoros acerca de um estado de adoecimento tão grave e absurdamente crescente, precisamos, em primeiro lugar, nos debruçar sobre os modos de funcionamento psíquico do sujeito que se encontra nessa condição.

De início, é importante destacar a forma como o depressivo se situa no tempo: trata-se de uma posição extremamente complexa e penosa; o passado se torna presente e as memórias de dias mais alegres recaem sobre ele, como estilhaços de vidro cortante, que dilaceram o seu existir. As obrigações – que não deixam de cessar – se acumulam e, na realidade, o peso desse acúmulo o consome. Soma-se a isso a intensidade sufocante do sentimento de culpa encorpado pela sensação de fracasso – ambos endossados pela sociedade neoliberal, em que *ser* é sinônimo de *produzir*.

No que tange à dinâmica intrapsíquica – ou seja, interna –, os pensamentos negativos do indivíduo deprimido se enraízam com muita intensidade. Cuidar da

¹ Disponível em:

<https://www.bbc.com/portuguese/articles/czkekyymm55o#:~:text=Um%20estudo%20epidemiológico%20mais%20recente,vez%20ao%20longo%20da%20vida>. (Acesso em fevereiro de 2024)

saúde já não compensa, pois a morte é certa. Os diálogos com os pares perdem a cor e o brilho. O convívio pessoal simplesmente desbota e desvanece. “Fique bem, tudo vai passar” – costumam dizer os amigos esperançosos. O problema é que esse “passar” nunca chega. Enquanto se espera por dias mais promissores, uma dor indescritível rasga as suas entranhas, promovendo uma espécie de hemorragia interna – metafórica, mas, paradoxalmente, real. Esse “sangue” se esvai numa força abissal e rompe de vez os diques de felicidade e alegria que ainda se mantinham penosamente erguidos sobrevivendo a tantos tremores, aos abalos sísmicos que tal condição psíquica nos impõe.

Após esse desmoronamento que ocorre de dentro para fora e repercute externamente, o depressivo, sem enxergar qualquer saída, prefere permanecer por longas e intermináveis horas no interior do seu quarto, com as janelas e as portas fechadas, trancado na imensidão infinita e gélida dos seus próprios pensamentos mortíferos. “Os depressivos usam a expressão ‘à beira do abismo’ o tempo todo para definir a passagem da dor para a loucura. Essa descrição muito física frequentemente inclui cair ‘no abismo’” (Solomon, 2014, p. 27).

É lamentável, porém, que toda essa turbulência de sentimentos que tentei descrever nessas poucas linhas seja enquadrada em um único diagnóstico de transtorno (*disorder*²), tomando como referência privilegiada os grandes manuais da psiquiatria atual. Sendo assim, o que fazer com tudo isso que atormenta e devasta a mente do sujeito depressivo? Conformer-se com a receita medicamentosa e o laudo diagnóstico? A medicação, a propósito, seria capaz de dar conta sozinha do desequilíbrio de serotonina – como se costuma dizer no campo médico? Esse desequilíbrio hormonal, aliás, poderia ser a única justificativa cabível para compreendermos os matizes da patologia³ depressiva? Seria esse o nosso único destino? Virar um número ao passo em que nos anulamos como sujeitos?

Neste ponto, recorro a uma citação do psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, escrita em seu célebre texto de 1909, “Introdução e transferência”:

A maioria dos psiquiatras atuais e numerosos cientistas de alta respeitabilidade, diga-se de passagem, ainda se obstinam em opor à psicanálise uma recusa radical, e em vez de seguirem o fio de Ariadne dos ensinamentos de Freud, perdem-se no dédalo da patologia e da terapia nervosas. Entretanto, quando se recusam a admitir o valor

² É no mínimo curioso que, em inglês, a palavra transtorno receba a conotação de “desordem”. Ou seja: seria tal estado de sofrimento uma desordem diante da “ordem” que se espera do indivíduo dentro dos moldes da sociedade neoliberal? Por exemplo: produção, sucesso, beleza, engajamento e, mais recentemente, *likes* e *views*? Vale a pena a reflexão.

³ A noção de patologia em psicanálise abarca a condição própria da nossa existência, ou seja, não há vida sem patologia, não há normalidade. Há, inclusive, autores que falam da *depressividade* (Pierre Fédida, 2003) como um estado necessário para o psiquismo. Winnicott (1963), neste mesmo sentido, falará de depressão saudável e depressão patológica (ver Almeida & Naffah Neto, 2022).

dessas teorias e, em especial, o mecanismo de transferência, colocam-se na impossibilidade de explicar seus próprios resultados obtidos pelos tratamentos não analíticos. (FERENCZI, 1909/2011, p. 102)

Fica evidente, portanto, que desde 1909 – e ainda antes –, a ciência médica demonstrava uma forte resistência frente às teses freudianas. Por que a ideia de inconsciente e subjetividade ainda incomoda tanto? Não pretendo me alongar nessa indagação. O fato é que o termo “depressão” é pequeno demais para dar conta de tantas nuances.

Resumidamente, a patologia depressiva pode permanecer silenciosa e ficar à espreita de uma ocasião oportuna para dar as suas caras ou, em outro extremo, pode ocupar predominantemente a estrutura psíquica de alguns indivíduos; ela pode vir acompanhada de episódios maníacos, caracterizados por delírios de grandeza e de onipotência; e, também, ela pode surgir seguida de alucinações e sentimentos persecutórios – o que a aproxima dos quadros de psicose. São tantas modalidades, que os diagnósticos obviamente se confundem.

Com efeito, erros gravíssimos em relação ao uso da medicação são habitualmente observáveis. Vários pacientes chegam a nós tomando psicotrópicos que em nada se aproximam do seu verdadeiro diagnóstico, pois o espaço reservado para o encontro com alguns psiquiatras, geralmente é restrito a um breve encontro que se resume ao receituário de controle especial – afinal, o que fazer em quinze minutos de consulta? “A depressão é um estado quase inimaginável para alguém que não a conhece. Uma sequência de metáforas – trepadeiras, árvores, penhascos etc. – é a única maneira de falar sobre a experiência” (Solomon, 2014, p. 28).

Por outro lado, a psicanálise ainda carece de publicações. É comum encontrarmos ensaios que sigam uma linha mais freudo-lacanianiana, isto é, ancorados unicamente nas teses de Freud e Lacan. Todavia, a nossa disciplina é vasta e diversos outros autores colaboraram, ainda que indiretamente, para refletirmos a respeito dos estados depressivos – tanto no que diz respeito às suas origens quanto ao seu tratamento.

Uma dessas autoras foi, sem sombra de dúvidas, a psicanalista vienense Melanie Klein (1882-1960). Embora tenha nascido em Viena, Klein se consagrou na Inglaterra, criando uma linha de pensamento bastante original e consistente sobre a compreensão do nosso psiquismo. A seguir, apresento a ideia de “desenvolvimento psíquico” na perspectiva kleiniana para, então, articular com a noção de depressão.

O DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO PARA MELANIE KLEIN

A prática da análise com crianças pequenas mostrou à Melanie Klein que a nossa psique, desde os primórdios, é tomada por impulsos sádicos e vorazes. O

instinto⁴ de morte, na concepção desta autora, interpela o indivíduo desde o momento em que ele chega nesse mundo.

De modo sintetizado, a autora afirma que bebê desamparado deseja, sobretudo, voltar ao conforto do útero materno; o seu ego frágil não sustenta a tensão provocada pelo instinto de morte que, para Klein, é potencialmente destrutivo. Sendo assim, a primeira defesa psíquica é a cisão do ego e projeção desta destrutividade para fora (mundo externo). Ou seja, se o ego cinde e fica, por sua vez, despedaçado ao projetar suas angústias aniquiladoras, o objeto externo – neste caso, a figura cuidadora – também ficará cindido por efeito dessas intensas projeções. Assim, o bebê percebe a mãe que cuida e acalenta como um objeto bom, na medida em que a intensidade de suas projeções diminui – o que autora chamou de “seio bom”. Simultâneo a isso, quando as projeções do infante ocorrem de forma muito avassaladora e desordenada, a mãe é sentida como má, por mais que ela exerça o melhor cuidado pelo recém-nascido – aqui, nos encontramos com a ideia de “seio mau”. É essencial destacar essa questão de que, para Klein, o fator constitutivo é extremamente importante. Isso, em hipótese alguma, significa que a autora deixa de atribuir certa relevância ao ambiente, mas o impacto da condição inata, para ela, é bem mais relevante para a construção psíquica do ser.

Em suma, podemos dizer que o mundo interno da criança é constituído pela *intensidade de suas projeções*, pois, de acordo com Klein, tudo aquilo que foi projetado, volta a ser introjetado pelo psiquismo, dando origem a uma espécie de tela abstrata de figuras desconstruídas ou, por vezes, mais ordenadas. Nesse sentido, o mundo externo sempre será *interpretado e sentido* por esse jogo de movimentos duais (projeção e introjeção).

Diferente de outros autores, Klein nos mostra o quanto somos vulneráveis diante dos nossos próprios instintos e que uma vida predominantemente sem angústias, dominada por estados absolutos de prazer, são ideais que compõem uma utopia um tanto quanto primitiva que nunca será alcançada. Assim como o mar, temos estados mais brandos ou mais turbulentos. Nas palavras da autora:

O desenvolvimento do bebê é governado por mecanismos de introjeção e projeção. Desde o início, o ego introjeta objetos “bons” e “maus”, sendo que o seio da mãe serve de protótipo para ambos – ele é um objeto bom quando a criança consegue obtê-lo e é mau quando ela o perde. Mas o bebê considera estes objetos “maus” por causa da agressão que projeta sobre eles, e não apenas porque frustram seus desejos: a criança os considera realmente perigosos – perseguidores que irão devorá-la, esvaziar o interior de seu corpo, cortá-la em pedaços, envenená-la – em suma, promover sua destruição de todas as maneiras que o sadismo pode inventar. Essas imagos, que são uma imagem

⁴ O termo *Trieb* utilizado por Freud para designar pulsão (*pulsion* em francês) foi traduzido por *instinct* por James Strachey para o inglês. Seguimos essa tradução neste texto – instinto, em português, em vez de pulsão –, com o objetivo de sermos mais fiéis ao pensamento kleiniano.

distorcida de forma fantástica dos objetos reais em que estão baseadas, se instalam não só no mundo externo, mas também dentro do ego, através do processo de incorporação. Assim, *crianças muito pequenas passam por situações de ansiedade (e reagem a elas com mecanismos de defesa), cujo conteúdo pode ser comparado ao das psicoses nos adultos.* (Klein, 1935/1996, p. 304, itálicos meus)

À princípio, Klein nomeou esse período inicial da vida de “posição paranoide”. Somente em 1946, em um dos seus textos mais importantes, intitulado “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”, a autora define e estabelece o conceito de “posição esquizoparanoide”. Nesta posição, as relações de objeto do bebê são parciais, pois ele não consegue perceber/sentir a mãe em sua totalidade unitária, ou seja, a divisão entre bom e mau é predominante – não há, ainda, maturidade suficiente para lidar com sentimentos ambivalentes.

Além disso, o sentimento de terror e a sensação de estar desintegrado causa um enorme incômodo à criança que está dominada pela implacável violência do instinto de morte. É muito comum, nesse sentido, ouvirmos queixas frequentes de mães a respeito do seu esgotamento emocional durante os primeiros meses de vida do recém-nascido. Elas usualmente afirmam que tudo que fazem ao bebê parece não ser bom o suficiente, já que o choro irrefreável é uma constante em sua rotina.

Pois bem, por volta do final do quarto mês, contudo, essa situação começa a se transformar. O bebê passa a interagir mais com a mãe, correspondendo aos seus estímulos. Algumas mães dizem que esse é o início do tão aguardado momento de gratificação da maternidade, e a relação com o recém-nascido também se altera significativamente: ele sorri, repete pequenas palavras e sons, responde às excitações, etc.

Com a predominância dos cuidados, das experiências boas e a diminuição da intensidade do instinto de morte, o lactente vai, aos poucos, introjetando no seu mundo interno – isto é, a vivência de um seio bom. Esse movimento, por conseguinte, diminui a cisão do ego, pois as projeções das forças destrutivas também se amenizam. Ao mesmo tempo em que o ego vai se integrando e ganhando maturidade psíquica para lidar com a ambivalência, a mãe passa a ser sentida como um “objeto total”. *Grosso modo*, o bebê começa a entender – ainda de forma arcaica, vale destacar – que a mãe que ele odeia e ataca (seio mau) nada mais é do que a mesma mãe que cuida e o acolhe (seio bom).

Eis aqui um novo momento na vida do bebê, que deverá aprender a lidar com essa nova realidade em virtude das suas recém-conquistadas emoções. Essa percepção, obviamente, gera outro nível angústia, pois, se na posição esquizoparanoide o infante sofre com a desintegração do ego e a invasão de sentimentos persecutórios; na posição depressiva, o bebê é atingido pela culpa de ter destruído, em fantasia, o mesmo objeto que ele ama e que lhe oferece os cuidados necessários. A criança, portanto, fica apavorada com a possibilidade

de perder o seu objeto bom; e, simultaneamente, sentindo culpa pelos sentimentos agressivos que poderiam ter causado dano a ele, procura restaurá-lo de todas as maneiras; ou, em outro extremo, nega a sua importância.

Não obstante, na posição depressiva, a saúde mental depende da internalização de um objeto bom, cuja preservação é sinônima da sobrevivência do ego. O fracasso em criar tal situação é a semente que faz brotar as angústias psicóticas posteriores. No estado maníaco-depressivo, por exemplo, há um temor extremo de que o próprio indivíduo contenha no seu interior objetos fragilizados ou mortos; e a defesa contra o reconhecimento dessa situação é a negação do *valor* do objeto internalizado, ou seja, a rejeição da própria realidade psíquica. O bebê procura se defender contra esses perseguidores internos por meio da expulsão e projeção – atividade que o lança novamente para a posição esquizoparanoide.

Sem dúvida alguma, a concepção do funcionamento psíquico para Melanie Klein, foi uma de suas maiores contribuições à psicanálise. Seus escritos apresentaram a noção de uma psique viva, dinâmica e profundamente angustiada. A nossa autora não se prendeu à tese de um desenvolvimento compreendido através de fases lineares e passageiras – com datas e períodos definidos de início e término.

Com essa nova proposta, Klein nos ensina que nunca venceremos por completo qualquer uma dessas duas posições, mas estaremos o tempo todo lidando com as intercorrências que sustentam cada um desses estados. Com efeito, podemos dizer que existem elaborações ora mais profundas, ora menos, que nos auxiliam a lidar com os destinos de cada posição. Quando pensamos ter superado a posição esquizoparanoide e alcançado a posição depressiva, somos lançados às ansiedades da primeira novamente, na medida em que alguma angústia nos atinge.

Talvez, essa forma de compreender o nosso mundo interno auxilie a desconstruir o pensamento atual orientado pela urgência do bem-estar imediato e permanente do indivíduo. Estamos sempre caminhando em círculo com as nossas posições, e é justamente isso que enriquece a nossa subjetividade e dá corpo aos nossos modos de ser.

A DEPRESSÃO PATOLÓGICA: UMA VISÃO KLEINIANA

Antes de seguirmos, é importante destacar que as ideias expostas anteriormente foram traçadas nos respectivos artigos de Melanie Klein: 1) “Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos” (1935); 2) “O luto e sua relação com os estados maníaco-depressivos” (1940); e 3) “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides” (1946).

Pois bem, após a explicação, apresentada no item anterior, é fundamental salientar que o termo “posição depressiva” não sugere um estado de adoecimento psicopatológico. Muito pelo contrário: ele indica uma conquista,

uma aquisição e um amadurecimento da nossa psique. Conforme mencionado, trata-se do momento em que o bebê se responsabiliza pelos seus ataques destrutivos, feitos em fantasia, reconhecendo a mãe como um objeto total (bom e mau, simultaneamente). Isso implica na conquista de algum grau de maturidade para lidar com a dor e com a possibilidade de ter perdido o objeto amado em decorrência da intensidade de tais ataques.

À medida que o ego se torna capaz de integrar as experiências e ver os objetos como “totais” e não mais “parciais”, ele também começa a enfrentar uma espécie de tristeza e culpa concernentes ao possível estrago que esses mesmos impulsos destrutivos, dirigidos objeto amado, possam ter causado. Este mal-estar que Klein chama de *ansiedade depressiva* expressa-se inconscientemente em termos de uma fantasia onipotente: “Fui responsável pela destruição do meu objeto amado?”

Em suma, podemos dizer que caso o indivíduo não possa conter essas novas ansiedades por meio do relacionamento com os outros e consigo próprio, ele retornará às mazelas da posição esquizoparanoide. Isto é: todos nós experimentamos, pelo menos durante algum episódio da vida, uma sensação de tristeza, apatia, paralização e imobilidade. Esses estados são normais e, frequentemente, nos conectam com o nosso íntimo mais profundo. Entretanto, ao deixarmos essas prisões imaginárias, respiramos o ar da liberdade, alcançando as gratificações do amadurecimento.

O problema acontece quando esse cárcere se enrijece e os portões não se abrem. Somos, então, consumidos pelas trevas da culpa entorpecente e, simplesmente, perdemos a vontade de continuar percorrendo os trajetos da vida. Esse é o maior prejuízo de não conseguir elaborar a posição depressiva: somos afundados por uma agonia dilacerante, que se manifesta através de um estado catastrófico da mente.

Melanie Klein escreve, em seu texto de 1935, que o sentimento de onipotência é o elemento mais característico da mania. “Além disso, a mania se baseia no mecanismo de *negação*” (Klein, 1935/1996, p. 318, itálicos da autora). De acordo com ela, esse mecanismo se origina em uma fase muito inicial em que o ego em desenvolvimento procura se defender da mais séria e profunda de todas as ansiedades: o medo dos perseguidores internalizados e dos impulsos incontroláveis do Id (na posição esquizoparanoide). “Em outras palavras, a *primeira coisa a ser negada é a realidade psíquica*; depois disso, o ego pode negar boa parte da realidade externa” (Klein, 1935/1996, p. 318, itálicos da autora).

Neste ponto, creio ser importante a seguinte citação de Klein:

O que, na minha opinião, é uma característica específica da mania é a *utilização do sentimento de onipotência* com o propósito de *controlar e dominar* os objetos. Isso é necessário por dois motivos: (a) para se

negar o pavor que se tem deles e (b) para que o mecanismo (adquirido na posição anterior – a depressiva) de fazer reparação ao objeto seja levado a cabo. Ao dominar seus objetos, o maníaco imagina que conseguirá impedi-los não só de ferirem a si mesmo, mas também um perigo uns para os outros. (Klein, 1935/1996, p. 319, itálicos da autora)

Dito de outro modo, Klein afirma que o sujeito maníaco nega as diversas formas de ansiedade associadas à introjeção do objeto bom. “Esta depreciação da importância do objeto e o desprezo por ele, em minha opinião, é uma característica específica da mania [...]” (Klein, 1935/1996, p. 320).

Nesse sentido, o preço que se paga pela negação é muito caro, pois ao negar os benefícios que o outro nos proporciona, acabamos, sem saber, nos afogando no mar de culpa que nos consome de dentro para fora, atirando-nos em um abismo sem fim. Frente a isso, a psicanálise nos mostra que todo mecanismo de defesa tem o seu custo.

Alguns anos depois, em um ensaio de 1940, “O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos”, Klein retorna ao clássico de Freud “Luto e melancolia” (1917), tecendo suas próprias contribuições:

Resta ligar a posição depressiva infantil ao luto normal. No meu ponto de vista, a dor trazida pela perda da pessoa amada é muito ampliada pelas fantasias inconscientes do sujeito, que acredita ter perdido seus objetos internos “bons” também. Ele tem a impressão, portanto, de que os objetos internos “maus” tornaram-se dominantes e *que seu mundo interno corre o risco de desintegrar*. Sabemos que a perda da pessoa amada cria o impulso de reinstalar o objeto amado perdido dentro do ego (Freud e Abraham). A meu ver, porém, o indivíduo não só joga para dentro de si (reincorpora) a pessoa que acaba de perder, como também reinstala os objetos bons internalizados (em última análise, os pais amados), que se tornaram parte de seu mundo interno desde as etapas mais arcaicas de seu desenvolvimento. Tem-se a impressão de que estes também foram destruídos sempre que se passa pela morte de uma pessoa querida. *Como consequência, a posição depressiva arcaica é reativada, juntamente com as ansiedades, a culpa e os sentimentos de perda derivados da situação da amamentação, da situação edipiana e de outras fontes.* (Klein, 1940/1996, p. 396, itálicos meus)

Esses e outros recortes demonstram claramente o que Klein quer dizer sobre o funcionamento psíquico quando escreve que o mundo interno do indivíduo fica preenchido de objetos maus e que, por conta disso, o risco de desintegração aumenta. Essa desintegração acaba sendo paralisante, impedindo o indivíduo de seguir em frente, produzir e, por conseguinte, criar – aqui, a depressão se apresenta como um protesto doloroso e rigidamente imposto perante as exigências neoliberais de produtividade e gozo.

O objeto bom interno é, para Klein, a fonte de amor, segurança e gratidão. Quando recusamos sentir a morte ou a perda de alguém, perdemos, gradativamente, o contato com a nossa intimidade. É como se tentássemos segurar a tampa da panela de pressão que está prestes a explodir, negando uma realidade difícil de encarar. Todos esses movimentos impedem que a posição depressiva seja somente uma passagem.

A fim de elucidar tais aspectos teóricos, compartilho, brevemente, uma vinheta clínica. Lembro-me nitidamente quando abri a porta do meu consultório e avistei aquela figura apática, imóvel, paralisada e com o olhar assustadoramente vazio. Assim que entrou, cumprimentou-me dizendo: “Olá, sou depressiva e tomo remédios controlados para ter uma vida razoável”. Respondi: “Olá, sou o Alexandre e estou aqui para lhe escutar”. Ela esboçou um leve sorriso no canto da boca e, em seguida, se desculpou por não me dizer o seu nome logo de início. Irei chamá-la, aqui, de “Maria”.

Maria relatava, em seu discurso, um sentimento de culpa que não sabia conhecer a origem. Chorava intensamente a cada relato que dividia comigo – desde uma lembrança da infância, até uma simples conversa que tivera recentemente com a sua mãe ou com as suas amigas. Há três meses ela estava afastada do trabalho por conta da depressão que a incapacitava de exercer as tarefas mais básicas do cotidiano. Alimentava-se muito pouco. Não tinha vontade de se arrumar. Ia para a análise apenas movida pelo “gás” dos psicotrópicos. Contou-me que passava o dia deitada, dormindo, anestesiando-se dos estímulos externos e das cobranças da vida.

Maria tinha 36 anos. Morava sozinha. Era filha única. Com o andar da análise, compartilhou comigo que sempre fora uma criança triste e adorava brincar com a sua própria companhia. Seus pais brigavam muito quando ela era pequena e, certa vez, após o pai perder a paciência e agredir a sua mãe, ele arrumou as suas coisas e foi embora de casa. Desde então, Maria nunca mais o viu, apesar de saber o seu paradeiro.

Perguntei a ela quando a depressão havia atingido o seu auge. Ela respondeu que há uns seis meses descobriu, por uma tia próxima, que o pai estava com um câncer destrutivo e a probabilidade dele se curar era mínima. Contou isso chorando, mas percebi certa revolta em sua entonação. Para ela, o pai estava recebendo um castigo por todo o sofrimento que tinha causado à sua mãe.

Entre uma sessão e outra, Maria era acometida por recordações que demonstravam que o pai não era uma pessoa má com ela. Levava-a para passear, ia buscá-la na escola, brincava com ela nos momentos de folga do trabalho, além de outras ocasiões que, a meu ver, traziam cor para o cenário cinza que frequentemente tomava conta da análise. Ao contar esses recortes, Maria não chorava. Começou a presumir que todo ressentimento que tinha pelo pai estava muito mais ligado às dores que tomou por parte de sua mãe.

Todavia, mesmo após essa percepção “consciente”, ela continuava dizendo que o pai tinha falhado gravemente com a sua criação, pois mesmo depois de ter partido de casa, nunca mais ele procurou a filha, ou quis saber se ela precisava de alguma assistência. Neste momento perguntei a ela: “Será que foi mesmo por que ele não quis ou foi por vergonha?”. Ela fixou seu olhar em mim e não respondeu. Esperei alguns minutos, e completei: “A mesma vergonha camuflada de orgulho que também impede você de procurá-lo”.

Maria foi no hospital ver o seu pai naquela mesma semana. Na semana seguinte, ele faleceu. Ela chorou muito nas sessões e por meses trazia recordações ainda mais vivas de sua infância ao lado dele. Porém, agora Maria estava “livre” da culpa. Ela conseguiu conversar com o seu pai e cuidou dele até o último dia em que ele ficou hospitalizado.

Penso que, com essa reviravolta, o objeto bom interno foi internalizado, ou melhor, “ressuscitado” no seu interior. Maria, aos poucos, livrou-se da depressão paralisante. Ela ainda faz algumas sessões de manutenção até os dias de hoje, pois a cicatriz do ressentimento permanece e é óbvio que às vezes dói, mas não se trata mais de uma agonia sufocante.

ALGUMAS PALAVRAS FINAIS

Melanie Klein fez uma descoberta significativa ao reconhecer que indivíduos deprimidos e aqueles que enfrentam dificuldades no processo de luto compartilham uma característica fundamental: a incapacidade, desde os primeiros anos de vida, de formar objetos internos “bons” e de se sentirem seguros em seu universo psíquico.

Aqui, cabe um adendo: gostaria de explicar aos leitoras a definição do termo “defesas maníacas”. Para Klein (1940), as defesas maníacas representam um mecanismo psíquico utilizado para evitar o sofrimento emocional, particularmente a angústia associada à perda. Essas defesas operam por meio da negação, da desvalorização e da idealização excessiva, visando controlar ou minimizar os sentimentos de tristeza e vulnerabilidade. Por exemplo, uma pessoa empregando defesas maníacas pode reagir a uma perda com um otimismo forçado ou com atividades frenéticas, evitando assim enfrentar a realidade dolorosa. Essas estratégias servem para manter a angústia depressiva à distância, mas muitas vezes resultam em relações superficiais e uma falta de conexão autêntica com as próprias emoções.

No luto normal, a posição depressiva primária, que é revivida através da perda do objeto amado ao longo da vida, modifica-se novamente e é superada por métodos semelhantes àqueles utilizados pelo ego na infância.

O indivíduo passa, então, a reestabelecer, gradualmente, o seu objeto bom perdido; mas, ao mesmo tempo, está reestabelecendo também os seus primeiros objetos amados – em última instância, os pais “bons” – a quem, quando

bebê, devido às projeções intensas do instinto de morte destrutivo, ele também sentiu medo de perder para sempre. É por meio desse fenômeno que o indivíduo supera a sua dor, recupera a sua segurança e alcança a sua verdadeira paz – advinda do “equilíbrio” psíquico. Portanto, os cuidados iniciais e a presença de um ambiente minimamente estável e acolhedor são essenciais para que ocorra a introjeção do objeto bom primário.

Isto é: em algum momento da vida, seja pela via da psicanálise, seja pela via dos acontecimentos inesperados, mas instigantes, entramos em contato com um resto mínimo desse objeto bom perdido e, com muito esforço e pesar, conseguimos internalizá-lo, erguendo os alicerces de uma estrutura que nos manterá em pé durante toda a nossa trajetória existencial.

Podemos pensar, portanto, seguindo a linhagem kleiniana, que o ambiente confiável do espaço analítico possibilita a diminuição da quantidade de projeções advindas do instinto de morte, favorecendo a integração do ego diante dos desafios da posição depressiva. Neste espaço, o paciente pode sentir, em pequenas doses, as mágoas da tristeza, da culpa e do luto. Um processo de elaboração do seu mundo interno altamente doloroso, diga-se de passagem.

Na nova dinâmica introduzida pela posição depressiva, o bebê descobre sua própria realidade psíquica: começa distinguir entre a realidade exterior e suas próprias fantasias; sua crença na onipotência do pensamento, que o caracterizava na posição esquizoparanoide, se modifica; a distinção entre as coisas reais e seus símbolos torna-se possível. A posição depressiva aparece, portanto, como a condição necessária ao acesso às ideias, à criatividade e ao sonho. Como sonhar quando precisamos manter o controle onipotente para nos defendermos da impiedosa realidade? É possível sonhar quando o psiquismo, tomado pela culpa e pela negação, paralisa-se num estado de congelamento mediante uma perda não elaborada?

Quando não elaboramos a nossa posição depressiva, a culpa se mistura ao ego; que se mistura às defesas maníacas; que se misturam ao espaço da criatividade e, por fim, o ressentimento preenche a totalidade de nosso psiquismo com dor e ódio, mas, que, paradoxalmente, continuam negados e inacessíveis à nossa consciência. Aspectos tirânicos ou monstruosos de um superego arcaico perseguidor são revividos para nos punir enquanto evitamos o contato direto com a responsabilidade e a ambivalência. Por isso, talvez, o depressivo se condene tanto.

Dentro desse contexto, a psicanálise se revela como uma ferramenta valiosa para revitalizar os aspectos positivos que residem em nosso ser. Ela nos confronta com as dores que frequentemente reprimimos, abrindo caminho para um entendimento mais profundo de nós mesmos. Paralelamente, a apreciação de pequenos prazeres e belezas da vida, como a sutileza dos sons da natureza, a pureza do jogo infantil, a profundidade emocional contida em um poema, a sensação reconfortante de uma brisa de verão em dias frios, ou o poder

evocativo de uma canção, pode proporcionar efeitos terapêuticos semelhantes. Essas experiências, embora simples, têm o potencial de nos reconectar com a riqueza da vida e a essência de nossa humanidade. Este é um fenômeno universal, partilhado por todos nós. Não custa lembrar.

REFERÊNCIAS

1. Almeida A. P., Naffah Neto, A. (Orgs.). (2023). *Perto das trevas: a depressão em seis perspectivas psicanalíticas*. São Paulo: Blucher.
2. Ferenczi S. (2011). Introjeção e transferência. In S. Ferenczi. *Obras completas, psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1909)
3. Freud S. (2010). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras completas (vol. 12)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917)
4. Han B.-C. (2017). *Sociedade do cansaço*. Rio de Janeiro: Vozes.
5. Klein M. (1996). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1935)
6. Klein M. (1996). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940)
7. Klein M. (1996). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In M. Klein, *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946)
8. Solomon A. (2014). *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. São Paulo: Companhia das Letras.