

MELANCOLIA, DEPRESSÃO E AMOR: UM ENSAIO EM PSICANÁLISE

Aline Inêz Tilvitz¹

Jerto Cardoso da Silva²

Resumo: Este estudo visa compreender o processo de depressão e melancolia, em um percurso de atendimento psicoterápico realizado em um serviço escola, durante o período de oito meses. Trata-se de um estudo de caso em uma paciente na faixa dos sessenta anos. Discutiremos através da abordagem psicanalítica as noções da melancolia, da depressão e do amor, com objetivo de compreendermos algumas questões singulares do caso, possibilitando elencarmos a teoria com a prática vivenciada dentro do contexto clínico.

Palavras chave: Melancolia. Depressão. Amor. Caso clínico.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso se configura a partir de sessões de psicoterapia individual em uma paciente que está em atendimento em um Serviço Escola de uma universidade no interior do Rio Grande do Sul. Será feito um estudo mais aprofundado sobre esse caso atendido em psicoterapia de orientação analítica, fundamentada sobre os pressupostos teóricos da Psicanálise. A partir de algumas falas da paciente trazidas durante os atendimentos, será possível compreendermos os motivos pelos quais essas temáticas foram escolhidas para fazermos algumas reflexões acerca do caso,

O trabalho será constituído a partir dos relatos de uma paciente que está em sofrimento e, a partir das anotações realizada por sua terapeuta, faremos uma breve descrição psicodinâmica do caso, relacionando o mesmo com o tema da melancolia, depressão e amor na perspectiva de autores psicanalíticos como Sigmund Freud, Lacan e Roudinesco. Após, seguiremos em um embasamento teórico com os temas já citados anteriormente, relacionando os conteúdos trazidos por essa paciente durante as sessões, finalizando com algumas considerações importantes que foram observadas no decorrer do estudo.

¹ Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e estagiária do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na Abordagem Psicanalítica.

² Professor Doutor do departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, supervisor e orientador de Estágio Curricular do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na Abordagem Psicanalítica.

2 ENTENDIMENTO PSICODINÂMICO DO CASO

A paciente em questão, participou de um grupo de acolhimento realizado no Serviço escola, ficou sabendo através de uma amiga e decidiu procurar por vontade própria o mesmo. Hoje com 62 anos, sofre com as perdas que vem acontecendo em sua vida. Durante o processo de acolhimento, enfatizava a questão de ter sido abandonada por todos, visto que está passando por um processo de separação.

Era notável na paciente, o quanto a dor dessa separação lhe causava sofrimento, sentimento de abandono e frustração. Relatava com lágrimas nos olhos que se dedicou por mais de trinta anos a cuidar do cônjuge e da família, fazendo o possível para preservar a união e o bem-estar de todos, esquecendo de cuidar de si em todos os aspectos. Diversas vezes começava a chorar quando lembrava do assunto e foi dessa forma que resolvemos encaminhar a paciente ao atendimento individual, para que pudesse trabalhar sobre essas questões que estavam lhe deixando deprimida.

A partir do momento em que os atendimentos individuais começaram, surgiram questões relacionadas a essa separação. Muitas queixas sobre o modo de vida adotado pelo casal e as lembranças que lhe causavam muito sofrimento. O envolvimento de um terceiro nessa relação e as agressões física, psicológica e moral sofrida pela paciente, tornaram essa relação insustentável. Paciente não consegue aceitar essa separação, está deprimida, quase não sai de casa, e diversas vezes traz para as sessões que não consegue encontrar sentido para vida, faz uso de uma série de medicamentos antidepressivos e ansiogênicos. Segundo ela, a relação entre o casal nunca foi “fácil”, sempre se submeteu as ordens do parceiro, tudo deveria acontecer da maneira como ele desejava.

No decorrer dos atendimentos, também traz outras histórias sobre essa relação que atualmente refletem muito em sua vida e lhe causam esse sofrimento. Não consegue lidar com o fato de ter “perdido” essa pessoa e fala em diversos momentos que seus entes amados foram embora, abandonaram ela, e não consegue entender o porquê isso aconteceu, fica se culpabilizando por ter deixado as coisas chegarem a tal ponto. Nessa perspectiva, faz-se necessário o entendimento das questões relacionadas ao paciente deprimido, levando em consideração todo um contexto psicanalítico e as questões ligadas a melancolia.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Melancolia

Roudinesco e Plon (1998) conceituam a depressão em seu dicionário de Psicanálise fazendo uso do termo “Melancolia; posição depressiva/posição esquizo-Paranóide”. Esses dois autores abordam que o estudo sobre as questões relacionadas à melancolia advém do discurso de poetas, filósofos, historiadores que consolidaram esse termo nos âmbitos médico, social, teórico e subjetivo.

Termo derivado do grego melas (negro) e kholé (bile), utilizado em filosofia, literatura, medicina, psiquiatria e psicanálise para designar, desde a antiguidade, uma forma de loucura caracterizada pelo humor sombrio, isto é, por uma tristeza profunda, um estado depressivo capaz de conduzir ao suicídio, e por manifestações de medo e desânimo que adquirem ou não o aspecto de um delírio (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 519).

Autores como Erwin Panofsky (1892-1968) citados por Roudinesco e Plon (1998), abordam a questão da melancolia sobre a teoria hipocrática dos quatro humores a qual permitiu durante vários séculos, os sintomas aproximados dessa doença. Essa teoria se caracteriza pelo animo entristecido, quando o sujeito se sente em um abismo sem fim. Não encontra motivos suficientes para desejar ou ser desejado, ou falar algo, ocasionando no indivíduo uma sensação de entorpecimento seguido por uma exaltação. O sujeito é atraído pelo desejo de morte, pela degradação, nostalgia e luto.

Nessa perspectiva, podemos compreender quando a paciente relata sobre seu sentimento da seguinte maneira: “[...] parece que nada mais faz sentido em minha vida, perdi minhas forças, todos me abandonaram”. Nessa fala, percebemos nitidamente o que os autores acima querem dizer sobre a sensação do paciente sentir-se desanimado, como se nada mais pudesse fazer sentido em sua vida. Também se faz presente a sensação da vida estar se esvaindo e o sujeito preso a esse emaranhado de sentimentos, parece não encontrar outra saída a não ser acabar com sua própria vida.

Ao final do século XVII, a melancolia era o grande sintoma da sociedade, recaindo tanto nos jovens burgueses que haviam sido excluídos dos privilégios, quanto aqueles que caíam na escala social ou até mesmo aristocratas privados dos direitos de fazer fortuna. “Tédio da felicidade, felicidade do tédio, sentimento de derrisão ou aspiração à felicidade de superar o tédio, a melancolia funcionava como um espelho onde se refletiam a falência geral da ordem monárquica e a aspiração à intimidade pessoal” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 519).

Roudinesco e Plon (1998) ressaltam que após o saber Psiquiátrico ser instalado no século XIX, surgiram várias terminologias dispostas a transformar a melancolia em doença mental que se dividia em neurose e psicose “Lipemania” na perspectiva de Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), “Loucura Circula” para Jean-Pierre Falret (1794-1870), sendo então aproximada da mania. Ao final do século, Emil Kraepelin integra a Melancolia à loucura maníaco depressiva e posteriormente a psicose maníaco depressiva.

Freud (1987) irá tratar sobre a questão da melancolia em um texto intitulado como “Luto e Melancolia” escrito pelo autor e publicado em 1917 em sua coletânea *Metapsicologia*. O autor renunciou aproximar a mania da depressão, compreendendo a melancolia como um saber subjetivo e não como uma doença Psiquiátrica, aproximando-a do luto, ou seja, por alguém que era amado e agora foi perdido.

Não consigo compreender o porquê disso, é tão difícil aceitar essa separação, me dediquei a vida toda e agora fui abandonada, como uma pessoa é capaz de fazer isso, abandonar uma família. Dói, como dói saber disso e não poder fazer nada além de sofrer[...]. (Trecho de uma conversa da paciente durante a sessão).

Podemos notar no relato acima, que existe uma perda simbólica por parte da paciente, dessa forma, para falarmos sobre a melancolia, precisamos abordar brevemente a questão do luto. Freud (1987) fala sobre esse objeto simbólico de amor que agora não mais existe e que se ignorado poderá resultar na entrada de uma possível psicose. Porém, aceita-lo parece ser algo que está na dimensão do impossível. Nessa perspectiva, podemos levar em consideração a questão de que

não basta reconhecer que o objeto falta. Para que se concretize o trabalho do luto, Freud agrega, será necessário desfazer todos, e um por um, os laços libidinais que o prendiam ao objeto perdido. Essa é a razão do tempo que demanda para ser efetivado. Trata-se, portanto, para o sujeito enlutado de uma dupla tarefa, a de reconhecer ter perdido alguém que amava primeiro, e que nesta perda ele perde também algo que estava neste alguém (FREUD, 1987, p. 243).

Em seu texto Luto e melancolia (1917), Freud evidencia a perturbação da autoestima na fala do melancólico mediante suas autoacusações, sentimento de culpa, desvalia e vergonha que revela todo uma ambivalência de sentimentos envolvidos nesse processo. “às vezes fico me perguntando o que eu fiz de errado, será que eu sou a culpada por tudo isso ter acontecido? Deixei a situação chegar a esse ponto. Me sinto com muita vergonha por não conseguir ter impedido que isso acontecesse [...]”. Podemos notar que a paciente acaba se colocando como

alvo de suas queixas perpassadas pelo sentimento de amor e ódio ao objeto perdido que por consequência, introjeta ao Ego.

Podemos refletir então que,

num conjunto de casos é evidente que a melancolia também pode constituir reação à perda de um objeto amado. Onde as causas excitantes se mostram diferentes, pode-se reconhecer que existe uma perda de natureza mais ideal. [...] Isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja cômico da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não *o que* perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda (FREUD, 1987, p. 277-278).

Segundo Tavares (2010), um dos fatores determinantes para o desenvolvimento da melancolia é o vínculo narcísico do sujeito com o objeto, o qual inevitavelmente refere-se ao registro do inconsciente. O sujeito melancólico deseja o desejo do outro (objeto), ou seja, são deixados de lado as suas questões para dar ênfase aquilo que pertence ao outro e que não é objeto de controle do paciente, daí a frustração e o sentimento de desvalorização por parte do próprio paciente. “[...] *o que eu sou? Acho que eu mereço isso que está acontecendo comigo*”.

O melancólico se encontra em um processo de “mal-estar” pelo fato de não aceitar ou reconhecer que seu objeto libidinal não está mais presente. Esse “mal-estar” contrapõe-se ao caráter passageiro e finito do trabalho de luto evidenciado pelo discurso de autoacusações, sentimento de profunda tristeza que aos poucos deteriora o Ego e inibe o paciente. Como nos ensina Freud (1987), esse fato ocorre devido ao processo de *identificação* com o objeto perdido. Podemos considerar então que, enquanto a relação com seu objeto não é ameaçada, os sentimentos hostis permanecem inconscientes e só emergem ao sujeito no momento da perda.

A *ambivalência* dos sentimentos é outra marca fundamental da melancolia, e encontra-se aí a base explicativa para as autoacusações do melancólico, bem como os sentimentos de culpa inerentes a esse processo. Levemos em consideração que,

se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcísica, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. A autotortura na melancolia, sem dúvida agradável, significa, do mesmo modo que o fenômeno correspondente na neurose obsessiva, uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio relacionadas a um objeto, que retornaram ao próprio eu do indivíduo (FREUD, 1917, p. 284).

Para Freud (1996b) o objeto não precisa ter necessariamente morrido, pode haver uma perda enquanto objeto de amor, por exemplo, em um término de relacionamento que corresponderá a um sentimento de abandono que será expressado sintomaticamente pelo

paciente. “às vezes tenho dores muito fortes no peito, principalmente quando lembro do que aconteceu, sinto um vazio aqui dentro, olho para os móveis, para a casa, tudo deixado para traz [...]”. Percebemos que na melancolia, há uma manutenção do objeto visando a um prazer imediato, mantendo-o vivo dentro do ego, de forma que o princípio do prazer tenha se sobressaído ao princípio de realidade, causando essa interminável ligação.

3.2. Depressão

Ao falar sobre essa questão nos tempos atuais, em que “qualquer” manifestação de dor e sofrimento é diagnosticada necessariamente como “depressão”, podemos observar uma verdadeira “patologização” de qualquer indício de “mal-estar”. Para falar sobre a questão da depressão, foi necessário fazer uma breve contextualização acerca da melancolia, visto que Sigmund Freud fazia uso desta nomenclatura para se referir ao que agora chamamos de depressão. Levando em consideração que o conceito “depressão” não é uma estrutura freudiana, e que esse termo é de ordem médica, apresentarei a seguir algumas concepções que possibilitam uma melhor compreensão acerca desse assunto.

Os atuais critérios utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM-V, lançado em maio de 2014). Os critérios diagnósticos para o TDM, de acordo com o DSM-V7, são:

A. Cinco ou mais dos sintomas seguintes presentes por pelo menos duas semanas e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo; pelo menos um dos sintomas é: 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer; 3. Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em; 4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias; 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; 6. Fadiga e perda de energia quase todos os dias; 7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; 8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias; 9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de comete resuicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 160-161).

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) irá abordar a questão dos episódios depressivos, estabelecendo três graus; leve, moderado ou grave, em que 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 em qual grau o indivíduo se encontra (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 327).

Essa classificação também irá abordar a questão do transtorno depressivo recorrente (F33), o qual se caracteriza devido a

ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 328-329).

Aqui estamos falando em manuais que levam ao estabelecimento de um diagnóstico, considerando os sintomas manifestantes em cada quadro. Tavares (2010) irá abordar a questão da medicalização que persiste como mecanismo principal na vida do paciente e acaba por resultar em um verdadeiro processo de alienação subjetiva, levando em consideração que os medicamentos não favorecem os processos de subjetivação e elaboração psíquicas e que, apesar de proporcionarem certo alívio em relação aos sintomas manifestos, por outro lado, produzem determinadas sensações físicas e psicológicas desconfortáveis como consequências de seu uso prolongado.

Nessa perspectiva, cabe aqui falar sobre o uso de medicação da paciente em questão, reforçando o fato dos mesmos apenas bloquearem os sintomas, não permitindo que o mesmo elabore as questões que lhe estão proporcionando sofrimento. As queixas de cansaço físico e sono também aparecem durante as sessões e isso tem grande ligação como o uso de medicações combinadas e seus efeitos colaterais. Desta forma, a psicoterapia se faz essencial no processo de elaboração psíquica do paciente.

Ainda na perspectiva de Tavares (2010), com base em estudos psicanalíticos, o sintoma é genuinamente um representante deformado de determinados conteúdos psíquicos do sujeito, na impossibilidade de simbolizar-se tais conteúdos e, ao invés disso, proporcionando-lhe seu desaparecimento abrupto, o que teremos em um futuro próximo na vida do indivíduo é uma outra readaptação da expressão desses sintomas, uma verdadeira reconfiguração simbólica, no

sentido de aqueles viabilizarem-se por caminhos outros, forjando de alguma maneira a satisfação que o sintoma irá realizar.

Bolguese (2004) considera que, em relação aos ansiolíticos e antidepressivos, as pessoas que sofriam de distúrbios neuróticos extremamente limitantes, tiveram a oportunidade de se sentirem melhores. Porém, a partir do alargamento da utilização dessas drogas, os sujeitos foram sendo gradativamente condenados a uma nova forma de alienação, pois se busca curar o sujeito de sua condição humana, prometendo o fim do sofrimento psíquico através de pílulas, que apenas fazem suspender os sintomas para reorganizá-los de outro modo, em seguida “do mesmo modo que observara Freud, em 1895, quando do emprego das técnicas hipnóticas no tratamento das pacientes histéricas” (BOLGUESE, 2004, p. 81-82).

Devemos estar cientes que a Psicologia bem como a Psicanálise, não se restringem as manifestações somáticas para elaborar qualquer tipo de diagnóstico. Os indivíduos trazem uma bagagem emocional consigo, não havendo possibilidades de avaliar um alguém sem levar em consideração os processos de subjetivação que o constituem. Roudinesco (2000) dizia que o sofrimento psíquico se manifesta em forma de depressão, tristeza e apatia que atingem não somente o corpo físico como também a alma. Podemos perceber essas pontuações na fala da paciente.

Me sinto tão pequena, não tenho vontade de fazer mais nada, é como se tivesse perdido o gosto pela vida. A fraqueza toma conta do meu corpo e eu não sei o porquê isso está acontecendo comigo. Até me esforço para fazer as coisas aos poucos, mas tem dias que eu só quero adormecer. Será que um dia isso irá passar? (Trecho de uma conversa da paciente durante a sessão).

Autores como Winnicott (1997), tem algumas concepções referentes ao potencial criativo que as crianças desenvolvem ainda na infância e que forneceriam subsídios para que os sujeitos encarassem as inúmeras possibilidades que o mundo atual apresenta a este. “[...] eu até tento sair às vezes de casa, fazer algo que me proporcione momentos de distração, porém, me sinto só, não encontro satisfação em fazer isso, então prefiro ficar em casa”. O sujeito depressivo carrega uma ferida narcísica ocasionada pelas constantes frustrações, repleto de sentimentos de medo do novo, das possibilidades, dos desafios, preferindo se retrair, desistindo da vida para não correr o risco de se frustrar novamente.

Ainda na perspectiva desse mesmo autor, o sujeito se vê frente a inúmeras possibilidades que provocam um vazio depressivo nas quais se inclui a falta do sentimento de existência autêntico, resultante das constantes frustrações. Desta forma, o sentimento de existência buscado dependeria de uma presença constante de um outro (objeto gratificante), e esta

presença do outro acaba por se constituir o problema da sociedade atual, que, pela excessiva permissividade e gratificação, paradoxalmente, as tornam insuficientes, em função de que o desejo permanece insaciável.

O conteúdo até aqui trabalhado, permite que façamos uma reflexão sobre a proximidade das questões ligadas a melancolia do tempo de Freud com a depressão no contemporâneo. A Psiquiatria trouxe consigo a ideia da medicalização para bloquear os sintomas, enquanto a Psicologia leva em consideração os aspectos subjetivos que constituem os indivíduos. As discussões feitas até o momento nos fazem refletir sobre esse sintoma que afeta tantas pessoas e que necessita de uma atenção especial em nosso estudo. Vale aqui ressaltar que a paciente que me despertou o desejo de falar sobre a questão da depressão e automaticamente sobre a melancolia por estarmos trabalhando com um contexto psicanalítico, está em sofrimento por ter “perdido” seu objeto de “amor” o que nos leva a fazer algumas considerações acerca desse tema no tópico a seguir.

3.3 Sobre o amor e suas falhas

Ao falar sobre o amor, Lacan (2010) menciona à presença de uma falta presente nos encontros sentimentais. Podemos compreender essa frase como sendo a busca no outro, daquilo que o sujeito não possui, ou seja, no amor se é ofertado aquilo que a outra pessoa é capaz de amar e que de certa forma, encontra-se ausente em seu ser. “[...] após a separação, sinto que parece faltar alguma coisa aqui dentro, isso me causa muita dor e sofrimento”. Em outras palavras, o que se procura encontrar no outro é o objeto amado, e quando este não se encontra mais presente, parece que algo constituinte de seu ser lhe fora arrancado e agora lhe falta.

Nessa perspectiva, segundo Lacan (2010), o amado não detém aquilo que lhe é suposto pelo amante. O encontro, mesmo quando bem-sucedido, será sempre marcado pela dimensão da falta. Não se trata de um encontro de completude, afinal "o que falta a um não é o que existe, escondido, no outro. Aí está todo o problema do amor" (LACAN, 2010, p. 56). Aqui podemos falar sobre entregar algo simbólico de si ao outro como sendo um emblema deste amor que consiste em dar o que não se tem, ou o que o outro simboliza de maneira significativa.

Lacan (1966) irá fazer algumas reflexões sobre o amor, a partir do mito de *Medeia*, que ele irá chamar de a "verdadeira mulher", aquela que coloca o amor de um homem acima da maternidade. Medeia está entre as figuras míticas de mulheres que tudo sacrificaram em nome de sua exigência de amor por um homem. Para obter o amor de Jasão não hesitou em perpetrar todo tipo de transgressão, inclusive matar os próprios filhos. Diante da traição do amado, visava

priva-lo de tudo, matar os filhos que com ele tivera, feri-lo no que lhe era mais caro. A escolha de ser mais mulher que mãe, relegando sua condição materna a um segundo plano.

A representação descrita acima, nos faz refletir sobre o caso de forma a compreender que os filhos também fazem parte das relações entre o casal, porém, quase nunca são lembrados durante as sessões pela paciente. Aqui, estão dispostos os papéis específicos de marido e mulher, deixando de levar em consideração as demais condições que constituem o seio familiar e que refletem diretamente na forma como se estabelecem as relações. Porém, não podemos deixar de levar em consideração que no presente momento, é com esse contexto que devemos trabalhar no “setting” terapêutico, auxiliando a paciente na elaboração do luto ao objeto de amor perdido.

Freud (1996c) em seus estudos psicanalíticos aborda a questão de que um objeto original de um “impulso” desejoso quando se perde em consequência da repressão, ele se representa, frequentemente, por uma sucessão infindável de objetos substitutos, porém, nenhum deles proporciona satisfação completa. Isto pode ser compreendido quando nos deparamos com falas como:

Estou tentando voltar minha atenção a outras questões de minha vida para esquecer, procuro fazer caminhadas, limpar o jardim de casa e a piscina. Porém isso pouco está me ajudando, a saudade às vezes aparece e nada mais parece ter qualquer importância em minha vida. (Trecho de uma conversa da paciente durante a sessão).

Esse mesmo autor traz em seu texto *As pulsões e seus destinos* uma definição de amor ligada ao prazer, "se por enquanto definimos o amar como a relação do ego com suas fontes de prazer, a situação na qual o ego ama somente a si próprio e é indiferente ao mundo externo, ilustra o primeiro dos opostos que encontramos para 'o amor'" (FREUD, 1996c, p. 140). O amor deriva da capacidade do “eu” de satisfazer alguns impulsos pela obtenção do prazer do órgão. É originalmente narcisista, passando então para objetos, que foram incorporados ao ego ampliado, e expressando os esforços motores do ego em direção a esses como fontes de prazer.

Refletindo sobre o que foi apresentado sobre o amor até o presente momento, podemos pensar algo a partir de uma referência discursiva pautada na noção de falta. Por meio do amor que o sujeito anuncia sua demanda por uma completude no encontro com o outro, supondo que este deteria um objeto valioso capaz de suprir-lhe a falta. Freud (1996b), constatou a existência de uma demanda de amor propriamente feminina e, mesmo nos anos finais de sua produção técnica, ele não obteve um esclarecimento para sua tese de que, nelas, seria maior o desejo de amar em detrimento do de serem amadas.

Ligeiro e Barros (2008) discutem acerca do medo que a mulher sente quando cogita a possibilidade de ser abandonada pelo parceiro e perder seu amor. Para as autoras, enquanto o homem está submetido à função fálica, nela encontrando um apoio para atravessar os momentos de angústia, a mulher experimenta uma espécie de dissolução de si, perdendo as fronteiras do seu ser. Diante de um não saber sobre a própria feminilidade, a mulher tentará fazer suplência a essa falta por meio do amor e buscará exclusividade no desejo de um homem. Assim sendo, o amor, sobretudo a perda do amor, é sentido como uma devastação em que o indivíduo se perde ao perder o amor do outro.

Quando há uma ruptura em uma relação amorosa, existe a demanda por um trabalho psíquico, no qual questões referentes à subjetividade de cada indivíduo precisam ser elaboradas. A dificuldade de superar o ressentimento decorrente do término de uma relação amorosa, confirma novamente a indiferenciação do eu/outro e a perda vivida como uma perda de si mesmo. A relação se mantém enquanto ambos correspondem ao que deles se espera e é ameaçada quando a ilusão se rompe.

4 CONCLUSÃO

A partir de um caso clínico, buscou-se da melhor maneira possível aproximar os sintomas que esse paciente vem apresentando no decorrer das sessões a um embasamento teórico cujo principal intuito é buscar elementos que autores psicanalíticos se dedicaram a estudar, presentes nas questões subjetivas que constituem os indivíduos para que fosse possível alcançar um entendimento psicodinâmico do caso, relacionando a teoria com a prática clínica. Podemos compreender acerca das questões pertinentes à melancolia que já vinham sendo estudadas por Freud e posteriormente despertou o interesse de outros autores psicanalíticos.

De uma forma mais objetiva, esse estudo possibilitou uma visão contemporânea do que antes se denominava como melancolia e atualmente conhecemos como depressão. Essa análise permitiu algumas reflexões acerca desse tema que devem ser levadas em consideração. É visível que quando falamos sobre a melancolia, nos remetemos as questões de ordem mais subjetiva, relacionadas ao narcisismo, não aceitação da perda do objeto amado. Quando nos voltamos a depressão, fica em evidencia um termo de ordem psiquiátrica, cujo o diagnóstico é estabelecido por manuais capazes de medir o nível depressivo no qual o indivíduo se encontra.

O estudo também abriu um leque para um melhor entendimento do caso, facilitando a compreensão de alguns aspectos até então camuflados. Construir um caso clínico, é aprofundar-se na experiência que se obtém no processo de análise, permitindo que se pesquise a partir de

um contexto psicanalítico. São essas questões que surgem no decorrer dos atendimentos e que nos despertam o desejo de buscar na teoria, uma significação para o que o paciente nos traz e compreender aspectos até então não compreendidos.

Trazer à tona a questão do amor, também nos faz refletir sobre o quão sofrido é ser acometido por uma ruptura amorosa pela qual o indivíduo investiu durante tanto tempo e que o faz cair em um “mar de sofrimento”, tornando-o melancólico ou no contemporâneo, tornando-o deprimido. Gostaria de encerrar o trabalho trazendo um trecho de Freud que nos instiga a pensar sobre o amor, visto que, “Se nos tornamos um pouco loucos quando amamos, por outro lado, o próprio amor é aquilo que, a seu modo e paradoxalmente, pode nos oferecer esse laço salutar e profundo, que faz todo vivente se apegar à vida” (FREUD, 1987, p. 172).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. 948 p.

BOLGUESE, M. S. *Depressão e doença nervosa moderna*. São Paulo: Via Lettera; Fapesp, 2004.

FREUD, S. *Luto e melancolia (1917)*. São Paulo: Imago, 1987.

_____. *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (contribuições para psicologia do amor II) (1912)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____. Sobre o Narcisismo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. (Original publicado em 1914).

_____. *Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1915)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

LACAN, J. *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.

_____. *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010. (Original publicado em 1961).

LIGEIRO, V. M.; BARROS, R. M. M. *Violência e poder: repercussões no feminino - A violência do abandono na mulher*. [2008]. Disponível em: <www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/MR_395a.pdf>. Acesso em: nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht...> Acesso em: novembro de 2017.

ROUDINESCO, E. *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

TAVARES, L. A. T. *A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p.

WINNICOTT, R. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.