

## **Aspectos Narcisistas da Depressão**

Daniela Rosane Dumke

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia sob orientação da  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Milena da Rosa Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

2013

## **Dedicatória**

Dedicado a todos os psicólogos  
e estudantes de psicologia  
interessados no estudo  
da psicanálise.

## **Agradecimentos**

À professora Dra. Milena da Rosa Silva que prontamente aceitou orientar este trabalho. Seu ensino e orientação constituíram as principais condições de possibilidade de desenvolvimento desta monografia.

À professora Dra. Andrea Gabriela Ferrari pela boa aceitação de fazer comentários no dia da apresentação.

As minhas irmãs, Dilene Diva Dumke e Denise Dalva Dumke pelos bons momentos e muitas risadas.

A minha mãe, Terezinha Kauch Dumke, pelo apoio e por acreditar que o sonho do curso superior é possível.

Aos amigos por compreenderem que, muitas vezes, tive que recusar convites interessantíssimos em prol da faculdade.

A todos vocês: muito obrigada!

## **Resumo**

Este trabalho tem por objetivo pensar nas relações entre sintomas depressivos e questões narcísicas, levando em consideração o processo de subjetivação atualmente imposto na cultura. Num primeiro momento, percorremos o caminho histórico da compreensão da depressão e dos sintomas depressivos na cultura ocidental, e ainda na teoria psicanalítica, discutindo a diferença entre melancolia e depressão. Problematicamos a relação que pode haver entre o narcisismo primário e os sintomas depressivos, uma vez que este momento da constituição do Eu deixa marcas inclusive sobre o modo como se lida com a frustração. Discutimos também, brevemente, o que os conceitos de Ideal de Eu e Eu Ideal tem a contribuir para o entendimento dos sintomas depressivos.

**Palavras-chave:** Narcisismo primário; melancolia; depressão; Ideal de Eu.

## Sumário

DEDICATÓRIA .....	2
AGRADECIMENTOS .....	3
RESUMO .....	4
INTRODUÇÃO .....	6
Capítulo I. UM GIRO HISTÓRICO .....	7
Capítulo II. OS MANUAIS DE CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA .....	9
Capítulo III. A DEPRESSÃO NA PSICANÁLISE E A MELANCOLIA .....	11
Capítulo IV. DEPRESSÃO E A RELAÇÃO COM O NARCISISMO NO CONTEXTO ATUAL .....	14
Capítulo V. NARCISISMO PRIMÁRIO .....	20
Capítulo VI. IDEAL DE EU .....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
REFERÊNCIAS .....	28

## Introdução

Algumas doenças se tornam ícones de determinados tempos e dizem muito das características de uma cultura. Nos últimos anos, as doenças “psis” ganharam espaço tanto no âmbito científico quanto no saber popular. Deste modo, não é raro nos depararmos com pessoas falando sobre ansiedade, bipolaridade, depressão, dentre outras patologias emocionais. Neste trabalho, pretendemos entender aspectos relacionados à depressão através da hipótese de que os sintomas atuais da doença podem estar envolvidos com a ferida narcísica de cada sujeito que é subjetivado pela cultura. Para tanto, realizaremos um estudo teórico através de conceitos psicanalíticos tendo como base as primeiras relações objetais, as quais funcionam como protótipo, ou modelo para todas as relações posteriores. Assim, necessariamente, precisaremos percorrer conceitos referentes ao inconsciente.

Portanto, a depressão será abordada com relação aos aspectos narcísicos do sujeito e serão abordados o narcisismo, narcisismo primário, e suas possíveis relações com os sintomas depressivos. Ressaltamos que esta é apenas uma possibilidade de se pensar nos sintomas depressivos, sendo que outros entendimentos não devem ser excluídos como, por exemplo, aquele que ocorre naturalmente devido a situações de luto pela perda de uma pessoa querida, ou, então, devido a questões de química cerebral quando da desregulação de hormônios, dentre outras possibilidades. Neste sentido, acreditamos que todas as abordagens tenham contribuições enriquecedoras sobre a depressão, no entanto a escolha pela psicanálise vem da maior familiaridade que temos com a teoria. Como comentam Daniel e Souza (2006), a psicanálise, diferentemente da psiquiatria que tem por base a intervenção medicamentosa, realiza um trabalho terapêutico de escuta da história de vida do sujeito e atenta para aspectos que constroem a sua subjetividade. É uma abordagem que considera o sujeito atravessado pelo desejo, composto por uma realidade psíquica e social. Para os movimentos deste trabalho, nos serviram de base autores como Freud, Laplanche, Fenichel, dentre outros.

## Capítulo I

### Um giro histórico

Com o objetivo de entendermos a origem da depressão, buscamos estudar suas raízes históricas. Sabemos que esta doença ficou bastante popular no final do século XX e ainda hoje é uma patologia muito conhecida e discutida no meio científico. Muitos estudiosos se dedicam a escrever sobre este tema correlacionando-o com aspectos bastante atuais da sociedade. Mas o que nem todos sabem, é que manifestações de sofrimento psíquico muito semelhante às ocorridas durante a depressão existem desde a antiguidade clássica, porém com outro nome. Chamavam-nas de melancolia.

Tal termo, de acordo com Teixeira (2005), se referia à patologia dos humores tristes. Segundo o autor, alguns séculos antes de Cristo, a melancolia e suas diferentes formas de uso era encontrada nas obras de arte que mesclavam tragédia e filosofia. Nos textos de Aristóteles e Hipócrates – pai da medicina – encontram-se referências ao termo, mas de uma forma mais elaborada.

Hipócrates, conforme menciona Scliar (2003), formula a teoria dos humores afirmando que o temperamento dependia do equilíbrio de quatro humores básicos no corpo, a saber: sangue, bÍlis amarela, bÍlis negra e a linfa. O predomÍnio de algum desses elementos determinava o tipo de humor. Assim, para ele, o acúmulo de bÍlis negra na região do baço causava a melancolia – o mais patolÓgico dos quatro humores.

Ainda na antiguidade clássica, Aristóteles escreve a “Problemata 30”. Neste trabalho, ele discorre sobre a melancolia, porém com uma visão diferente da de Hipócrates. Para Aristóteles, segundo nos traz Teixeira (2005), existiria uma melancolia natural encontrada nos gênios devido à ação da bÍlis negra. Ou seja, “*a melancolia é colocada como condição de genialidade, responsável por capacidades distintas*” (Teixeira, 2005, p. 44). Então, Aristóteles coloca o sofrimento melancólico relacionado diretamente com homens excepcionais em sua inteligência e percepção.

De acordo com Esteves & Galvan (2006), o sofrimento melancólico é encontrado também na Bíblia no I Livro de Samuel - Antigo Testamento, e na conhecidÍssima obra de Homero, a IlÍada, cujo desfecho é o suicÍdio de Ájax. Dentre tantos outros escritos legendários. Contudo, as concepções aristotélicas e,

principalmente, a hipocrática são as que perpassam os anos e chegam até a modernidade.

A melancolia segue em frente na história atravessando os séculos e, neste ritmo, passa pela medicina árabe, pela idade das trevas, pela reforma protestante, pela renascença - época de progressos científicos cuja preocupação com a ciência ultrapassa os limites mágico-religiosos. Mas, ainda assim, no campo da melancolia predomina a Teoria dos Humores e a relação com a genialidade, como menciona Teixeira (2005).

No início do século XIX, desenvolve-se a medicina mental e, em seguida, começam as classificações em categorias e subcategorias das doenças para facilitar o trabalho nos asilos onde loucos e deprimidos eram “tratados”. (Teixeira, 2005, p. 46, 47). Pelos estudos de Teixeira (2005), a substituição do termo melancolia por *depressão* ocorreu inicialmente na psiquiatria europeia, consolidando-se no resto do mundo no século XX. Meyer (apud Teixeira, 2005) preferia o conceito *depressão*, pois melancolia remetia a uma ideia romântica presente na literatura sendo inadequado à ciência psiquiátrica que estava em plena ascensão.

Na década de 1950 ocorre a descoberta dos psicofármacos e, ao mesmo tempo, há o rápido desenvolvimento das neurociências que influenciam a psiquiatria. Esta passa a fazer uma leitura inteiramente biologicista da depressão. As emoções e as psicopatologias agora são explicadas pela ação de neurotransmissores e o principal tratamento para as dores da alma é o medicamentoso. Mas, afinal, o que é a depressão para a psiquiatria contemporânea? Muito brevemente, pode-se dizer que a depressão e seus inúmeros subtipos são, essencialmente, uma disfunção neuroquímica. Sendo assim, “*estar deprimido é ruim, sinal de disfunção orgânica e de fracasso do funcionamento do corpo*” (Teixeira, 2005, p. 53).

Já no momento atual, Lisondo (2004) nos fala da era pós-moderna, que nasce com a arquitetura e com a computação, como sociedade do consumo, era da imagem, sociedade do espetáculo, era do vazio e do homem light. De acordo com a autora, estamos diante de um tempo retraído social e individualmente em que imperam as relações de sedução e os jogos de aparência sem aprofundamento psíquico. Neste contexto, há um espetáculo que transforma a realidade em representação falsa. Segundo Lisondo (2004), na era pós-moderna há uma inclinação a perpetuar o vazio e a deterioração mental. Nestes tempos, nas palavras da autora, a existência é consumida; o psiquismo é substituído pelo cérebro; o corpo se reduz a uma anatomia robotizada; e a



psicofarmacologia é vista como divindade sobrenatural. Enfim, na cultura atual, estamos diante de patologias narcisistas e de vazio mental que desafiam a psicanálise a pensar no ser humano em sua subjetividade e profundidade psíquica.

## Capítulo II

### **Os manuais de classificação diagnóstica**

A CID-10, que é uma publicação oficial da Organização Mundial da Saúde cujo objetivo é a padronização das doenças para facilitar a comunicação entre os médicos, dedica um capítulo exclusivo para os transtornos mentais. A depressão, objeto de nosso estudo, está situada na categoria de transtornos de humor (afetivos) sob a denominação de Episódio Depressivo ou Transtorno Depressivo Recorrente. A escolha entre um diagnóstico ou outro depende dos quadros clínicos observados. A CID-10 (2006) explica que os transtornos de humor não são suficientemente bem compreendidos para receberem uma aprovação universal, mas enfatiza que uma classificação deve ser tentada. Aqui, fica claro que, até mesmo a psiquiatria, tem dúvidas quanto aos processos que envolvem e determinam as doenças envolvidas nesta grande categoria que inclui a depressão.

A CID-10 (2006) menciona, de forma bastante genérica, que nos transtornos de humor a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto. Os demais sintomas são acrescentados secundariamente. Coloca ainda que a maioria desses transtornos tende a ser recorrente. O início dos episódios é relacionado, frequentemente, com eventos ou situações estressantes.

Estudando, especificamente, o episódio depressivo, vemos que a CID-10 o separa em três categorias: leve, moderado e grave. O sujeito com episódio depressivo “usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fragilidade aumentada e atividade diminuída” (CID-10, 2006, p. 117). Cansaço após esforços leves também é uma semelhança entre as três categorias. Ainda há sete outros sintomas que são comuns: concentração e atenção reduzidas; autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado; e apetite diminuído. É importante elucidar que o diagnóstico de episódio depressivo (leve, grave ou moderado)

somente é utilizado quando for o primeiro episódio, pois se o episódio depressivo se repete deve ser classificado numa das subcategorias de transtorno depressivo recorrente.

Este transtorno, como foi dito acima, é diagnosticado quando há repetição de episódio depressivo, mas também se ocorrerem episódios breves de elevação do humor e baixa hiperatividade após um sintoma de depressão. Suas subdivisões são: transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve; transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado; transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos; transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos; transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão; outros transtornos depressivos recorrentes; e transtorno depressivo recorrente, não especificado.

Outro manual de classificação dos transtornos mentais muito utilizado é o DSM-IV-TR<sup>1</sup>. Segundo o próprio DSM (2002), ele foi desenvolvido para ser usado em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa. É dividido em tipos de transtornos mentais de acordo com conjuntos de critérios e características definidos. No caso da depressão, encontramos-la no eixo I que é a categoria dos transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica. Dentro deste eixo, está a seção de Transtornos de Humor que contém aspectos relativos à depressão. Num primeiro momento, o manual descreve o Episódio Depressivo Maior como um bloco de construção para o que vem depois: o Transtorno Depressivo Maior.

O Episódio Depressivo Maior, de acordo com DSM IV-TR (2002), caracteriza-se por um humor deprimido ou perda de interesse/prazer pela maioria das atividades por um período mínimo de duas semanas. Além disso, o sujeito deve ser acometido por quatro sintomas adicionais, dentro dos quais: alterações no apetite ou peso, sono ou atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Lembrando que devem ser acompanhados por sofrimento ou prejuízos clinicamente significativos na vida social, profissional ou outras áreas importantes.

Dentro dos Transtornos Depressivos temos a possibilidade de três tipos de diagnósticos: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico ou Transtorno Depressivo sem Outra Especificação. O primeiro deles caracteriza-se por um ou mais

---

<sup>1</sup> Mesmo com o DSM – V disponível, optamos pela utilização do DSM – IV – TR, pois o primeiro ainda é de difícil acesso.

Episódios Depressivos Maiores. O Transtorno Distímico, por sua vez, é um humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos. Ainda devem estar presentes, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança. Já o Transtorno Depressivo sem Outra Especificação inclui transtornos depressivos que não satisfazem os critérios para os dois transtornos anteriores.

### Capítulo III

#### **A depressão na psicanálise e a melancolia**

Além da psiquiatria, também podemos estudar a depressão sob o viés da psicanálise que se desenvolveu inicialmente com Freud no final do século XIX e início do XX. Esta corrente, de acordo com Teixeira (2005), propõe pensar nos conflitos psicológicos através de uma dinâmica do psiquismo cujos aspectos biológicos são apenas uma possibilidade de registro, ou seja, há mais vértices a serem analisados além do orgânico, quando o problema é psíquico.

Primeiramente, é importante destacar que, do ponto de vista psicanalítico, a depressão e a melancolia são problemas diferentes. Kehl (2009) menciona que, muitas vezes, os termos são erroneamente utilizados como se fossem sinônimos quando, na verdade, as características “depressivas” do melancólico como, por exemplo, negativismo e baixa autoestima, são apenas parecidas empiricamente com as dos depressivos. A autora explica que o abatimento dos melancólicos e o dos depressivos pertence a estruturas diferentes, assim como a histeria faz parte do grupo das neuroses e suas crises não podem ser confundidas com a psicose. Esteves e Galvan (2006) embora estejam de acordo que existem diferenças entre melancolia e depressão, discordam do ponto de vista de Kehl quanto a serem de estruturas diferentes. Estas autoras acreditam que a depressão está sim ligada à estrutura melancólica através de fixações da segunda subfase oral. Segundo Fèdida (1999) apud Daniel e Souza (2006), a depressão não constitui uma estrutura clínica como acontece na perversão, na neurose e na psicose, mas sim um estado que pode se manifestar em qualquer uma das estruturas.

Kehl (2009) defende que a depressão é um quadro mais próximo da clínica das neuroses. Adverte que, embora os estados de ânimo como tristeza, abatimento e inapetência para a vida participem do sofrimento depressivo, não são eles a depressão em si. Também não se deve confundir depressão com as ocorrências normais a que todo neurótico está vulnerável a passar quando em razão de perdas e fracassos. Kehl (2009) acredita que a depressão crônica participa de uma histeria ou de uma neurose obsessiva. Neste sentido, a depressão teria comprometido a estrutura desde o seu início tanto na posição do sujeito quanto na formação dos mecanismos de defesa de cada neurose. A autora dá a entender que é ao longo do complexo de Édipo que a depressão tem saída e se constitui antes mesmo do desenrolar histérico ou obsessivo. No entanto, esta é uma visão da clínica lacaniana. Como veremos posteriormente, outros autores discorrem sobre o tema de maneira diferente.

Kehl (2009) expõe seu entendimento teórico explicando que a posição do depressivo ocorre no segundo momento do Édipo quando o pai imaginário se apresenta como rival da criança na disputa pelo falo. O desenrolar saudável de tal situação seria a criança encarar a disputa fálica com o pai e perder para ele. Porém, no caso do depressivo, acontece que o sujeito se retira do campo de rivalidade permanecendo sob o abrigo de proteção da mãe. Logo, o depressivo se defende mal da castração, pois não a encarou como fez o neurótico normal, não conseguindo simbolizá-la.

A autora afirma que o recuo diante da competição com o pai se dá por não admitir o risco da derrota, nem a possibilidade de ficar em segundo lugar. Assim, o sujeito depressivo não enfrenta o pai e se coloca numa posição de objeto indefeso sob os cuidados da mãe. As consequências dessa situação são onerosas para o indivíduo: “O gozo dessa posição protegida custa ao sujeito o preço da impotência, do abatimento e da inapetência para os desafios que a vida virá lhe apresentar”. (Kehl, 2009, p. 15).

Sobre a melancolia, Kehl (2009) pensa que um dos sintomas esteja relacionado com o Outro não ter dado ao recém-nascido um lugar em seu desejo no momento da primeira versão imaginária materna. Dessa forma, o melancólico fica preso num tempo em que o Outro deveria ter comparecido, mas não o fez. Ele, em virtude disto, se representa como alguém sem futuro, já que, na origem de sua constituição, o Outro não esperava nada dele.

Kehl (2009) menciona que, nas obras de Freud, muito pouco é falado sobre depressão. No entanto, a melancolia é um tema bastante frequente nos textos dele.

Como vemos em Luto e Melancolia (1917), o autor foi bastante cauteloso ao introduzir esta temática na psicanálise demonstrando dificuldade para estabelecer um conceito único para a doença tendo em vista que as suas manifestações assumem diversas formas clínicas. Neste mesmo texto, Freud descreve os sintomas da seguinte maneira: “*a melancolia caracteriza-se por um estado de ânimo profundamente doloroso, por uma suspensão do interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição geral das capacidades de realizar tarefas e pela depreciação do sentimento de si*”. (Freud, 1917, p. 103 e 104). Ele constata que a melancolia pode ser uma resposta do sujeito à perda de um objeto amado ou também a algum ideal, porém, diferentemente do que ocorre no luto, o melancólico não sabe o que perdeu. Portanto é uma perda inconsciente. O que ocorre, segundo Freud (1917), é que há a escolha de um objeto e um enlaçamento libidinal com o mesmo, mas quando do estremecimento ou decepção da relação, a pessoa não consegue deslocar a libido para outro objeto, e sim a recolhe para dentro do Eu onde vai haver uma identificação do objeto perdido. Dessa forma, o conflito com a coisa amada passou a ser um conflito com o próprio Eu.

Quando Freud falava em depressão era de uma forma mais livre e para se reportar a um afeto, estado ou sintoma, conforme lembra Teixeira (2005). Este autor esclarece que o pai da psicanálise situou os estados melancólicos e os depressivos no registro da perda. Essa, talvez, tenha sido a maior contribuição de Freud, neste assunto, juntamente com a verificação de que a má elaboração do luto se relaciona diretamente com a depressão e a melancolia, mas cada uma com suas características, pois a melancolia está mais ligada à perda de um objeto enquanto que a depressão é algo mais difuso como uma impossibilidade de sentir a falta.

Há diferenças importantes entre a melancolia e a depressão descritas por Kaufmann (1996) que merecem nossa atenção. O autor menciona que o sujeito melancólico é aquele que não se interessa minimamente em aliviar o seu sofrimento psíquico e, conseqüentemente, cai com frequência num mutismo em relação a si. Estes indivíduos acham que a vida sempre foi assim e não são capazes de pensar no seu sofrimento, nem procuram as causas de seu estado melancólico. Parecem pessoas sem poder de ação sobre seus estados mentais, conformadas com aquilo que sentem. Lambotte (2001), conforme referido por Schmidt (2013), descreve os pacientes melancólicos como incapazes de elaborar o seu próprio sofrimento, tampouco elaborar uma narrativa sobre a sua doença. Já o sujeito depressivo, segundo Kaufmann (1996),

consegue delimitar a origem de sua tristeza e manter uma relação afetiva com o outro, embora cheia de queixas e agressividade. Schmidt (2013) vai ao encontro destas ideias, mostrando que no discurso depressivo o sujeito consegue compor uma narrativa própria ao mesmo tempo em que reconhece e contextualiza as possibilidades para o seu estado de ânimo.

Como podemos perceber, são diversificadas as formas de se pensar na melancolia e parece não haver muito consenso entre os autores. Todavia, muitos concordam que melancolia e depressão são patologias diferentes, embora muitos dos sintomas depressivos se façam presentes na vida dos melancólicos.

## Capítulo IV

### **Depressão e a relação com o narcisismo no contexto atual**

Se pararmos para pensar em características de pessoas na sociedade de hoje, não demoraremos em chegar a palavras como egoísmo, individualismo, inveja, solidão. Paralelamente a isto, temos relações superficiais entre os indivíduos e pautadas em interesses pessoais. Com este trabalho, estamos tentando, pensar em hipóteses que ajudem a explicar tais comportamentos. Esteves e Galvan (2006) mencionam que a sociedade como um todo está diante de perda de limites no que diz respeito à obtenção de objetos que dão satisfação e geram bem-estar. Neste sentido, comentam as autoras, as relações têm se pautado sobre fatores relacionados ao narcisismo e à autoestima que muitas vezes não são atingidos. A consequência da ausência de gratificação ansiada é a frustração, já que os objetos procurados e alcançados não satisfazem. Lisondo (2004) identifica a era pós-moderna como era do vazio e da imagem cujos predicados essenciais são o individualismo hedonista e narcísico, a apatia, a sedução generalizada e a inversão dos ideais. Segundo Lisondo (2004), tais atributos encobrem a verdade.

Monti (2008) refletindo a cerca de uma possível relação entre as psicopatologias contemporâneas - dentre elas a depressão - e a condição cultural e social da infância na contemporaneidade, acredita que as gerações são moduladas por um pacto narcisista implícito, através do qual as crianças são transformadas em majestades pelos seus pais. Esta ideia, na verdade, o autor expande a partir de um trabalho de Freud datado de 1914 sobre o tema do narcisismo, no qual é colocado em evidência o modo como os pais

tratam os seus bebês lhes atribuindo poderes acima das leis naturais e os eximindo de qualquer obrigação para com a cultura.

Freud (1914) coloca que o bebê deve satisfazer os sonhos e os desejos que os pais nunca conseguiram realizar, tratando-se, dessa forma, de uma volta ao próprio narcisismo dos progenitores que encontram na criança a imortalidade do Eu. Portanto, aborda-se a questão do afeto e do amor parental que torna o bebê perfeito e que tudo pode num mundo cheio de limitações e de regras a serem seguidas. Monti (2008), então, vale-se da premissa “sua majestade o bebê” e das atuais leis da natureza e da sociedade para pensar na clínica do vazio (depressão) e outras doenças atuais.

O mesmo autor comenta que nos primeiros momentos de vida, somos submetidos a um contrato definido por Aulagnier (conforme citada por Monti, 2008) como “contrato narcisista” ao qual somos incumbidos de uma missão. Trata-se da transmissão geracional dos fantasmas dos pais na qual as expectativas deles são depositadas na criança que, por sua vez, as carregará por toda a vida. Monti (2008) explica que tal contrato faz a ligação entre o bebê e as gerações anteriores. É o lugar no mundo, investido narcisisticamente pelos pais, dado ao recém-nascido que passará a ocupá-lo. Além deste aspecto, o autor amplia a reflexão para a dimensão social ao colocar que cada recém-nascido vem fazer parte de um conjunto no qual os pais já estão inseridos através de relações com os demais familiares, amigos, conhecidos, colegas, etc. Portanto, a criança será reconhecida também pelo meio social em que os pais estão vinculados.

Quanto a isto, Lisondo (2004) afirma que o *infans* nasce numa cultura, todavia chega tarde ao mundo tendo em vista que a vida já estava em andamento. A autora lembra que, de modo metafórico, a cultura, os mitos familiares e institucionais, os valores, os ideais, as histórias transgeracionais, as missões a cumprir, os projetos identificatórios e as proibições ecoam na vida dos pais e/ou cuidadores esculpindo, desta forma, o ser que está por vir. Assim, Lisondo (2004) acredita que a cultura é responsável por estruturar o sujeito, além disto, também é co-responsável pelas novas patologias.

Neste sentido, Monti (2008) atenta para algumas diferenças ocorridas nos últimos séculos. Ele traz que, no fim do século XIX, a composição da família tida pelo número de filhos, as muitas mortes de recém-nascidos e os inevitáveis abortos espontâneos são coisas que quase não se verificam hoje em dia. Ele comenta que até

alguns anos atrás, a mulher tinha deveres diferentes dos que tem hoje e outro status no meio social; suas principais incumbências eram cuidar da casa e dos filhos. A medicina também era outra, bem menos sofisticada e com menos recursos da que conhecemos agora. Muito provavelmente, por isso, muitos bebês morriam. Às vezes, quem morria eram as mães. Enfim, era uma realidade triste, mas bem conhecida por todos, porém ocorre bem menos hoje em dia. Com a tecnologia que se tem hoje e a qualidade/quantidade de conhecimento dos médicos, as chances de algo dar errado durante a gravidez, ou mesmo no parto, são menores. Outra mudança significativa é o uso de anticoncepcional no controle da natalidade. Este fato vai ao encontro das “novas” mulheres que se inserem fortemente no mercado de trabalho deixando para trás a dependência financeira do marido. Portanto, na nova realidade, temos mulheres mais ativas socialmente, casais com menos filhos e ciências da saúde mais completas e eficazes. Essas alterações sociais são interessantes de serem mencionadas para pensarmos na forma de afeto e cuidado dos pais no início do século passado em comparação com os de agora para refletirmos sobre a imponência da sociedade narcisística que ora se instala.

Esteves e Galvan (2006) pensam por outra via. Elas comparam a sociedade mais antiga com a sociedade de hoje constatando que o que causava angústia nas pessoas antigamente eram aspectos relacionados ao cumprimento de regras. Não havia espaço para a liberdade de expressão, nem para autonomia prevalecendo sempre a repressão. Esta era imposta pelo governo ou pela igreja. Atualmente, ocorrem múltiplas possibilidades de escolha o que é colocado pelas autoras como imperativo ao vazio depressivo. É tanta liberdade e autonomia que as pessoas não sabem o que fazer com isso ficando “*imersos num mar de possibilidades*” (Esteves & Galvan, 2006, p. 134).

Monti (2008) lembra que, há algumas décadas, as crianças eram frequentes trabalhadores de fábricas e indústrias. Isto quando não se transformavam em soldados de guerra para defender a nação. Claramente, os valores sobre as crianças, hoje em dia, estão bastante mudados com relação há pouco tempo e, é claro, que o excesso de cuidados, os mimos exagerados e a demasia de agrados deixam marcas nas pessoas. Obviamente que a vida infantil de antigamente era muito pesada com as crianças e deveria sofrer alguma transformação, mas o que ocorre atualmente é um exagero de cuidados que talvez repercuta no futuro e influencie nos modos de relação interpessoais. Monti (2008) comenta que com o tempo, se desenvolveu toda uma política preocupada



em torno das questões da infância, dos cuidados infantis, da relação mãe-bebê e se elaborou uma conscientização geral de cuidados com as crianças. Tal evolução se enrustou nos costumes sociais e hoje o que se tem é uma verdadeira cultura da infância. As crianças ganharam espaços na sociedade nunca antes pensados na história e, com isso, a exaltação pelos pais ganha força. Os mesmos, segundo Monti (2008), passam a facilitar, cada vez mais, a obtenção de gozo e prazer aos seus filhos o que acaba por marcá-los na sua constituição como sujeitos.

Esteves e Galvan (2006), sobre a depressão no contexto atual, pensam sob um viés diferente deste apontado por Monti. As autoras mencionam uma depressão narcisística ligada ao desamparo parental cuja falta de referências pela mãe que não gratifica faz o sujeito estruturar um “eu grandioso” idealizador da imago parental. *“Esta falta básica determinará que o sujeito busque emprego, relacionamentos, autoimagem, casa, situação financeira satisfatória – todas elas como expressões simbólicas de objetos que visam superar a vivência do desamparo”* (Esteves & Galvan, 2006, p. 132). Elas dizem que da ausência de uma identificação bem estruturada com a prevalência de internalização de bons objetos, ocorre a busca incessante por gratificações que não serão atingidas. Complementando, as autoras dizem que o sujeito deprimido é cheio de medos devido às inúmeras frustrações que feriram o seu narcisismo. Deste modo, a depressão seria a defesa contra a dor das gratificações não alcançadas.

Agora, algumas questões: a posição privilegiada na qual são colocados os bebês não vai acabar pesando de alguma forma sobre eles? Afinal, que tipo de angústia surgiria quando caíssem do trono? Qual seria sua reação ao se depararem com os limites impostos pela realidade? Até que ponto a *“sensação de ser tudo e não ser nada tem a ver com aquele manto depressivo inespecífico que envolve as queixas de nossos pacientes”*? (Monti, 2008, p. 246). Estas questões surgem para Monti (2008) porque o número de pessoas se queixando de um vazio existencial, um sofrimento generalizado e pouco estruturado está cada vez maior nos consultórios dos psicanalistas. Talvez essas pessoas sejam vítimas da “monumentalização” da infância. Por outro lado, Esteves e Galvan (2006) questionam se as manifestações sintomáticas da depressão hoje não seriam expressões de um narcisismo ferido. Ou será que se trata de estruturas depressivas propriamente ditas?

Segundo Monti (2008) a angústia que abate as pessoas hoje em dia não é mais a da culpa, mas sim a da inadequação, do vazio, do déficit do desempenho e da

insuficiência vexaminosa. Parece que fomos “*dominados pela indiferença e pelo impulso à auto realização a qualquer preço*” (Monti, 2008, p. 240). Para Fédida (1999), estamos imersos na cultura narcisista, preocupados apenas com o próprio desempenho e em estarmos próximos das expectativas ideais impostas pelos novos tempos. Dessa forma, o que se verifica, muitas vezes, como resposta a tantas exigências, é a depressão em função do fracasso por não se atingir os objetivos idealizados.

De fato, estamos em novos tempos, com novas psicopatologias. Diferentes daquelas da época de Freud. Não ouvimos mais falar em pacientes histéricos, por exemplo, por outro lado a incidência de pacientes deprimidos cresce cada dia mais. De acordo com Monti (2008) houve um redirecionamento no pedido de ajuda coerente com o contexto social de agora manifestado pelo egoísmo e pela solidão.

Estou de acordo com este quando ele escreve que as grandes mudanças nos valores da infância possivelmente impliquem grandes alterações no contrato narcísico, pois as pessoas agem de acordo com o que é dado ao seu tempo e são influenciadas pelas circunstâncias sociais. Acredito também que os exageros em cima dos cuidados infantis e o excesso dos pais sobre seus bebês podem gerar consequências negativas para o sujeito. E concordo ainda com Esteves e Galvan (2006) quando relacionam a depressão ao desamparo causado primeiramente pela mãe e posteriormente pelos anseios sociais. Acho que aqui, como em demais contextos da vida, deve haver um equilíbrio no que tange as relações de pais e mães com os seus bebês. Embora exista um momento, no início da vida do bebê, em que ser majestade é importante e necessário para a sua constituição, devemos ter claro que a permanência no trono para além do período normal é prejudicial para o sujeito, bem como o excesso de desamparo que também é danoso ao bebê. Percebo que tanto Monti (2008), quanto Esteves e Galvan (2006) concordam que estamos numa cultura que oferece muitas possibilidades. Todavia Monti (2008) fala de um hiperinvestimento no bebê que é pouco frustrado pelos pais e, assim, segue sendo “sua majestade a criança” com fácil acesso ao gozo e a tudo que quiser. Contudo isso acaba pesando na constituição dessa pessoa que não tem pais que imponham limite nessa criança. Deste modo, para estes sujeitos, fica a fantasia de que eles podem tudo o que querem. Já Esteves e Galvan (2006) vão pela via da falta de investimento, isto é, que se trata de pais muito voltados para outras funções, além da de cuidar dos filhos e, por isso, acabam investindo pouco nos seus bebês. Consequentemente ao pouco investimento, pode surgir o sentimento de culpa, por não

se dedicarem tanto a eles, o que acaba tentando ser contornado por muita permissividade como atitude compensatória. De qualquer forma, podemos pensar em alguns quadros depressivos que vão mais pelo caminho da falta de investimento, enquanto outros vão pelo seu excesso. Portanto os dois pontos de vista não são excludentes, mas sim complementares.

Lisondo (2004) escolhe o termo “vazio mental” para falar de um conjunto de patologias narcisistas destes tempos, a saber: neo-sexualidades, drogadição, bulimia, anorexia, doenças psicossomáticas, depressão, dentre outras. Para a autora, cada uma dessas doenças revela uma tentativa de preenchimento do vazio que assola o sujeito atualmente. Lisondo (2004) acredita que o vazio é gerado e aprofundado quando faltam experiências reais, genuínas e autênticas aos indivíduos. A autora diz que estas pessoas precisam *“inscrever e dar figurabilidade àquilo que nunca teve vez de ser constituído no psiquismo”* (Lisondo, 2004, p. 344).

Alguns autores consideram a depressão apenas como um estado, e não uma patologia ou estrutura, como é o caso de Cintra (2001) e Peres (2002), conforme citados por Daniel e Souza (2003). Estes autores avaliam a depressão como um estado relacionado principalmente a uma falha na integridade narcísica. Para eles, os sintomas depressivos teriam sempre, de alguma forma, raízes em experiências traumáticas, como, por exemplo, uma perda constitucional que deixou uma ruptura na integridade narcísica. Segundo Cintra (1999, citado por Daniel e Souza, 2006), tal perda poderia significar que alguma perturbação nos contatos afetivos mais iniciais deixou sua marca sob a forma de uma impotência para a vida relacional e de fantasia. *“Assim, encontra-se prejudicada na vida do sujeito sua possibilidade para constituir um mundo de fantasias e sonhos que funcionaria como uma reserva psíquica, apta a protegê-lo contra a excessiva vivacidade das experiências emocionais ligadas à oscilação entre ausência e presença do objeto de amor”* (Daniel e Souza, 2006, p.126).

## Capítulo V

### Narcisismo Primário

Em alguns momentos deste trabalho, falamos em narcisismo e, mais fortemente, em narcisismo primário. Neste momento, nos deteremos em tentar esclarecer o que é isso e o porquê de sua importância.

Freud (1914) comenta que o termo narcisismo era utilizado por Näcké para se referir a comportamentos de sujeitos que tratavam o próprio corpo como objeto sexual. Contudo, Freud desenvolveu o conceito abrangendo, inicialmente, sujeitos afetados por algumas perturbações, e mais tarde sugeriu que comportamentos narcisistas faziam parte do desenvolvimento sexual normal de todas as pessoas como “complemento libidinal do egoísmo próprio da pulsão de autoconservação”. (Freud, 1914, p. 97). Em seguida, o narcisismo foi dividido em narcisismo primário – aquele próprio da primeira etapa de vida – e narcisismo secundário – referente ao que acontece na esquizofrenia e nos demais momentos da vida em que a libido é retirada dos objetos e redirecionada ao Eu. Portanto, todos nós passamos pelo narcisismo primário, pois é uma etapa normal do desenvolvimento e, depois, somos narcisistas em alguma medida.

Neste escrito, vimos defendendo a hipótese de que se houverem falhas na constituição do narcisismo primário, a pessoa poderá exacerbar traços narcisistas quando adulta para compensar as falhas ocorridas naquela primeira etapa. Laplanche (2004) se refere a esta etapa como sendo “*um estado precoce em que a criança investe toda a sua libido em si mesma.*” (p. 290). O indivíduo vive esta fase, que, conforme lembra Laplanche (1998), a respeito da segunda tópica freudiana, constitui-se como um momento antecedente inclusive a constituição egoica. Trata-se, portanto, da base sobre a qual será alicerçada o Eu que logo virá a se desenvolver.

Magalhães (2004) explica que aqueles que utilizam o conceito da forma como coloca Laplanche veem a etapa como anobjetal e indiferenciada, isto é, além de ser um estado sem qualquer representação de objeto, o sujeito também não se diferencia do mundo exterior. Contudo, diversos autores lembram que não há consenso sobre este assunto, visto que há variações na noção de narcisismo primário. Laplanche (2004) justifica as divergências devido a libido infantil ser hipotética e sem definição consensual.

Garcia-Roza (1996) lembra que, durante o narcisismo primário, embora o bebê não tenha um eu constituído, há pulsão sexual no seu próprio corpo da qual ele se satisfaz auto eroticamente. O que ocorre no autoerotismo é o prazer do órgão, e não do corpo como um todo, pois ainda não há noção de unidade. Fenichel (1981) menciona que, neste período, as funções mentais são basicamente de excitação e relaxamento, ligadas ao princípio do prazer e evitação do desprazer referido por Freud, e acrescenta que a criança ainda não tem consciência clara, nem apreensão do mundo exterior. De acordo com o autor, os primeiros traços de consciência não se diferenciam entre eu e não-eu, mas entre tensão maior e tensão menor.

Neste momento, ainda lhe falta eu, definido por Garcia-Roza como “*uma representação complexa que o indivíduo faz de si mesmo*”. (1996, p. 48). Garcia-Roza (1984) se vale do ponto de vista estrutural, dentro da metapsicologia freudiana, para explicar que o bebê estabelece com a mãe um contínuo, sem separação, o que constitui uma identidade ao seu eu de ser um eu ideal, perfeito, que tudo consegue resolver, onipotentemente. Segundo este autor, o eu vai se constituindo aos poucos através da relação com os pais que lhe atribui todas as perfeições baseados no seu próprio narcisismo. Garcia-Roza denomina de eu ideal o somatório do eu que a criança elabora através da unificação do seu próprio corpo e a revivência do narcisismo dos pais.

Aqui podemos retomar Monti (2008) que provoca a ideia de que o excesso, neste momento da vida do bebê através do contrato narcisista e da transmissão dos fantasmas dos pais, pode afetar o sujeito futuramente no sentido de ele não poder lidar com a frustração. Acreditamos que, nesta situação, a pessoa poderá facilmente se deprimir diante de frustração, já que as compensações são falsas.

O narcisismo primário é fundamental na constituição no processo da identificação primária. Esta é descrita por Laplanche (1998) como tendo estreita ligação com a incorporação oral e é anterior a diferenciação entre ego e alter ego. Segundo ele, a identificação primária ocorre através de um enlaçamento entre o bebê e a mãe, ou quem lhe ofereça as funções maternas. Fenichel (1981) dá ênfase aos aspectos orais mencionando que o ato de pôr os objetos na boca é uma reação primitiva de incorporação e também precursor de atitudes sexuais e destrutivas. Coloca em discussão se o mesmo objeto que produziu gratificação e posteriormente recusa é identificado como um só e o mesmo objeto. Em seguida, explica que provavelmente o que ocorre são duas concepções diferentes, em relação a isso: primeiro se concebe “*um objeto*

*'bom', que se quer possuir engolindo, e depois um objeto 'mal', que se quer cuspir e só posteriormente destruir engolindo*". (P. 33). Portanto, os objetos não são distinguidos uns dos outros com clareza, nem do próprio eu.

Complementando Laplanche, Fenichel (1981) diz que a identificação com os objetos ocorre no âmbito de livrar-se da tensão ocasionada por estímulos desagradáveis como os de fome e frio. Quando sanadas tais tensões, a criança relaxa e adormece. O autor menciona que a relação objetal, nesta forma mais primitiva, existe somente enquanto o objeto estiver ausente, pois com o seu aparecimento, interrompe-se o desejo sobrevivendo o sono. Além disso, com muito sofrimento e conflito, devido as suas necessidades não serem atendidas imediatamente, vai se constituindo e se ampliando o princípio de realidade. De acordo com Fenichel (1981), *"a origem do ego e a origem da realidade são simplesmente dois aspectos de uma mesma etapa de desenvolvimento"*. (p. 31).

Para este autor, a mãe é o primeiro objeto do bebê, ainda que de maneira bastante difusa, sendo que o processamento de formação de imagens vai acontecendo de forma muito gradual. Para o bebê, toda a obtenção de prazer, inicialmente, é proporcionada pela mãe e por ele próprio. E tudo que lhe é desagradável não é reconhecido como vindo da mãe, nem dele mesmo. Aos poucos a mãe vai sendo reconhecida em sua totalidade como decorrência das vivências de frustração, ou de satisfação não imediata de necessidades e desejos.

A onipotência também é algo importante que ocorre no narcisismo primário. Fenichel (1981) explica isto da seguinte forma: o ego primitivo é fraco e impotente com relação à própria pulsão e também ao mundo exterior. Devido ao ego ainda não conseguir se separar psicologicamente do mundo externo, ele acaba por englobá-lo no seu todo ou em partes dentro de si sem ter nenhuma consciência disso. Os objetos de frustração e de satisfação que estão fora não são reconhecidos como separados, mas fazem parte de um contínuo entre ele e o mundo. O que se segue é o sentimento de onipotência no qual o bebê se sente ele próprio capaz de satisfação plena de si mesmo. A seguir, segundo Fenichel (1981), com as experiências progressivas de insatisfação, e com o amadurecimento fisiológico do sistema nervoso e das funções cerebrais, o bebê registra quebras em sua onipotência, desfaz progressivamente o estado mental de narcisismo originário e reconhece os objetos externos a ele. Muito próximo da onipotência está a autoestima. Esta, no seu modo primitivo, é regulada e se origina,

segundo Fenichel (1981), no primeiro desejo de objeto que tem o caráter de eliminar o desprazer e também “*pela circunstância de que a satisfação pelo objeto elimina o próprio objeto e revive o estado narcísico*”. (P. 36). Deste modo, a autoestima é restaurada quando o desprazer é eliminado. O autor explica que o alimento é o primeiro regulador da autoestima por ser o primeiro fornecimento de satisfação. Assim, a dinâmica da autoestima parece ser de elevação quando da realização de pulsões e de redução quando da frustração destas.

Como vemos, o estágio do narcisismo primário é bastante complexo e de suma importância para a constituição do sujeito. Trata-se de um período inicial do desenvolvimento no qual ocorrem as primeiras identificações e internalizações. De acordo com Magalhães (2004), o narcisismo primário é a base fundamental sobre a qual irá se assentar e se arquitetar a subjetividade do indivíduo. Defendemos ainda que este é o momento de vida em que ocorrem as primeiras frustrações ligadas às necessidades básicas como, por exemplo, de fome quando não é sanada imediatamente. Valorizamos a figura materna que “empresta” seu eu ao bebê que ainda não o tem completamente formado.

Retomando a discussão, vimos que a cultura atual – narcísica e de intensa valorização da infância - impacta sobre a forma como o narcisismo primário é vivido na relação dos pais com seus bebês. Há consenso entre os diversos autores trabalhados sobre a ideia de que o narcisismo primário se trata de os pais abrirem mão do seu próprio narcisismo para investir no narcisismo do bebê. A discussão que fizemos anteriormente é que existem pessoas que não conseguem retirar o investimento de si para depositar no outro. Desta forma, quando o filho nasce, o Eu não é desinvestido e redirecionado ao bebê. Este passa a ser apenas mais uma função na vida daquela mãe que não abre mão do seu próprio narcisismo. Por outro lado, dentro desta cultura tão narcísica em que os pais têm dificuldades de lidar com a própria castração, não conseguem impor limites para o bebê que então é colocado no trono, mas não é retirado. Acreditamos que isso repercute no narcisismo desses bebês/crianças e, portanto, na constituição dos seus ideais.

## Capítulo VI

### **Ideal de Eu**

Neste momento do trabalho, perguntamo-nos: o que do narcisismo primário repercute no ideal de eu que se torna um ideal tão inatingível a ponto de o sujeito cair no vazio que é a depressão? Para fazermos uma discussão em torno desta questão, pretendemos esclarecer o eu ideal e o ideal de eu. Daniel e Souza (2006) comentam que, na psicanálise freudiana, narcisismo primário, Ideal de Eu e identificação são conceitos-chaves para o estudo da depressão. Para estas autoras, os sintomas são produzidos na interação do psíquico com o social, ou seja, de um homem com o outro.

Schmidt (2013) afirma que o Eu Ideal é anterior ao investimento nos objetos externos e é constituído durante o processo do narcisismo primário em que os pais projetam no bebê todas as perfeições e isentam-no de quaisquer sofrimentos. De acordo com Bleichmar (1987), os aspectos que constituem o Eu aludem juízos de valor, aceitações e rejeições apaixonadas, preferências e menosprezos. Este autor menciona que qualquer situação em que o sujeito viva satisfará ou ferirá o seu narcisismo. *“É nesse terreno da dor e da alegria narcisista que nos encontramos com uma representação privilegiada, o Eu Ideal”* (Bleichmar, 1987, p. 59).

Bleichmar (1987) acredita que a crítica não existe no Eu Ideal, e tudo o que se faça não merece objeção. Para este autor, o Eu Ideal está totalmente relacionado ao investimento do objeto de amor no sujeito, gerando neste uma representação idealizada. *“O Eu Ideal (...) caracteriza-se pela incondicionalidade da admiração do outro”* (Bleichmar, 1987, p. 61). Laplanche e Pontalis (1998) definem o Eu Ideal como sendo uma formação intrapsíquica e, ainda, como um ideal narcísico de onipotência traçado a partir dos moldes do narcisismo infantil.

Para Freud (1914), o desenvolvimento do Eu é constituído através do processo de distanciamento do narcisismo primário, o que produz uma intensa ambição de recuperá-lo. Schmidt (2013) menciona que, com o passar do tempo, o sujeito desenvolve censuras em relação a si e também começam as autocríticas inerentes ao próprio desenvolvimento, além de se deparar com as imposições da cultura em que vive. Isto leva o Eu Ideal à bancarrota e faz emergir a expectativa de reencontro com esta posição perdida. Conforme coloca Schmidt (2013), o Ideal de Eu é a reedição da ilusão



da perfeição amparada pelo amor parental. Portanto, trata-se da substituição do narcisismo infantil em que o sujeito era o seu próprio ideal.

Freud (1914) fala do Ideal de Eu como um narcisismo deslocado que volta ao Eu o qual idealiza a perfeição e a completude do Eu infantil. Neste sentido, Freud (1914) menciona a incapacidade dos homens de renunciarem a satisfação um dia experimentada no início da vida. Contudo, as próprias circunstâncias da vida não permitirão que as pessoas alcancem a perfeição, nem a completude. “*Ser novamente o seu próprio ideal, tal como ocorreu na infância, esta é a felicidade que as pessoas querem alcançar*” (Freud, 1914, p. 118). Segundo Laplanche e Pontalis (1998), o Ideal do Eu é uma instância da personalidade que resulta da convergência da idealização do Eu e da identificação com os pais, com os substitutos e com os ideais coletivos. De acordo com estes autores, trata-se de uma modalidade da instância psíquica com a qual o sujeito busca se conformar.

Schmidt (2013) comenta que se constrói um ideal que é continuamente avaliado aumentando as exigências que recaem sobre o Eu. Todavia, de acordo com o mesmo autor, a obtenção de um Ideal de Eu acessível é alcançado quando o desejo do Outro faz surgir um narcisismo estável no sujeito durante o processo de constituição do Eu Ideal, isto é, durante o processo do narcisismo primário. Segundo Schmidt (2013), se o investimento materno é insuficiente, então a formação de uma referência narcísica mais sólida é impedida. Deste modo, “*o sujeito se vê impossibilitado de investir na própria imagem da maneira como deveria ter se sentido investido, erguendo um modelo ideal inatingível, no qual procura traços que o definam*” (Schmidt, 2013, p. 94). Assim, se sucede o sentimento de desesperança e inutilidade que atinge o sujeito depressivo quando da confrontação com a falta de flexibilidade e com o direcionamento ao humanamente inacessível.

Portanto, o Ideal de Eu é uma instância psíquica constituída através do investimento dos pais na relação com o bebê e da crítica social. É a sede, no sujeito, pelo retorno da perfeição e da onipotência conquistados durante o narcisismo primário e posteriormente perdidos. No entanto, se houver falhas muito marcantes na relação entre o bebê e seus cuidadores de referência, ele poderá, futuramente, buscar ideais bastantes elevados como forma de reparar a falta de investimento. Neste sentido, a base narcísica estará fragilizada, deixando o Eu vulnerável ao vazio depressivo.

Assim, o Ideal de Eu tem um papel assaz importante na gênese da depressão, pois é ele que vai constituir um parâmetro para que o eu se sinta desvalorizado e/ou inferior. O Ideal de Eu modela a forma como o eu deveria ser, mas baseado em algo inalcançável. Desta forma, se o Ideal de Eu for muito elevado, ele vai impor ao eu um constante fracasso porque este nunca vai ser como o Ideal gostaria. Portanto uma grande diferença entre o eu e o ideal vai fazer com que o primeiro se sinta muito inferior. Por isso, o papel do ideal é central para provocar a depressão. O ideal é elevado porque a pessoa sente necessidade de ser perfeita para encobrir falhas, já que não aceita a perda do Eu Ideal.

Resumindo, o Eu Ideal estabelece que o sujeito deve ser perfeito, porém se não há aceitação na quebra do Eu Ideal, o sujeito o mantém numa versão do ideal do eu, então ele exacerba nos Ideais do Eu porque não pode se perceber com falhas. Assim, se os Ideais do Eu forem muito elevados, o eu vai se sentir constantemente inferior o que poderá causar depressão, afinal a pessoa sempre vai se sentir muito menos do que deveria ser segundo os Ideais do Eu.

### **Considerações Finais**

A partir da prerrogativa de que a depressão se configura como uma das modalidades de sofrimento predominantes no contemporâneo, viemos, por meio deste trabalho, levantando questões referentes a aspectos narcisistas da depressão, uma vez que a nossa cultura também se encontra mergulhada no narcisismo. Conforme estudamos, os sintomas depressivos, encobertos sob o conceito de melancolia, atravessaram a história da humanidade: da antiguidade clássica até os dias de hoje. A psiquiatria moderna formulou dois importantes manuais diagnósticos que são a CID-10 e o DSM. Estes são consultados por profissionais da área da saúde do mundo inteiro e seguem sendo revisados periodicamente. A depressão, em ambos os manuais, situa-se entre os transtornos de humor. A psicofarmacologia, por sua vez, também se desenvolveu dando grande atenção à sintomatologia depressiva e, atualmente, é a primeira escolha de tratamento de muitas pessoas.

Sob a luz da psicanálise, preocupamo-nos em diferenciar o transtorno depressivo de estados depressivos, e a depressão da melancolia. Vimos que esta pode ser entendida

de diversos modos, pois entre os autores não há consenso. Para alguns teóricos, trata-se de uma forte internalização do objeto perdido que se confunde com o Eu.

Também discutimos que a cultura tem sido uma grande produtora da depressão e de doenças do vazio. Neste sentido, comentamos a respeito das características contemporâneas da relação entre pais e filhos, em que, muito frequentemente, os pais fazem de seus bebês verdadeiras majestades, mas não se sentem capazes de retirar os filhos do trono. Devido a esse investimento exagerado e sem desenvolver capacidade para a frustração, posteriormente as crianças tolerarão mal a frustração e possivelmente entrarão mais facilmente em depressão. Complementarmente a isto, vimos que a falta de investimento também pode ser problemática, visto que os pais podem vir a se sentir culpados por ocuparem seu tempo e sua libido com outras tarefas, além daquela de cuidar dos filhos e, por isso, acabar sendo muito permissivos com os mesmos – numa atitude compensatória.

Fez-se necessário adentrarmos aos conceitos de narcisismo primário e Ideal de Eu. Muito brevemente, podemos dizer que narcisismo primário é uma importante etapa da vida para a constituição do sujeito entrelaçada à figura materna e paterna. É o modo de satisfação da libido onde as pulsões buscam satisfação no próprio corpo. Nesse período, ainda não existe uma unidade do ego, nem uma diferenciação real do mundo, por isso, a mãe “empresta” seu Eu ao bebê. O Ideal de Eu é uma estrutura mental resultante das identificações com os pais, seus substitutos e com os ideais coletivos.

Além dos fatores sociais, culturais e das expectativas dos pais nos parece que a construção de Ideias de Eu pode ser um dos pontos determinantes no processo da depressão, haja vista que uma pessoa deprimida talvez seja uma consequência de uma parte dela muito onipotente, exigente e superior. Enfim o Ideal de Eu parece ser um fator preponderante na depressão porque ele é a força que por trás do sentimento depressivo exige aquilo que o eu nunca pode alcançar. Podendo resultar disso o sentimento de inferioridade do eu.

## Referências

- Bleichmar, H. (1987). O discurso totalizante. In. *O narcisismo: estudo sobre a enunciação e a gramática inconsciente*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre. Artmed.
- Daniel, C. Souza, M. (2006). Modos de subjetivar e de configurar o sofrimento: depressão e modernidade. *Psicologia em Revista*. V.12, n. 20. Belo Horizonte.
- Esteves, F. & Galvan, A. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, n. 24, jul./dez. p. 127 – 135.
- Fédida, P. (1999). *Depressão*. São Paulo. Editora Escuta.
- Fenichel, O. (1981). O desenvolvimento psíquico inicial: o ego arcaico. In: *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. Rio de Janeiro – São Paulo. Atheneu.
- Freud, S. (1914). À guisa de introdução ao Narcisismo. In. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro. Imago.
- Freud, S. (1917). Luto e melancolia. In. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro. Imago.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo. Boitempo Editorial.
- Laplanche, J. (1998). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo. Martins Fontes.
- Lisondo, A. B. (2004). Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Volume 38, n. 2.
- Magalhes, M. C. (2004). Narcisismo primário e o desejo. Pulsional: *Revista de Psicanálise*. Ano XVII, n. 178.
- Monti, M. R. (2008). *Contrato narcisista e clínica do vazio*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. V. 11, n.2. São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre. Artmed.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.

Schmidt, E. (2013). Melancolia, depressão e suas narrativas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. V. 16, n. 1. São Paulo.

Scliar, M. (2003). *Saturno nos trópicos: a melancolia chega ao Brasil*. São Paulo. Companhia das letras.

Teixeira, M.A. (2005). *Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria*. *Revista de Psicanálise UNESP*.