



A DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES NA ATUALIDADE: UM ESTUDO COMPARATIVO A PARTIR DA PSICANÁLISE DE FREUD E WINNICOTT

Depression in adolescents today: a comparative study based
on the psychoanalysis of Freud and Winnicott

Filipe Pereira Vieira^a

^a Bacharel em Psicologia. Mestre e doutorando em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail: filipepevi@hotmail.com

RESUMO

O termo “depressão”, na linguagem contemporânea, é utilizado para descrever tanto um estado afetivo normal, como a tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome e vários tipos de transtornos relacionados. Este artigo investiga as causas da depressão a partir das perspectivas psicanalíticas freudiana e winnicottiana, focando especificamente nas consequências que a adolescência sofre durante o período depressivo. Para tanto, utiliza-se como método de pesquisa a análise de um caso clínico. Além disso, considera-se, aqui, o contexto social atual, no qual mudanças econômicas, culturais, históricas, psicossociais e avanços tecnológicos alteraram a formação da subjetividade e a compreensão do sofrimento depressivo.

Palavras-chave: Depressão. Psicanálise. Adolescência. Freud. Winnicott.

ABSTRACT

The term “depression” in contemporary language is used to describe both a normal affective state, such as sadness, and a symptom, a syndrome, and various types of related disorders. This article investigates the causes of

depression from the Freudian and Winnicottian psychoanalytic perspectives, focusing specifically on the consequences that adolescence suffers during the depressive period. To this end, a clinical case analysis is used as a research method. Furthermore, the current social context is considered, in which economic, cultural, historical, psychosocial changes, and technological advances have altered the formation of subjectivity and the understanding of depressive suffering.

Keywords: Depression. Psychoanalysis. Adolescence. Freud. Winnicott.

INTRODUÇÃO

O termo “depressão” é utilizado para descrever tanto um estado afetivo normal, como a tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome e diversos tipos de transtornos relacionados. No CID-10 (1993), por exemplo, temos a classificação F32 “Episódio depressivo”, com seis variações, e F33 “Transtorno depressivo recorrente”, com sete variações, para referir-se aos adoecimentos psicopatológicos relacionados à depressão de forma mais ampla. Isso evidencia a diversidade teórica e a complexidade da patologia, além de ressaltar a importância de estudos mais aprofundados.

No entanto, o conceito de depressão vem sendo entendido de forma distorcida pela sociedade (Dunker, 2021). As mudanças econômicas, culturais, históricas, psicossociais, assim como os avanços tecnológicos, alteraram os modos de subjetivação e, conseqüentemente, a compreensão sobre esse conceito. Nesse sentido, Dunker (2021) assinala que:

O incremento de uma subjetividade distribuída em funções, integradas e adaptadas, ao modo de uma loja de departamentos, dá lugar à busca por unidade, representada por uma imagem. A intrusão do público sobre o privado e do privado sobre o público, tão importante para a sustentação de uma ficcionalidade de si, torna-se muito mais exigente e complexa. A recuperação da própria temporalidade, o recuo e o enganche na demanda do outro, processos tão difíceis para o depressivo, tornam-se habilidades cada vez mais presentes. (Dunker, 2021, pp. 96-97)

Del Porto (1999) destaca que a depressão pode surgir em diversos quadros clínicos. Entre os mais comuns estão o transtorno de estresse pós-traumático,

demência, esquizofrenia, alcoolismo e transtorno *borderline*. Além disso, a depressão aparece, muitas vezes, em resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas, como ressalta Dunker (2021).

Pois bem, sabemos que a adolescência é um período da vida humana caracterizado por diversas mudanças hormonais, físicas e sociais (Papalia, 2009). Trata-se de uma transição do mundo infantil para o mundo adulto, que pode gerar inúmeros conflitos para alguns jovens. O cenário neoliberal competitivo e a sociedade do espetáculo impactam significativamente as formas de *ser* e agir do adolescente contemporâneo. Nesse contexto, Maria Rita Kehl (2009) escreve que:

A atenção à vida subjetiva das crianças, assim como à dos adultos, requer uma relação mais distendida com o tempo; episódios de luto ou de conflito próprios da infância e da adolescência podem custar a perda de um ano escolar, como o mau desempenho em atividades esportivas ou mesmo a perda de popularidade entre amigos de escola – motivo de importante dor narcísica em uma sociedade em que cada um é avaliado a partir do “valor de gozo” que um grupo social lhe confere. São os pais, e não as crianças, que não suportam que seus filhos estejam expostos aos conflitos e crises inevitáveis da vida, assim como não toleram a ideia de que as vicissitudes da vida subjetiva possam deixá-los para trás na corrida precoce por boas colocações no futuro. Preferem medicar o sofrimento de seus filhos de modo a (re)ajustá-los rapidamente às exigências da vida escolar e dos ideais da vida social. (Kehl, 2009, p. 278)

Para Bahls (2002), o interesse pelo estudo da depressão, na fase da adolescência, tem sido observado mais recentemente por pesquisadores. Até então, poucos estudos existiam devido à crença de que a depressão afetava somente adultos e idosos. Contudo, publicações e pesquisas atuais demonstram que o índice de adolescentes e crianças acometidos pela depressão tem crescido de forma alarmante (SBP, 2019).

Na contemporaneidade, a ciência fornece maior suporte para pesquisas experimentais sobre doenças, incluindo estudos das oscilações bioquímicas, em diversos quadros clínicos. Essas pesquisas alcançaram um grau de precisão que possibilita a criação de medicamentos destinados a reequilibrar os distúrbios

bioquímicos. Atualmente, há diversos tipos de antidepressivos no mercado, cada um atuando de maneira específica para combater os sintomas da depressão. Seguindo nessa esteira, pesquisas apontam que a serotonina, um dos principais neurotransmissores responsáveis pela estabilização do humor e pela sensação de bem-estar, desempenha um papel crucial na ação de muitos desses medicamentos. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), por exemplo, aumentam os níveis de serotonina no cérebro ao bloquear sua recaptação pelos neurônios – o que ajuda a melhorar o humor e reduzir a ansiedade.

Além dos ISRS, existem outras classes de antidepressivos, como os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), que também aumentam os níveis de noradrenalina, outro neurotransmissor importante para o humor. Antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e antidepressivos atípicos são outras opções disponíveis, cada uma com mecanismos de ação distintos, mas com o objetivo comum de equilibrar os neurotransmissores cerebrais e proporcionar alívio dos sintomas depressivos. Esses medicamentos não apenas aumentam os níveis de neurotransmissores, mas também ajudam a modificar a maneira como os neurônios se comunicam e se conectam, promovendo uma recuperação mais abrangente e eficaz da depressão. “Os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70% no prazo de um mês” (Moreira, 2008, p. 34).

Entretanto, “resgatar a clínica das depressões do campo exclusivo da psiquiatria me parece um desafio ante o qual o psicanalista não pode recuar” (Kehl, 2009, p. 13). O aumento significativo dos diagnósticos de depressão nos países ocidentais desde a década de 1970 impõe a urgência de repensar as nossas práticas de intervenção e manejo, bem como o embasamento teórico para a compreensão dessa psicopatologia.

A indústria farmacêutica e a mídia, por outro lado, promovem a ideia de que “pílulas mágicas” podem solucionar todos os nossos problemas. Antes de

sucumbirmos ao apelo técnico para o aumento da medicalização, é fundamental explorarmos as reflexões psicanalíticas sobre a *melancolia*. É isso que veremos no item a seguir.

A DEPRESSÃO SOB UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA FREUDIANA

Entre o período em que a melancolia era vista como uma característica subjetiva do gênio, e a atualidade, onde a depressão é abordada através de estudos fisiológicos, a teoria freudiana oferece uma reflexão metapsicológica profunda sobre a melancolia. Segundo Kehl:

As características “depressivas” do melancólico – negativismo, falta de ânimo, falta de autoestima, fantasias autodestrutivas, distúrbios somáticos e outras tantas manifestações de dor psíquica – podem se parecer, empiricamente, com as dos depressivos. [...] No que se refere à clínica, é importante destacar que *não existe identidade, em psicanálise, entre melancolia e depressão*, a despeito das frequentes analogias sintomáticas entre ambas. No plano mais geral, do “mal-estar na civilização, trato de situar o sofrimento depressivo na linha de continuidade do lugar ocupado pelos melancólicos na tradição do pensamento anterior à Freud: o de sintoma social. (Kehl, 2009, p. 40, grifos meus)

Kehl, em seu livro “O tempo e o cão” (vencedor do Prêmio Jabuti em 2010), propõe um estudo detalhado das depressões, destacando que o sintoma depressivo se inscreve no contexto social – conforme mencionado na citação acima. Isto é: em tempos em que o imediatismo, a felicidade e a exigência de produtividade são imperativos culturais, o indivíduo deprimido caminha na direção oposta da ordem social vigente.

Moreira (2002), em sua minuciosa leitura sobre o tema da melancolia em Freud, revela-nos:

Na psicanálise, a revisão da obra de Freud tem indicado que ele não supõe diferença de natureza psíquica entre melancolia e depressão, mas tão somente uma escolha de termos, e ele tende a nomear como melancolia os quadros a que dedica os estudos mais extensos, como o

próprio “Luto e melancolia”. Além disso, é preciso considerar que a escolha do termo em Freud esteja relacionada com a sua preferência. (Moreira, 2002, p. 73)

Fica evidente, de acordo com a leitura de Moreira, que Freud não diferenciava depressão e melancolia – muito embora alguns psicanalistas insistam nessa diferenciação –, especialmente se considerarmos o contexto histórico, em que a nomenclatura “depressão” ainda não era utilizada como uma estrutura nosográfica pela psiquiatria da época (ver Almeida & Naffah Neto, 2022). Além disso, Freud se concentra em desdobrar aspectos que caracterizam uma diferença central, presente nos estados de subjetivação que envolvem o luto e a melancolia. Segundo o próprio autor:

No luto, vimos a inibição e a ausência de interesse explicadas totalmente pelo trabalho do luto que absorve o Eu. Na melancolia, a perda desconhecida terá por consequência um trabalho interior semelhante, e por isso será responsável pela inibição que é própria da melancolia. [...] O melancólico ainda nos apresenta uma coisa que falta no luto: *um extraordinário rebaixamento da autoestima, um enorme empobrecimento do Eu.* (Freud, 1917/2010, p. 175, grifos meus)

Basicamente, Freud aponta que, no luto, o sujeito sofre pela *perda do objeto* amado, mas não experimenta uma diminuição da autoestima. Em contraste, na melancolia, devido a uma identificação narcísica, o indivíduo sofre impactos diretamente no *próprio Eu*, como resultado da perda do objeto. Sendo assim:

O investimento objetual demonstrou ser pouco resistente, foi cancelado, mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto, e *sim recuada para o Eu.* Mas lá ela não encontrou uma utilização qualquer: serviu para estabelecer uma identificação do Eu com o objeto abandonado. *Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu,* e a partir de então este pôde ser julgado por uma instância especial como um objeto, o objeto abandonado. (Freud, 1917/2010, pp. 180-181, grifos meus)

Com efeito, pode-se entender o fenômeno do adoecimento melancólico como um retraimento do Eu diante da perda de um objeto amado e de suas significações para o indivíduo. Por conta disso, o sujeito se sente imobilizado e,

devido à identificação com o objeto perdido, surgem recriminações pessoais acompanhadas de um forte sentimento de culpa e responsabilidade.

Assim, compreendemos o que Freud (1917) quis dizer quando escreveu: “a sombra do objeto caiu sobre o Eu”. Elencando ainda mais suas hipóteses, o autor continua: “a perda do objeto se transformou numa perda do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada, numa cisão entre a crítica do Eu e o Eu modificado pela identificação” (Freud, 1917/2010, p. 181).

A DEPRESSÃO SAUDÁVEL E A DEPRESSÃO PATOLÓGICA SEGUNDO WINNICOTT

Winnicott (1963/2011) relata seu entendimento acerca do valor da depressão, enfatizando o aspecto saudável da depressão por meio de um paradoxo. Se, por um lado, as pessoas deprimidas podem ter pensamentos suicidas, sofrer transtornos psiquiátricos e enfrentar uma variedade de riscos característicos; por outro, a capacidade de se deprimir está intimamente ligada ao conceito de força do ego, ao estabelecimento do self e à descoberta de uma identidade pessoal – aproximando-se, portanto, dos estados de saúde. Como impurezas da depressão, Winnicott (1963) menciona sete situações:

1. [...] todos os fracassos de organização do ego que indicam uma tendência do paciente para a esquizofrenia, um tipo mais primitivo de enfermidade. Aqui existe ameaça de desintegração, e são as defesas psicóticas (divisão etc.) que definem o quadro clínico, que inclui divisão, despersonalização, sentimentos de irrealidade, falta de contato com a realidade interna [...].
2. Nesta segunda categoria colocarei os pacientes que mantêm uma estrutura de ego que torna possível a depressão e mesmo assim têm delírios persecutórios. A presença de tais delírios indica que o paciente ou está usando fatores externos adversos, ou está usando

a memória dos traumas para obter alívio do embate das perseguições internas, cujo acobertamento resulta em humor deprimido.

3. Nesta terceira categoria, favorece o alívio que os pacientes obtêm das tensões internas através da permissão que dão de se expressarem em termos hipocondríacos. Pode-se usar a presença de doenças somáticas [...].
4. Nesta categoria, coloco outro tipo de impureza, que é expressa pelo termo psiquiátrico hipomania; em psicanálise defesa maníaca [...].
5. Nesta categoria coloco a oscilação maníaco-depressiva. Ela lembra de certa forma as mudanças da depressão para a defesa maníaca, mas na verdade é muito diferente por causa de uma certa característica, a dissociação, relativa aos dois estados [...].
6. Aqui, encaixo o exagero das fronteiras do ego pertencente ao medo da irrupção de mecanismos esquizoides de divisão. O resultado clínico é uma feroz organização da personalidade num padrão depressivo.
7. Na melancolia e no mau-humor há uma espécie de “retorno do reprimido”. O humor é antissocial e destrutivo, ainda que o ódio do paciente não esteja presente. (Winnicott, 1963/2011, pp. 66-67)

Diante de tais considerações do texto winnicottiano, as impurezas da depressão são o que nos conduzem ao terreno da psicopatologia, transformando a depressão em uma entidade mórbida e paralisante no psiquismo do indivíduo. Sendo assim, ao contrário de Freud, Winnicott salienta a necessidade de o sujeito poder se deprimir, ou seja, do recolhimento do indivíduo ao seu mundo interior, entrando em contato consigo próprio e reconhecendo as raízes de sua subjetividade. Nesse sentido, o adoecimento depressivo estaria diretamente ligado a uma das sete impurezas mencionadas acima. Cito novamente o autor:

A depressão pertence à psicopatologia. Pode ser severa e incapacitante, e durar a vida inteira, mas, nos indivíduos relativamente saudáveis, geralmente é um estado e humor passageiro. No final, a depressão, fenômeno comum e quase universal, se relaciona com o luto, com a capacidade de sentir culpa e com o processo de maturação. A depressão

sempre implica força do ego; assim, tende a sumir e a pessoa deprimida tende a se recuperar para a saúde mental. (Winnicott, 1963/2011, p. 68)

Uma análise breve dessa citação revela que o psicanalista britânico valoriza a depressão como uma conquista da maturidade emocional, pois, segundo suas concepções, esse estado faz parte do desenvolvimento normal e incide diretamente nos processos de evolução do ego. Curiosamente, isso contrasta com a sociedade atual, onde a capacidade de se entristecer é extremamente malvista e desprezada (ver Acserald&Vale, 2018). Encontramos, assim, uma das maiores contribuições teóricas e clínicas de Winnicott para a compreensão do verdadeiro sentido da depressão na cultura contemporânea, especialmente em relação à realidade dos adolescentes.

PSICANÁLISE, SOCIEDADE, CULTURA E O SUJEITO DEPRESSIVO

Freud (1917) afirma que o fenômeno do luto e o estado psíquico da melancolia são semelhantes, pois, em ambos os casos, o sujeito deseja recuperar o objeto perdido. No entanto, no caso do luto, espera-se que, com o passar do tempo, o enlutado retire seu investimento libidinal do objeto amado que foi perdido. Já na melancolia, parece haver uma negação da realidade externa, de modo que o sujeito se “recusa” a perder e, então, agarra-se ao objeto.

O sujeito melancólico passou por dificuldades na construção do seu narcisismo primário (Freud, 1914), período da vida em que o investimento libidinal é voltado para si. Em outras palavras, devido a uma construção identitária fragilizada, o Eu fica vulnerável e dependente de um objeto externo; por isso, quando o objeto é perdido, o indivíduo sente que perdeu parte de si próprio. Cito Freud:

Portanto, a melancolia toma uma parte de suas características do luto, e outra parte da regressão, da escolha de objeto narcísica para o narcisismo. Ela é, por um lado, como o luto, reação à perda real do objeto amoroso, mas além disso é marcada por uma condição que se acha ausente no luto normal, ou que, quando aparece, transforma-o em patológico. A perda do objeto amoroso é uma excelente ocasião para que a ambivalência das relações amorosas sobressaia e venha à luz. Quando existe predisposição para a neurose obsessiva, o conflito da

ambivalência empresta ao luto uma configuração patológica e o leva a se exprimir em forma de autorrecriações, nas quais o indivíduo mesmo teria causado – isto é, desejado – a perda do objeto de amor. (Freud, 1917/2010, p. 183)

O indivíduo depressivo utiliza sua energia na tentativa de elaborar a perda sofrida, buscando o objeto perdido e, conseqüentemente, uma parte de si mesmo. Com o passar do tempo, podemos formular a hipótese de que as definições feitas por Freud para teorizar o sofrimento psíquico do sujeito melancólico podem, efetivamente, ser pensadas de modo paralelo e semelhante aos sintomas do indivíduo depressivo na sociedade contemporânea (Dunker, 2021). Nesse sentido, é comum que a depressão, em seu estado grave, apareça logo após (ou anos depois) uma perda intensa sofrida pelo sujeito.

Em 1924, após a criação de sua segunda tópic, Freud passou a compreender a melancolia como um adoecimento resultante do conflito entre o Eu e o Supereu. Vejamos:

Entretanto, podemos postular, provisoriamente, que também deve haver afecções que têm por base um conflito entre Eu e Supereu. A análise nos dá certo direito de supor que a melancolia seria um exemplo desse grupo; então, reservaríamos o nome de “psiconeuroses narcísicas” para perturbações desse tipo. (Freud, 1924/2016, pp. 274-275)

Na sociedade em que vivemos nos dias atuais, espera-se que os seres humanos sejam hiperativos e respondam rapidamente às situações do dia a dia, o que nos impede de vivenciar de forma tranquila e agradável diversas situações. Isso nos força a passar por processos dolorosos de perda (e lutos simbólicos) sem que seja possível, de fato, elaborá-los. Um exemplo disso é a publicidade exagerada de algumas medicações, que prometem melhoras eficazes aos pacientes de modo relativamente rápido e indolor, mas que, por outro lado, causam efeitos colaterais e dependência. Nessa mesma direção, caminham as propostas de terapias de curto prazo, que se proliferam com base em promessas utópicas de cura rápida, refletindo a demanda imediatista da nossa era neoliberal.

A civilização do espetáculo, centrada nas imagens e nas aparências, impõe fortes exigências ao Eu, causando uma sensação de insatisfação em relação ao que se “deveria” ter sido conquistado e ainda não o foi. Esse conflito gera um sentimento de vazio, fracasso e desamparo, que contribui, mesmo que indiretamente, para os altos índices de depressão. Aqui, cito Roudinesco e seus apontamentos críticos:

Todos os estudos sociológicos mostram igualmente que a sociedade depressiva tende a romper a essência da vida humana. Entre o medo da desordem e a valorização de uma competitividade baseada unicamente no sucesso material, muitos são os sujeitos que preferem entregar-se voluntariamente a substâncias químicas a falar de seus sofrimentos íntimos. O poder dos remédios do espírito, portanto, é o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a própria ideia de enfrentar a prova dele. O silêncio passa então a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha. (Roudinesco, 2000, p. 30)

Podemos afirmar, de maneira bastante geral, que a psicanálise adentra esse terreno inóspito para dar voz a essa angústia inominável que assombra cada vez mais pessoas, impossibilitando-as de terem uma vida marcada por cores, sabores e prazeres. Como sabemos, a depressão paralisa o sujeito, enfraquece o seu psiquismo e congela o nosso processo de simbolizações, comprometendo o potencial criativo da humanidade. Pagamos, portanto, um preço alto para atender às expectativas do Outro, ou seja, da sociedade em geral (Kehl, 2009). O imperativo do gozo não permite o surgimento de um espaço para a tristeza e, muito menos, para vivenciarmos a solidão – posições necessárias para a nossa condição de bem-estar. Afinal, uma vida sem angústias não é uma vida real, como propõe Winnicott em 1971:

A vida de um indivíduo saudável é caracterizada tanto por medos, sentimentos conflituosos, dúvidas e frustrações como por características positivas. O principal é que o homem ou a mulher sintam que estão vivendo a própria vida, assumindo responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir o crédito pelo sucesso e a culpa pelas falhas. Em outras palavras, pode-se dizer que o indivíduo passou da dependência para a independência, ou para a autonomia. (Winnicott, 1971/2021, p. 29)

Nesse sentido, pesquisar o adoecimento depressivo pela ótica da teoria psicanalítica se torna mais que urgente; é um imperativo necessário que abre o campo de intervenção e atuação do psicólogo no que tange ao cerne da alma humana. Longe de tecer quaisquer conclusões definitivas, este trabalho levanta questões que devem ser

discutidas e problematizadas para uma prática possível e, quem sabe, eficaz. Logo, o diálogo entre as diferentes matrizes psicanalíticas – como a freudiana e a winnicottiana – nos oferece um recurso consistente para possíveis intervenções.

O RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Marcos, um adolescente de 15 anos, foi trazido à clínica por seus pais, preocupados com seu comportamento retraído e depressivo. Eles relataram que o paciente, anteriormente um jovem ativo e alegre, havia se tornado apático, evitava atividades sociais e parecia estar sempre triste. Além disso, notaram uma queda significativa em seu desempenho escolar e frequentes explosões de irritabilidade.

Durante as nossas sessões, Marcos se mostrou bastante reservado, respondendo de maneira monossilábica e evitando contato visual. No entanto, à medida que a confiança entre nós cresceu, Marcos começou a compartilhar mais sobre os seus sentimentos de inadequação e fracasso. Ele sentia que não conseguia atender às expectativas de seus pais e professores e, com o uso exagerado das redes sociais, essas pressões foram amplificadas pela constante comparação com seus pares.

Ao longo do processo analítico, ficou claro que Marcos havia experimentado uma espécie de “quebra” no seu ambiente primário. Explico melhor: sua mãe, que sempre fora carinhosa e atenta, passou por um período de depressão severa quando o garoto tinha cerca de 8 anos. Este período coincidiu com uma fase crucial no desenvolvimento emocional de Marcos, em que ele necessitava de um ambiente estável e seguro para consolidar o seu amadurecimento.

Como resultado, o paciente desenvolveu mecanismos de defesa para lidar com a ausência emocional da mãe, criando um falso self patológico¹ que atendia às

¹Sobre esse tema, Winnicott escreve: “O conceito de um falso self (como eu o chamo) não é difícil de entender. O falso self se constrói na base da submissão. Pode ter uma função defensiva, que é a proteção do self verdadeiro. [...] Quando o falso self é usado e tratado como real, o indivíduo tem um sentimento

expectativas dos outros enquanto suprimia as suas próprias necessidades e sentimentos. Com o tempo, essas defesas se tornaram insustentáveis, especialmente durante a adolescência, um período de intensa transformação e busca por identidade.

Com base na linhagem winnicottiana, pude pensar na criação de um ambiente psicoterapêutico seguro, onde Marcos pudesse experimentar uma “regressão à dependência”. Aos poucos e com muita sutileza, fui proporcionando um espaço acolhedor para que o analisando pudesse ser visto e percebido, permitindo-lhe gradualmente entrar em contato com suas necessidades emocionais profundas e não atendidas. Este processo de regressão possibilitou que Marcos “descongelasse” o seu amadurecimento, seguindo o rumo do seu vir a ser, em primeira pessoa.

Com o tempo, o garoto começou a expressar suas próprias vontades e sentimentos de maneira mais autêntica, mostrando uma melhora significativa em seu humor e comportamento. Vale destacar, aqui, que o trabalho analítico foi realizado também junto à família do paciente, que se mostrou muito solícita e presente durante todo o nosso processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de compreensão acerca dos objetivos do tratamento e do alívio dos sintomas pela psicanálise freudiana, cito Fulgencio (2018):

Todo método de tratamento implica, necessariamente, uma concepção do que são as doenças (suas gêneses, suas dinâmicas) e o tipo de solução a ser dada ou procurada para tratar dessas doenças ou sintomas. De modo geral, pode-se considerar que as psicopatologias são, para Freud, um tipo de constrição, uma limitação interna (psicológica, derivada de conflitos internos), que rouba do indivíduo, insistentemente, recursos importantes para que ele possa estar no mundo e se relacionar consigo e com os outros. (Fulgencio, 2018, p. 344)

crescente de futilidade e desespero. É claro que na vida do indivíduo há diversos graus desses estados de coisas, de modo que em geral o self verdadeiro é protegido, mas tem vida, sendo o falso self a atitude social. No extremo da anormalidade, o falso self pode facilmente ser tomado como real por engano, de modo que o self real está sob ameaça de aniquilação; o suicídio pode então ser a reafirmação do self verdadeiro” (Winnicott, 1959-64/2022, n.p.).

E continua:

[...] Para ele, o tratamento analítico tem como objetivo diminuir uma constrição (pelos conflitos da realidade psíquica interna) do indivíduo, restituindo-lhe maior liberdade para escolher agir, ainda que as formações do inconsciente (e mesmo alguns sintomas) possam sempre estar presentes. (Fulgencio, 2018, p. 346)

Em contrapartida, o tratamento psicanalítico para Winnicott, segundo Fulgencio, é diferente daquele proposto por Freud. Vejamos:

Quando Winnicott explicita quais seriam os objetivos do tratamento psicanalítico, o faz em linguagem e em perspectiva diferente da de Freud, ainda que estejam apoiadas nele. No seu texto dedicado a analisar os objetivos do tratamento psicanalítico, Winnicott aponta três grandes fases do tratamento: na primeira, o paciente desenvolve uma confiança no analista e no processo analítico, sentindo-se visto e entendido pelo profissional; na segunda, com base nessa confiança e sustentação ambiental, o paciente experimenta a si mesmo na relação com o analista e para além dela; e, na terceira, o paciente começa e conquista o sentimento de existir por si mesmo como algo natural (Winnicott, 1965/1983, p. 154). [...] Para Winnicott (1984/1999), o adoecimento corresponde a um tipo de imaturidade, uma interrupção no processo de desenvolvimento; e a psicoterapia, por sua vez, ao conjunto de ações e sustentações ambientais que podem retomar esse processo. (Fulgencio, 2018, p. 351)

Enquanto para Freud:

[...] Freud pensa o objetivo do tratamento psicanalítico em termos de uma estabilidade do eu nas relações interpessoais, pressionadas pela vida instintual e pelos valores superegoicos (também referidos à sexualidade), enunciado tanto de forma metapsicológica quanto descritiva, tendo em vista a diminuição do sofrimento [...]. (Fulgencio, 2018, p. 351)

Posto isso, fica claro que, apesar de cada autor utilizado neste artigo ter o seu próprio modelo ontológico de homem, bem como uma compreensão única da técnica e do manejo psicanalítico, as duas abordagens, de forma alguma, se anulam. Muito pelo contrário, elas se complementam e facilitam o entendimento da imensidão subjetiva que sustenta o psiquismo humano.

Segundo a teoria winnicottiana, o tratamento analítico se dá através da sustentação, do *holding* propriamente dito, ou seja, do oferecimento de um ambiente seguro e estável, onde o paciente, a partir da confiabilidade sentida

em relação ao analista, possa exercer a sua capacidade de *vir a ser* (em primeira pessoa). Para Winnicott (1971), o adoecimento depressivo representa uma interrupção no processo de desenvolvimento. Portanto, é somente através da análise que o indivíduo poderá, talvez, compreender em que momento houve uma quebra no seu desenvolvimento maturacional, podendo regredir para corrigir os prejuízos causados pelas falhas ambientais.

A psicanálise freudiana, por sua vez, entende a depressão como uma identificação com o objeto perdido. O sofrimento depressivo se caracteriza por um abatimento doloroso, uma interrupção do interesse pelo mundo exterior, acompanhada da inibição de toda atividade e da diminuição da autoestima. Podemos pensar, por essa ótica, que ocorreu uma identificação narcísica do Eu com o objeto perdido, pois, o indivíduo, ao se deparar com a perda, sente-se como se estivesse perdendo partes do seu próprio Eu – já que elas estavam identificadas com aquilo que se foi. Este mecanismo nos auxilia a compreender a frase postulada por Freud em "Luto e melancolia" (1917): "a sombra do objeto perdido recai sobre o Eu".

A clínica ancorada nas ideias de Freud, tenta atingir a raiz dessa identificação, trazendo para o consciente as causas desse processo identificatório (Freud, 1914). Pois bem, se a sombra do objeto caiu sobre o Eu, como assinala Freud, o tratamento terá como objetivo central fortalecer esse Eu para que, por si próprio, ele consiga se desvincular da "sombra do objeto". Um processo custoso, diga-se de passagem, pois este atravessamento exige do indivíduo uma construção egoica atualizada, que seja capaz de se desprender das amarras que o aprisionam, caminhando rumo à liberdade e na direção dos seus próprios ideais.

Em ambas as clínicas, quando nos referimos à adolescência, percebemos que há uma singularidade esmagada pela pressão do meio externo, principalmente pela imposição da felicidade utópica que observamos ao rolar o *feed* das nossas redes sociais.

Além disso, é importante reconhecer que a adolescência é um período de intensa transformação e descoberta pessoal, onde a busca por identidade muitas vezes colide com as expectativas irreais propagadas pela mídia digital. O excesso de comparações e a sensação de inadequação podem agravar sentimentos de isolamento e baixa autoestima. Este cenário contribui para um aumento alarmante dos casos de depressão entre os jovens, que se veem pressionados a atingir padrões inatingíveis de perfeição e sucesso. Dessa forma, a saúde mental dos adolescentes requer atenção cuidadosa e estratégias de suporte que incluam a promoção de uma autoimagem saudável e a desconstrução dos mitos da felicidade superficial promovida online.

A psicanálise, assim, seja pelo viés freudiano ou pelo viés winnicottiano, busca resgatar o sujeito do abismo esmagador das imposições sociais. Esse abismo atinge em cheio, principalmente, o público adolescente, com seu ego fragilizado e raízes identificatórias marcadas pelo atravessamento do objeto – aspectos que acabam anulando a verdadeira essência desses indivíduos. Na contemporaneidade, a clínica psicanalítica, fundamentada numa escuta ética e implicada, se ergue como soberana e impõe-se às agonias do indizível, trazendo esperança aos lugares onde antes só habitava a dor.

REFERÊNCIAS

- Achselrad, M. & Vale, F. C. (2018). A representação social da felicidade e a sociedade de consumo na visão de jovens universitários. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1), 1-13.
- Almeida, A. P. & Naffah Neto, A. (Orgs.). (2022). *Perto das trevas: a depressão em seis perspectivas psicanalíticas*. São Paulo: Blucher.
- Bahls, F. (2002). *Depressão na adolescência: características clínicas*. Universidade Federal do Paraná.
- CID-10. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(supl. 1), 6-11.

- Dunker, C. (2021). *Uma biografia da depressão*. São Paulo: Planeta.
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (pp. 170-194). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917)
- Fulgencio, L. (2018). Os objetivos do tratamento psicanalítico para Freud e Winnicott. *Estilos da Clínica*, 23(2), 344-361.
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2019). Aumento da depressão na infância e adolescência preocupa pediatras.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D. W. (2011). O valor da depressão. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 59-68). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (2021). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (2022). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à contribuição psiquiátrica? In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora. E-book. (Trabalho original publicado em 1959-64)