

A DEPRESSÃO: DA HISTÓRIA PARA A CLÍNICA PSICANALÍTICA CONTEMPORÂNEA

THE DEPRESSION: FROM HISTORY TO CONTEMPORARY PSYCHOANALYTIC CLINIC

Leonardo Queiroz Gomes¹
Gessé de Souza Silva²

RESUMO

Este artigo investiga as contribuições que a psicanálise oferece para o tratamento da depressão e sua relação com o século XXI. Também elabora uma breve evolução histórica do conceito de melancolia, assim como, o que demarca a diferença entre esta, o luto e a depressão, analisando o processo de intervenção psicanalítica diante dos atuais quadros de depressão. Trata-se de um trabalho, de cunho teórico-conceitual, no qual se observou a importância do enquadre analítico para a reinserção do sujeito deprimido no espaço público e o seu papel na reconstituição do desejo pela localização da fantasia. Entendeu-se também o conceito de depressividade, diferentemente do estado deprimido, como elemento constitutivo da condição natural do sujeito desejante, sendo, portanto, o caminho para o qual, o sujeito deprimido, precisa ser reconduzido.

Palavras-chave: luto, melancolia, depressão, depressividade, psicanálise.

ABSTRACT

This article investigates the contributions that psychoanalysis offers for the treatment of depression and its relation to the 21st century. It also elaborates a brief historical evolution of the concept of melancholy, as well as, what marks the difference between this, mourning and depression, analyzing the process of psychoanalytic intervention in the face of the present depression. It is a work, theoretical-conceptual, in which the importance of the analytical framework for the reinsertion of the depressed subject in the public space and its role in the reconstitution of the desire for the location of the fantasy was observed. The concept of depressivity, unlike the depressed state, was also understood as a constitutive element of the natural condition of the desiring subject, and is therefore the path to which the depressed subject needs to be reappointed.

Key words: mourning, melancholy, depression, depressivity, psychoanalysis.

¹ Aluno do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio da Bahia.

² Psicólogo, mestre em Sociologia, doutor em Ciências Sociais, Professor titular III e orientador do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio da Bahia.

A CONSTRUÇÃO DO TEMA DE PESQUISA

O transtorno mental que se conhece na atualidade por Transtorno Depressivo Maior, do grupo dos transtornos depressivos, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V – (APA, 2016), é tema inesgotável em uma série de palestras, debates, livros e outras abordagens, na tentativa de pesquisar, entender e tratar aquilo que se supõe estar entre nós desde os tempos mais remotos. A popular “depressão” é abordada neste trabalho a partir de suas manifestações psicopatológicas mais comuns que o homem pôde observar através dos principais períodos históricos, tendo sido conceituada e nomeada com as mais variadas terminologias, sendo a mais ilustre, entre elas: “melancolia”.

A discussão do que vem a ser melancolia e depressão, e qual a relação existente entre elas, deságua na Psicanálise contemporânea, abrindo o debate em torno dos possíveis determinantes sociais que hoje pesam sobre a psicogênese de uma condição patológica que viria a ser uma nova entidade, permeando as estruturas psíquicas. A Psicanálise se debruça sobre a depressão como o fez com a histeria, na Viena do século XIX, percorrendo os caminhos, pelos quais, o sujeito irá subjetivar o mundo pós-moderno, fazendo sintomas, frente às novas exigências que se apresentam a ele.

Como o saber psicanalítico atual propõe curar esse sujeito do século XXI, dentro da concepção freudiana de cura, é o que se colocará em discussão, através dos trabalhos de: Sigmund Freud (2006); Elisabeth Roudinesco (2000); Maria Rita Kehl (2009); TákiCordás e Matheus Emílio (2017); Urânia Peres (2003); Terezinha Viana, Oliver Barra e Elzilaine Mendes (2014); Andrew Solomon (2002); Daniel Deloya (2014) e Pierre Férida (2009). A problemática acerca das contribuições dadas pela psicanálise moderna ao tratamento da depressão ganha sentido à medida que se questiona como a depressão vem acometendo pessoas em todas as sociedades humanas, assim como, indaga de que maneira o psicólogo e o psicanalista se posicionam frente à problemática da depressão na atualidade e quais as condições de enquadre para que o depressivo se beneficie com a Psicanálise.

A importância da problemática acerca a depressão se tornou evidente para mim a partir do meu primeiro atendimento analítico em estágio, cujo paciente queixou-se de depressão com antecedentes de ideação suicida, configurando-se um caso de alta complexidade e requerendo um grande teor de responsabilidade. Ao compreender como as síndromes depressivas se manifestam na sociedade atual e de que maneira o entendimento de

sua psicogênese é capaz de nortear o processo analítico, os Psicanalistas, Psicoterapeutas de Orientação Analítica, entre outros, poderão intervir com mais propriedade numa forma de patologia e patologização que cresce assustadoramente ao redor do mundo.

O tema relacionado às síndromes depressivas, por ser de grande incidência nos consultórios de Psicologia e Psicanálise, será de suma importância para a formação de Psicólogo, sobretudo no que tange ao aspecto diagnóstico e terapêutico que se trata no processo de escuta. Também mostra relevância por tratar-se de um olhar sobre a problemática que ainda é mal diagnosticada, assim como também é mal tratada, posto que algumas afecções possuem em suas manifestações sintomáticas, características que se identificam com a depressão, ainda que não o seja. Logo, se faz necessário que haja uma ampliação do olhar da Psicanálise sobre o indivíduo que chega à clínica queixando-se de tristeza ou falta de sentido para a vida, sendo esta forma de subjetivação, a maneira que este homem ou mulher se constituiu como sujeito no século XXI, e seus paradigmas.

O objetivo geral desse artigo consiste em compreender o tema depressão, na perspectiva histórica para a Psicanálise, tendo por objetivos específicos: a) discutir os diversos conceitos que foram dados ao fenômeno da depressão no decorrer dos períodos históricos; b) distinguir a melancolia da depressão e c) analisar o processo de intervenção no tratamento da depressão, à luz da Psicanálise. Para a pesquisa utilizou-se o método teórico-conceitual, uma vez que ocupou-se da articulação de conceitos sobre materiais já produzidos. Na concepção de Trujillo Ferrari (1982), a pesquisa teórica procura melhorar o próprio conhecimento. Isso significa contribuir, entender e explicar os fenômenos. Na pesquisa teórica, os pesquisadores trabalham para gerar novas teorias.

A partir da metodologia apresentada, a discussão historiográfica sobre os diversos conceitos que ganhou a manifestação psicopatológica, convencionada no século XIX como depressão, abre o trabalho para pontuar a relevância dos aspectos sócio-histórico-culturais, no que tange ao adoecimento psíquico. Essa discussão se desenvolve para a distinção entre melancolia e depressão no que concerne às suas constituições psíquicas, inseridas em diferentes contextos sociais e culturais.

HISTÓRIA DA MELANCOLIA: UMA BREVE EVOLUÇÃO CONCEITUAL

A depressão, em suas diversas compreensões no decorrer da história da humanidade, e nas mais variadas civilizações, esteve presente, ainda que não notada ou não interpretada como na contemporaneidade. Segundo Cordás e Emilio (2017), seria mais conveniente começar a história pela China, onde existem interessantes descrições sobre depressão ou, melhor dizendo, melancolia, desde o século VII a.C., entretanto, seria uma discussão puramente especulativa devido à escassez de fontes.

Na perspectiva de Peres (2010), se considerarmos os mitos de origem, chegaremos à conclusão de que a depressão é tão antiga quanto a história da humanidade, ou ainda, que a tristeza acompanha o homem desde sua origem. A começar pelo Gênesis dos Hebreus, onde Eva teria sido criada para evitar que Adão continuasse na solidão, sendo que, posteriormente, ambos foram expulsos do paraíso e obrigados a conviver com a culpa e o remorso, tão presentes entre os melancólicos. A tristeza como algo inerente ao homem caminha junto a ele, como condição da própria consciência da morte.

Em I Samuel 16:14 até 23, ainda citado em Cordás e Emilio (2017), Saul foi o primeiro rei de Israel e Judá ungido pelo profeta Samuel, que lhe ungiu a cabeça com óleo à pedido de Jeová. Sendo um homem valente e guerreiro, passava a maior parte do tempo lutando contra os inimigos de seu povo, mostrando ser um homem temente a Deus e obediente, mas quando deu as costas para Deus, não cumprindo os mandamentos, Este retira sua graça e o pune permitindo que os demônios passem a afligi-lo. Em seguida, Davi é eleito o novo rei de Israel, enquanto Saul passa seus dias muito triste e atormentado, sendo acalmado por seus servos. Contudo, em I Samuel 31:4 é contado o fim de Saul como alguém angustiado e sem esperanças vendo cumprir-se a profecia e a sua derrota no campo de batalha para os filisteus. Em seguida, Saul suicida-se com a própria espada, pondo um fim trágico ao primeiro reinado soberano de Israel e Judá.

Segundo Peres (2010), encontram-se fontes históricas no canto IV da Ilíada de Homero (versos 200-203), onde aparecem os sofrimentos de seu herói Belerofonte. Este foi condenado pelos deuses a vagar solitário pela planície de Aleão, atormentado pela solidão e desespero, evidenciando uma das primeiras análises de sofrimento psíquico que atravessou os tempos e se faz presente hoje. Atribui-se a Homero também, a primeira referência ao

pharmakon, que era feito a partir da mistura de plantas para aliviar o sofrimento que foi gerado por ação divina.

Embora os homens possuam certo controle sobre suas ações, ainda estão subordinados aos modelos de punição divina: a loucura. Assim, os estados de fúria, mania e melancolia representam essa forma de punição, dentro do modelo homérico, de modo que a honra e a virtude são atributos humanos, ao passo que as ações e as emoções, sendo elas: a raiva cega, a histeria e o suicídio fazem parte de um conjunto de ações que são explicadas como obras dos deuses que atuam sobre a mente humana (CORDÁS, EMILIO, 2017).

Com base em Pringen (2005), citado por Mendes, Viana e Bara (2014), no século IV a.C. Hipócrates estabelece que o homem, em sua natureza corpórea, é constituído de quatro humores: sangue, fleuma, bílis branca e bílis negra. Assim, a saúde humana podia-se traduzir a partir do equilíbrio desses quatro humores que deveriam estar numa constante homeostase, sendo a doença, o resultado do domínio de um desses humores sobre o outro, o que causaria desequilíbrio. Baseado nessa forma de manual rudimentar, Hipócrates enxergou uma relação entre o desequilíbrio dos humores e os estados mentais. A melancolia ganha sua denominação a partir da bílis negra, que numa eventual alteração de caráter qualitativo ou quantitativo, geraria no homem o quadro melancólico, caracterizado por medo e tristeza. As teorias cosmológicas desse momento histórico embasavam o que se pensava sobre a natureza humana, de modo que os quatro humores se associavam às quatro qualidades como: quente, frio, seco e úmido; as quatro estações, as quatro direções do espaço e os quatro momentos da vida, mantendo o homem numa integração com o cosmos e a natureza. (PERES, 2010)

Ainda na perspectiva de Cordás e Emilio (2017), os quatro humores estabelecidos por Hipócrates no século V a.C., regulariam as emoções humanas e, por fim, todo o caráter, tipificando os indivíduos segundo a predominância de cada fluido em coléricos, fleumáticos, sanguíneos e melancólicos, respectivamente. Atribui-se a Hipócrates, que simbolicamente é designado como o pai da medicina, grande importância por ter substituído a superstição pela biologia, no que se refere aos estados de saúde. Seu interesse parece enveredar para as doenças mentais, onde formula sua primeira classificação, incluindo a melancolia, a mania e a paranóia. O termo “melancolia” (*melan*, negro, e *choles*, bílis), “bile negra”, como já foi citado anteriormente, está baseado na teoria dos quatro humores e faz referência a uma intoxicação do cérebro pela bílis negra.

Segundo Klibansky, Panofsky e Saxl, (1964/1989) e Prigent (2005), citado por Mendes, Viana e Bara (2014), no século VI a.C, Aristóteles revoluciona a noção de melancolia através de uma monografia intitulada: *Problemata XXX I*. Nela, Aristóteles mantém a melancolia no âmbito da bílis negra, mas, diz que é própria aos homens de exceção, ou seja, ao que são considerados gênios. Os poetas, artistas e filósofos têm uma predisposição à imaginação, que é inseparável da memória, e são manifestamente melancólicos, fazendo supor, portanto, que a melancolia está intrinsecamente ligada a imaginação. A *Problemata XXX I* também é citada por Peres (2010), como um tratado da relação entre a genialidade e a loucura, na qual a melancolia seria proveniente de fatores endógenos, ou seja, natural do próprio organismo para aqueles que a possui como característica individual. Nesse sentido, Aristóteles estabelece um paralelo entre as diferenças de caráter e os efeitos provocados pela ingestão de vinho. Uniu ciência e misticismo, sendo o *calor*, princípio regulador de organismo, e a *mesotes*, equilíbrio entre energias opostas, responsáveis pelo humor. Com essa perspectiva, a melancolia é colocada no cerne da própria natureza, em vez de ser considerada uma doença, vendo-se, portanto, a colocação de homens como: Empédocles, Sócrates, Platão, muitos poetas e homens ilustres como portadores de melancolia, assim como os heróis míticos.

Já em Roma, como afirma Cordás e Emilio (2017), grande parte da arte e cultura, eram inspiradas nas velhas civilizações itálicas (como os etruscos), embora o interesse pela medicina não tenha acompanhado essa helenofilia. Asclepíades de Bitina (c. 120-30 a.C.), filósofo e médico, ficou conhecido como o primeiro a estabelecer a medicina em Roma e o primeiro a diferenciar as percepções sem os objetos, alucinações, das crenças irreais, os delírios. Outro médico romano é Sorano de Éfeso, que descreve em seus pacientes o que se entende hoje por Ideia de prejuízo e paranóides, segundo a qual o indivíduos apresentam animosidade para com os familiares, ora mostrado desejo de viver, ora, desejo de morrer, além de relatarem serem vítimas de complôs e apresentar choro sem razão.

Galeno, também médico romano e, igualmente citado por Cordás e Emilio (2017), acreditava que todos os melancólicos sofriam de tristeza e medo, sem, contudo, haver uma causa real que justificasse. Ele utilizou o conceito hipocrático dos quatro humores, adicionando condições alimentares que desencadeavam a desregulação dos fluidos, além de ter dividido a alma em componentes: a alma externa, composta pelos órgãos dos sentidos; a

alma interna, constituída pelas diversas habilidades cognitivas e; a alma irracional, encontrada no coração e no fígado, sendo responsável pelas paixões.

No contexto da Idade Média, tendo como pano de fundo os sete pecados capitais, a partir do século IV, surge o termo “acídia”, derivado do grego “falta de cuidado”, introduzido pelo monge Ioannes Cassianus, e que era amplamente utilizado, ora no sentido moral, ora no sentido médico. Seus trabalhos estabeleciam a acídia como um dos pecados, entretanto, o termo passou a ser utilizado de maneira ampla e imprecisa para designar estados diversos como: preguiça, apatia, indolência, negligência, desatenção, torpor, perda de força moral ou enfraquecimento transitório da fé em Deus. Alguns medievalistas compreendem a acídia como um termo medieval para a melancolia, englobando os conceitos medievais, tristitia (tristeza) e desperatio (desespero), resultantes do desequilíbrio de humores. (CORDÁS, EMILIO, 2017)

Os árabes como povos que frequentemente identificavam a doença mental, utilizando uma velha expressão islâmica, ainda usada em árabe: *Al-Funum Funun*, traduzida como “loucura de todos os gêneros”. Era comum encontrar nos textos da época, descrições acerca da melancolia, sendo este, aparentemente o mais comum transtorno identificado. Al Razi, ou Rhazes (c. 865-925 d.C.), faz uma distinção entre estados confusionais (*Ikhtilat*), resultantes da febre e a melancolia, na qual não há perda de razão, mas apenas uma perda do “rumo”. Al Majusi, além de afirmar ser a melancolia uma doença hereditária, descreve um subtipo que ele chama de licantropia.

Os árabes concebiam a melancolia, assim como a teoria galênica como resultado do desequilíbrio entre humores, de modo que acreditavam que as diferentes proporções da mistura desses fluidos poderiam levar a diferentes e graves quadros de temperamento, bem como ao que se conhecia melancolia. Enquanto os franceses atribuíam a bruxas, os italianos, a demônios, os espanhóis ao sobrenatural, os árabes a encaravam como um desequilíbrio humoral do cérebro e travava seus doentes mentais com caridade e respeito como não se via na Europa. Nas mesquitas e hospitais, abertas dias e noites, buscavam acolher essas pessoas no intuito de encontrar formas de tratamento, ainda que primitivos, como laxantes. (CORDÁS, EMILIO, 2017)

Ibn Sina, ou Avicena (980-1037), conhecido como o gênio persa designado como “príncipe e chefe de todos os médicos” e segundo mestre, depois de Aristóteles, tendo escrito mais 450 trabalhos, em seu mais famoso livro, o *Canon da medicina (al – Quanunfiattibb)*,

discute em três capítulos diferentes aspectos da vida mental, como a sexualidade, a paixão amorosa, os delírios, as alucinações, as insônias, os pesadelos, a demência, a epilepsia e melancolia. Avicena descreve a melancolia e os principais sintomas da doença; tristeza, agressividade, inquietação e sintomas físicos, como perda do apetite, flatulência, barulho no ouvido e palpitações. (CORDÁS, EMILIO, 2017)

Abu Walled Meuhammed Ibn Ahmed Ibn MuhammedIbn Rushd, ou simplesmente Averróis, nasceu no ano 520 do calendário mulçumano, e 1126 do calendário cristão, e estudou medicina, filosofia e direito com os melhores mestres da época. Averróis faz uma interessante descrição da doença, ressaltando o mutismo, a imobilidade, distúrbios do sono, anorexia, agitação, desânimo, choro e risco de suicídio, assim como, contextos nos quais os melancólicos receiam situações que não são ameaçadoras. Percebe-se também que Averróis já traz diluídos, sintomas que hoje estão divididos em Transtornos depressivos e Transtornos de ansiedade, segundo os modernos manuais diagnósticos.

Na perspectiva de Peres (2010), ainda na Idade Média, a partir do ponto de vista da ciência árabe, existia uma ligação entre a teoria dos humores e a astrologia, de modo que o astro Saturno é quem exercia grande influência sobre os melancólicos. A influência de Saturno, entretanto, incidia apenas sobre indivíduos raros, o que caracterizava, evidentemente, um resgate das teorias da antiguidade, quando foi descrita a relação existente entre melancolia e genialidade. No século XII, estava em evidência a Escola de Saleno, representada por Constantinus Mricanus e a teoria dos humores ainda predominava descrevendo os temperamentos humanos em uma divisão de quatro grupos diferentes: o melancólico (bflis negra), o colérico (bflis amarela), o sanguíneo (sangue) e o fleumático (água), mantendo-se a mesma compreensão que duraria até a Renascença.

A Renascença italiana representou um retorno às idéias clássicas de Platão e Aristóteles, todavia, ainda no século XVI, a melancolia foi perdendo o prestígio que ganhou nos trabalhos aristotélicos, sendo um sintoma relacionado à imaginação e genialidade. É a partir dos séculos XVII e XVIII que vai se consolidando a ideia de que a melancolia está ligada a imaginação, embora deva ser tratada devido as suas conseqüências nefastas de seu caráter inquietante. (MENDES, VIANA, BARA, 2014)

O homem da renascença, embora não tenha mais uma postura maniqueísta, ainda se encontra em um momento de transição histórica e cultural, de modo que algumas das ideias renascentistas sobre a insanidade ainda são profundamente irracionais. Esse panorama pode

ser visto claramente na obra máxima de Robert Burton (1557-1640), *A anatomia da Melancolia*, na qual o mesmo assume uma postura que beira a dicotomia, visto que trata da loucura como resultado de causas médicas, fazendo da descoberta um grande avanço, mas, também, listando razões sobrenaturais, como Deus, diabo, mágicos, bruxas, astrologia, entre outros (CORDÁS, EMILIO, 2017).

Segundo Peres (2010), desde as origens do cristianismo, a melancolia é cultuada como um sentimento sublime. Vista por um lado, a melancolia era considerada um pecado, posto que quem sofria desse mal, certamente estaria com uma doença relacionada ao demônio, consequentemente, distante de Deus. Por outro lado, vista pela via do misticismo, a melancolia era um sofrimento que conduzia a Deus, principalmente no auge da Idade Média onde essa via era conhecida como acedia. Com a reforma protestante, Lutero também cultiva a melancolia, ao passo que retira das mãos do homem a possibilidade de expiação das falhas.

Durante o século XVIII, a aura vivenciada pela sociedade europeia era de decepção em relação aos avanços científicos no âmbito das doenças mentais. Nesse cenário, surge em Paris, Franz Anton Mesmer, com uma falsa ciência que ficou conhecida como “mesmerismo” e atraiu muitos seguidores com ideias que acabaram descortinando uma grande massa de pacientes não contemplados nas descrições de mania, idiotia ou melancolia, ou seja, pacientes que não eram flagrantemente psicóticos ou gravemente deprimidos, mas tinham queixas leves e precisavam de ajuda. Mesmer mantinha uma fila de seguidores que acreditavam em seu método, porém, esse método contemplava apenas pessoas que não eram portadores de graves quadros mentais. Suas ideias de sugestão, de alguma maneira, precederam os trabalhos de Charcot e Freud (CORDÁS, EMILIO, 2017).

De acordo com Peres (2010), em fins do século XVIII, a primeira tentativa de uma nosografia deve-se ao médico Phillippe Pinel (1745-1826), na qual, os estudos sobre o sofrimento e as perturbações mentais, começam a definir um ramo da medicina e a melancolia passa a ser considerada um delírio dirigido à um objeto ou um grupo de objetos, com abatimento, morosidade e desespero. Para Cordás e Emilio (2017), Pinel caracterizou a melancolia como um único ou um número limitado de delírios que afetaria todas as faculdades da mente.

O século XIX encerra finalmente a teoria dos humores e, nesse movimento, é deixada de lado a designação de melancolia, surgindo então a expressão “monomania triste” ou “lipemania”. Surge também uma ênfase da psiquiatria em torno da psicose maníaco-

depressiva que recebe de Emil Kraepelin a descrição mais completa do quadro clínico. Cordás e Emilio (2017), sustentam que o termo “depressão” começa a aparecer cada vez mais nos dicionários médicos a partir de 1860, sendo amplamente aceito, enquanto o termo “melancolia” vai caindo em desuso, restrito a poetas e filósofos. Outras designações como “tristimania (Benjamin Rush) ou lipemania (Esquirol), desapareceram completamente.

Esquirol foi talvez, o mais brilhante discípulo de Pinel, tendo superado seu mestre e se tornado o príncipe coroado da reforma psiquiátrica no século XIX. Esquirol anunciou que a psiquiatria deve ser praticada e entendida como uma medicina mental, buscando aspectos da anatomia cerebral, em vez de questões filosóficas, metafísicas ou moralistas, referindo-se por último à Igreja. Esquirol condensa seus trabalhos anteriores em torno da ideia de melancolia, em seu famoso *Des Maladies Mentales*, publicado em 1938, onde nessa obra, ele faz uma divisão entre os transtornos do humor (lipemania), embora o termo tenha caído em desuso, e os transtornos do juízo (monomania) (CORDÁS, EMILIO, 2017).

A melancolia foi tema de interesse de Sigmund Freud, sobretudo depois de ele mesmo ter ficado deprimido, como relatou numa carta a seu amigo Fliess, queixando-se estar desanimado, sem ânimo e abatido. A depressão que acometeu Freud, foi consequência, provavelmente, de seu rompimento com Breuer, que discordava de sua teoria da sedução para a histeria. Freud escreve *Luto e Melancolia* em 1915, tentando dar conta, através da Psicanálise, de dois fenômenos muito próximos, dos quais, no luto, a perda do objeto é real, enquanto que na melancolia, o objeto apenas perdeu-se como objeto de amor. A partir desse panorama histórico, surge a necessidade de compreender e discutir o aparecimento da depressão como fenômeno e conceito, demarcando diferenças entre esta, a antiga melancolia e a atual depressão, descrita nos atuais manuais de psiquiatria.

MELANCOLIA E DEPRESSÃO: CONTINUIDADES E DIFERENÇAS

O luto, de uma maneira geral, para Freud (1915), seria uma reação à perda de alguém que se tem em apreço, ou a perda de uma abstração que ocupou o lugar desse alguém que o enlutado amava, como os pais, um filho, um ideal, uma pátria, a liberdade, ou seja, qualquer elemento que represente um objeto de amor para o sujeito. Para algumas pessoas, passar pela mesma situação de perda acaba levando ao quadro de melancolia, em vez de luto, de modo que existe a suspeita que essas pessoas possuam uma predisposição patológica para a

melancolia. Também vale ressaltar que, apesar do luto configurar-se uma condição onde o sujeito se distancia sobremaneira de comportamentos considerados normais para com a vida cotidiana, jamais se deve tomá-lo como uma condição patológica, nem tampouco pensar em intervenções, como tratamento médico, visto ter em consideração que após um período de tempo, essa condição cessará naturalmente.

Não é raro encontrar em textos, debates e palestras, inúmeras confusões teóricas entre as características dos quadros depressivos e melancólicos, abordados indiscriminadamente como se fosse a mesma coisa. Não são. As características “depressivas” dos melancólicos, como: negativismo, falta de autoestima, fantasias autodestrutivas, distúrbios somáticos, apesar de parecerem empiricamente com a dos depressivos, devem ser diferenciadas, pois a semelhança fenomenológica entre a tristeza e abatimento de melancólicos e depressivos não representam uma manifestação da mesma estrutura psíquica, assim como a manifestação de pensamento delirante nos obsessivos não podem ser confundidos com psicose. (KHEL, 2010)

Atualmente, o sofrimento psíquico que predomina no mundo, manifesta-se sob forma de depressão, que atinge o corpo e a alma de homens e mulheres que já não tem tempo para nada, à medida que se alonga o tempo de vida e de lazer, assim como o tempo de desemprego e o tempo de tédio. Nessa estranha síndrome, misturam-se sentimentos de tristeza e apatia, tendo como pano de fundo, a difícil busca da identidade e o culto a si mesmo num mundo que apregoa a emancipação através da igualdade de todos perante a lei, entretanto, sublinhando as diferenças. A depressão, forma atenuada da antiga melancolia, domina a subjetividade, assim como a histeria dominou a subjetividade do século XIX, na Viena de Joseph Breuer com suas pacientes histéricas e na Paris de Augustine, a célebre louca de Charcot na Salpêtrière. (ROUDINESCO, 2000)

As características que mais definem a melancolia, para Freud (1915), consistem em um desânimo profundamente penoso, a perda da capacidade de amar, a perda de interesse pelo mundo externo, diminuição de toda e qualquer atividade e a diminuição dos sentimentos de autoestima, de modo que o melancólico apelará para a auto-recriminação e a auto-depreciação. No luto profundo, são encontrados os mesmos sintomas do quadro melancólico, com a exceção da falta de autoestima, assim como também, a perda da capacidade para adotar um novo objeto de amor (o que significa substituí-lo), e o mesmo afastamento de qualquer atividade que não evoque o objeto da perda. O enlutado, embora esteja em um estado de

espírito penoso, ao inibir o ego, o expressa em uma exclusiva devoção ao luto e não se classifica dentro de um quadro patológico.

A melancolia que marcou a forma de se colocar no mundo durante séculos, e tão acentuadamente diferenciada do luto por Freud no século XX, ainda parece carecer de uma distinção mais clara do que se passou a chamar de depressão na atualidade. Tal confusão, de acordo com Kehl (2010), talvez se deva ao fato de Freud não ter dedicado nenhuma obra ao tema das depressões. Os estados depressivos e a psicose maníaco-depressiva tornou-se terreno da psiquiatria, sem que a psicanálise comungasse desse campo exclusivo, ficando com o termo melancolia, sem a longa tradição das representações, predominantemente sublimes, atribuídas a homens de caráter melancólicos desde a Antiguidade Grega.

Segundo Peres (2010), não se questiona que Freud tenha apresentado uma teoria para a melancolia, ainda que isso divida opiniões. O fato é que diferentemente de outros estados psíquicos como a histeria ou a neurose obsessiva, não se tem a apresentação de qualquer caso de melancolia, embora a depressão esteja presente nos casos descritos. A melancolia é destacada por Freud do terreno das psicoses e ele estende o debate com a elaboração da categoria de “neuroses narcísicas”, interrogando assim, os limites entre neurose e psicose. Sendo a melancolia abordada sem perder de vista o raciocínio sobre a questão da perda para a constituição do humano, fazendo um paralelo com o luto, a psicanálise caminha em direção à própria evolução como teoria e ao entendimento da constituição do eu.

É fato que a melancolia, da qual fala a Psicanálise, cujo quadro sintomático apresenta características singulares e que compartilham com os atuais quadros depressivos, quase que a totalidade de suas manifestações, está um tanto descolada da ideia de melancolia que atravessou as diferentes culturas no decorrer do tempo. Esse afastamento se deu, menos no campo dos sintomas, que em sua psicogênese, posto que a Psicanálise descreve um sujeito que subjetivou o mundo com as transformações do século XIX e XX.

De acordo com Freud (1915), na melancolia verifica-se outra característica, ausente no luto. O sujeito apresenta um empobrecimento do ego de forma extraordinária, a partir de comentários em que se coloca como alguém desprovido de valor, incapaz e moralmente desprezível. Ainda como se não fosse o bastante, estende essa auto-crítica até o passado, no intuito de reafirmar que nunca foi portador de nenhum valor. Esse comportamento reflete um delírio de inferioridade (principalmente moral), tendo como consequência a insônia e a recusa por alimentos, o que contraria o instinto que mantêm todo ser humano vivo. Contudo, não é

difícil observar no discurso auto-acusatório de um melancólico a impressão que, as mais violentas acusações aplicam-se muito pouco a ele, sendo, portanto, dirigidas de forma ajustada, e com ligeiras modificações, a alguém que ele ama.

Para Kehl (2010), ao discorrer sobre o tema, ainda que de forma despreziosa, sob o olhar psicanalítico, Freud, inevitavelmente provocou uma mudança de paradigma na clínica das melancolias, que nos séculos XIX e começo do século XX, tornou-se domínio apenas do saber psiquiátrico. Diferentemente como eram colocados pelas classificações psiquiátricas de Pinel, Kraepelin, Esquirol, Séglas, Cotard, entre outros, Freud propôs que a origem das queixas e auto-acusações dos melancólicos eram inconscientes e refletiam, apenas, o ódio recalçado por um objeto de amor perdido precocemente. A psicanálise rompe, então, com as antigas tradições de pensamentos que cruzaram a Antiguidade, Idade Média, Renascença, e ajustando-se até o início do século XIX.

Na transição para o terceiro milênio, a depressão ganhou status de epidemia entre as sociedades democráticas, enquanto os tratamentos se multiplicaram na mesma proporção para cada consumidor, como solução honrosa. A histeria que parece ter desaparecido, é cada vez mais tratada como depressão, sendo a mudança de um paradigma por outro, algo que está longe de parecer inocente. O conflito neurótico contemporâneo, ao ser tratado como depressão, aparenta não mais, ser fruto de nenhuma causalidade psíquica com origem no inconsciente. (ROUDINESCO, 2000)

A invenção freudiana de uma nova forma de olhar para a psique pressupôs que existia um sujeito capaz de internalizar proibições, de modo a lidar com um inconsciente que convive constantemente com uma consciência pesada e as pulsões que o colocam em conflito. A depressão, saída da neurastenia, conceito abandonado por Freud e da psicastenia proposta por Janet, não é uma neurose nem uma psicose e nem, tampouco, melancolia. É sim uma nova configuração que remete a um “estado” de fadiga, “déficit” ou “enfraquecimento da personalidade”.

TRATAMENTO DA DEPRESSÃO À LUZ DA PSICANÁLISE

A atual conjuntura se caracteriza pela proliferação das psicoterapias e expansão da psicofarmacologia ao redor do mundo. Neste cenário, a realização de sessões semanais e regulares por uma longa e indeterminada duração, a incerteza dos resultados analíticos, assim

como a falta de objetividade da avaliação dos resultados contribuem para que a psicanálise venha perdendo terreno para as psicoterapias (FEDIDA, 2009).

As psicoterapias, de base psicanalítica ou não, nascem da psicanálise e se pretendem mais breves, tendo em vista a emergência de uma sociedade imediatista e com um forte apelo ao gozo. O trabalho de elaboração de perdas desenvolve-se no tempo a partir da dinâmica psíquica que concerne a cada sujeito, choca-se com as demandas do sujeito contemporâneo, cada vez mais imediatista e alheio a qualquer forma de dor. Com os psicotrópicos, a psiquiatria também conduz a um caminho mais curto e largamente procurado, embora perigoso quando percorrido sem elaborações psíquicas.

Não é muito surpreendente que, nessas condições, a expansão do fenômeno cultural das psicoterapias tenha encontrado o terreno mais favorável para legitimar a ideia da eficácia terapêutica de práticas não psicanalíticas e, assim, dissuadir a clientela de lançar mão da psicanálise. Por outro lado, as transformações em curso na psiquiatria – que, independentemente do que se diga era até então a mais sólida e mais fiel aliada da psicanálise –, transformações no sentido de uma pragmática da prescrição sustentada pela descoberta de uma nova geração de psicotrópicos, deixam o campo livre para esse ecletismo das práticas psicoterápicas (FÉDIDA, 2009, p. 142).

As psicoterapias atuais são influenciadas pela psicanálise que, por sua vez, surgiu a partir do ritual de expor pensamentos perigosos através da fala, antes formalizado pela doutrina confessional da igreja. A psicanálise consiste em tratamento demasiado longo, no qual são usadas um conjunto de técnicas, cujo objetivo é fazer emergir o trauma que deu origem a neurose. Esse processo se dá em função de trazer à consciência, conteúdos que estão no inconsciente.

Agora é moda criticar Freud e as teorias psicodinâmicas que herdamos dele, mas na verdade o modelo freudiano, embora falho, é excelente. Ele contém, nas palavras de Luhrmann, “uma visão da complexidade humana, da profundidade, uma forte exigência de luta contra as recusas próprias de cada um e um respeito pela dificuldade da vida humana” (SOLOMON, 2014, p. 98).

Para muitas pessoas que sofrem de depressão, após um longo período de clausura entre as quatro paredes de um quarto, a entrada em análise é o primeiro contato com o espaço público, sendo esse novo momento, mediado pelo analista. Embora o processo analítico aconteça entre duas pessoas no consultório, trata-se de um espaço público, pelo fato de o

analista não estar ali apenas representando a si próprio, mas a uma grande parte da comunidade psicanalítica, a qual ele se filiou:

A depressividade, que inaugura o sujeito psíquico por meio da experiência primordial de espera de satisfação, deve ser recuperada ao longo da análise de um depressivo. Talvez seja essa a experiência de muitos analistas que afirmam, como Mauro Mendes Dias, que a depressão não se “cura” em análise, mas se trata. Tal prognóstico aparentemente pessimista pode ser complementado com a afirmação de Fédida, para quem a depressividade difere do estado deprimido. Ela é, ao contrário, “essa reapropriação do psíquico com suas próprias temporalidades” (KEHL, 2010, p. 226).

Existiria uma problemática que coloca em questão se a fala diante do outro possui eficácia terapêutica quando se está deprimido. As pessoas mais próximas, não suportando a própria impotência diante da depressão, apelam para conselhos encorajadores de vontades, como, viagens, esportes, relacionamentos e outras ocupações na tentativa de arrancar o sujeito daquela condição de inércia. A possibilidade de se realizar uma psicoterapia psicanalítica, recomendada por médicos clínicos e psiquiatras, ainda choca-se com o pensamento do paciente, pois, não raro, é questionado pelo sujeito deprimido, que, ao acusar fatores externos como causa motora de sua depressão, atribui ao mesmo causador o poder de cura. Desse modo, a resistência se manifesta como queixa do outro, na qual, somente o namorado que provocou a depressão, impondo uma perda significativa na moça, tem o poder de curá-la por meio da restituição do seu objeto, que consistiria na reconciliação. (FEDIDA, 2009)

Novamente de acordo com Solomon (2014), o conceito de Inconsciente é a verdade mais fundamental nas obras de Freud, por apontar que não conhecemos nossas próprias motivações ao passo em que somos cativos do que não compreendemos. Assim, podemos chamar esse fenômeno de desregulação de certos circuitos cerebrais, que pode servir de base para o estudo da doença mental. Todavia, a psicanálise sabe como explicar muito bem as coisas, mas não possui muita eficácia ao tentar mudá-las, de modo que o poder da psicanálise parece diminuído quando alguém a solicita para tratar de questões imediatas, no que tange ao estado de espírito.

Quando descubro que alguém está usando a psicanálise para melhorar a depressão, me vem à imagem de uma pessoa em pé num banco de areia disparando uma metralhadora contra a maré montante. As terapias psicodinâmicas que saíram da psicanálise, entretanto têm um papel fundamental. Uma vida que nunca foi examinada raramente pode ser

consertada sem um exame atento, e a psicanálise nos ensina que tal exame é quase sempre revelador. (SOLOMON, 2014, p. 98)

Diante de um quadro de depressão, o analista e o enquadre precisam permitir o período de elaboração, promovendo e propiciando a distensão e o ruído. Contudo, conduzir esse processo de maneira específica, dependerá do grau, intensidade e natureza dos depressivos, de modo que essa variação acaba ameaçando a sensibilidade receptiva do analista. A análise ou terapia, assim como o analista possuem os seus valores, sobretudo nos momentos agudos da depressão, ofertando acolhimento e companhia, sem que se possa interpretar como condução para certas medidas ou estratégias concretas. O manejo funciona em função do quadro psicopatológico que se desenha na transferência, pois, quanto mais agudo se mostrar o aspecto depressivo, maior será o grau de violência com a qual o paciente se confronta.

A violência, sob a qual se encontra o deprimido, evoca a corrida para as cavernas, seu lugar e abrigo. Neste sentido, a sessão, o analista, o enquadre e a análise, em seu conjunto, tornam-se o refúgio e o abrigo, que permitem ao paciente, com o tempo, transformar a caverna em um verdadeiro lar. Constituem, assim, o enquadramento para a emergência da vida psíquica, representativa – dos afetos e do pensar – do mesmo modo que o sono constitui a estrutura enquadrante para os sonhos, para o seu surgimento. O enquadre analítico, assim como a análise, são, portanto, de natureza depressiva: têm uma função depressiva (DELOUYA, 2014, p. 118).

A experiência clínica evidencia a escassez da produção imaginária nos depressivos que deixa o sujeito a mercê do vazio psíquico. O temor pela fantasia advém da possibilidade de esta desnudar o seu desejo, de maneira que a falta de articulação desse desejo com a fantasia faz com que este último se manifeste através da angústia. Pode-se dizer que o desencantamento do depressivo com o mundo é uma consequência direta desse vazio de significação que é provocado pelo rompimento com a fantasia. A passagem do sujeito por uma análise o conduz de volta para um mundo onde o significado coaduna com a possibilidade de sonhar, recordar e também de fantasiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre luto e melancolia, sobre a qual Freud se debruçou no começo do século XX, apesar de ser marcada por um ponto comum, sendo este a semelhança das manifestações sintomatológicas, constitui dois quadros, nos quais a posição subjetiva difere significativamente. A começar pela característica patológica que possui a melancolia, cujo aparecimento revelará uma predisposição no sujeito que vivencia uma experiência de perda, seja ela real ou simbólica. O luto deve ser encarado como uma experiência natural e necessária na constituição desse sujeito, diante de uma situação de perda. Igualmente, as semelhanças sintomáticas aparecem na depressão, a partir do século XX, sem que esta possa ser confundida com o luto ou a melancolia, em sua configuração psíquica.

Percebeu-se que no luto, o sujeito possui as mesmas características da melancolia como: tristeza, abatimento, perda da capacidade de amar, perda de interesse pelo mundo externo, diminuição de todas as atividades, fazendo-se exceção, entretanto, à perda da auto-estima e à perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor. Essa importante diferenciação retira o luto da classe dos transtornos mentais, sendo este um processo natural de resignificação, e desloca a discussão para a melancolia e a depressão. Freud trabalhou a melancolia de forma a classificá-la como “Neurose Narcísica”, rompendo com a tradição que a caracterizava como um estado de espírito dos poetas e filósofos e não dedicou nenhuma obra à depressão, de modo que coube a Psiquiatria a conceituação e pesquisa nesse campo.

Também é observada, entre os autores da atualidade, uma convergência no que se refere ao enquadre analítico, de conceber uma marca depressiva como constitutiva da subjetividade, embora o conceito de depressividade seja distinto do estado deprimido. Para alguns Psicanalistas, a depressão não se “cura” no enquadre analítico, mas é tratável, de modo que esse aparente prognóstico pessimista vem a ser complementado por Fédida, quando sugere que a depressão é reconduzida para a depressividade, sendo esta a reapropriação do psíquico em suas próprias temporalidades e a condição natural do sujeito na constituição de seus sonhos, desejos e fantasias.

Os depressivos são marcados pela escassez da produção imaginária de tal maneira que a pobreza dessas formações os deixam entregues ao vazio psíquico. São, desse modo, sujeitos que recusam estar na posição fantasmática e, por isso, fogem da fantasia por temer que esta lhe entregue informações sobre seu desejo. A análise, por ter um enquadre de restituição dos laços com o espaço público, ao passo que também opera na localização da fantasia, possibilita

que o sujeito, estando na posição subjetiva da depressão, seja recolocado no mundo de significados e, portanto, no caminho de volta ao desejo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.DSM-5**: 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

CORDÁS, Táki A.; EMILIO, Matheus S. **História da Melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

DELOYA, Daniel. **Depressão**. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

FÉDIDA, Pierre. **Dos Benefícios da Depressão: Elogio da Psicoterapia**. São Paulo: Escuta, 2009.

FREUD, Sigmund Schlomo. **Luto e Melancolia** (1915), em obras psicológicas completas, volume XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

KEHL, Maria Rita. **O Tempo e o Cão: A Atualidade das Depressões**. 2. ed., São Paulo: Bomtempo, 2009.

MENDES, Elzilaine Domingues; VIANA, Terezinha de Camargo; BARA, Olivier. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 423-431, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 08 June 2018.

PERES, Urania Tourinho. **Depressão e Melancolia**. 3. ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SOLOMON, Andrew. **O Demônio do Meio dia: Uma Anatomia da Depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.