

A múltipla clínica das depressões

The multiple clinic of depressions

Antonelli, Cláudia Cristina*

UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas),
Campinas, São Paulo, Brasil.
claudia.antonelli@gmail.com

De Carvalho, João Ernesto***

UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas),
Campinas, São Paulo, Brasil.
carvalho@fcf.unicamp.br

Costa Pereira, Mario Eduardo**

UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas),
Campinas, São Paulo, Brasil.
marioecpereira@uol.com.br

Resumo

A explosão dos casos de depressão é um fenômeno mundial e complexo. Sua compreensão requer a mobilização de diversas áreas do saber (Corbanezi, 2021). O objetivo deste artigo será o de apresentar brevemente as diferentes vertentes e concepções referentes à depressão como entidade clínica, com o intuito ainda de reiterar os contrastes a partir do olhar de alguns corpos teóricos como o da Psicanálise, com a simplificada descrição da Psiquiatria encontrada nos atuais manuais diagnósticos, em especial no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) vigente. Apontamos para o atual número de casos diagnosticados como depressão, considerado atualmente de ordem epidêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual, no entanto, de acordo com o DSM-V, distintos afetos se encontram, a nosso ver, equivocadamente condensados e aglomerados. Diferentes áreas e expressões de tristeza, de processos de luto e de outros estados afetivos e físicos clinicamente semelhantes aos creditados como depressão, vêm constantemente aumentando os números de seu diagnóstico, que devem atingir o primeiro lugar na causa de afastamento de trabalho até 2030 (OMS). Em nossa avaliação, trata-se de um estado de coisas ainda mal compreendido e, portanto, desgovernado.

Palavras-Chave: Depressão epidêmica; Diagnóstico; Prática clínica; Saúde mental.

Abstract

The explosion of depression is a global and complex phenomenon. Its understanding requires the mobilization of several areas of knowledge (Corbanezi, 2021). The objective of this article is to briefly present the different aspects and conceptions of depression as a clinical entity, with the intention of reiterating the contrasts from the perspective of some theoretical bodies, such as Psychoanalysis, with the simplified description of Psychiatry found in the current diagnostic manuals, especially the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). We point to the current number of cases diagnosed as depression, currently considered epidemic by the World Health Organization (WHO), in which, however, according to the DSM-V, different affections are, in our view, mistakenly condensed. Different areas and expressions of sadness, mourning processes and other affective and physical states clinically similar to those credited as depression, have been increasing the numbers of its diagnosis, which should reach the first place in the cause of absence from work until 2030 (WHO). In our assessment, this is a state of affairs that is still poorly understood and therefore ungoverned.

Keywords: Epidemic depression; Diagnosis; Mental health practice; Mental health

* Psicóloga (2005), Especialista em Saúde Mental e Psicopatologia da Saúde (2010), Mestre em Psicanálise clínica (2013), Psicanalista pela IPA (*International Psychoanalytical Association*) (2020), atualmente doutoranda em Clínica Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas (SP), Brasil. É Professora em disciplinas de Psicanálise em Pós-Graduação, psicanalista clínica. <http://lattes.cnpq.br/2387506615906527> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2305-1671>

** Médico pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1983), Mestre em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP - 1989), Doutor em psicopatologia fundamental e psicanálise pela Université de Paris VII - Denis Diderot (1995). É Professor da Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Professor Titular em Psicopatologia Clínica pela *Université de Provence/ Aix-Marseille I/França* (2009), Livre-Docente em Psicopatologia pela UNICAMP (2008). Atualmente é professor associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde dirige o Laboratório de Psicopatologia: Sujeito e Singularidade (LaPSuS). <http://lattes.cnpq.br/19118551190641399> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7975-88633>

*** Livre Docente em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas (2012); Doutor em Farmacologia pela Universidade Federal de São Paulo (1992), Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (1983), graduado em Ciências Biológicas Modalidade Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, Brasil). Atualmente é professor titular da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Campinas. Foi diretor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Unicamp, entre 2014-2020. <http://lattes.cnpq.br/2708977872316814> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6901-6815>

A múltipla clínica das depressões

Introdução¹

Nosso percurso neste artigo irá atravessar algumas importantes distinções teórico-clínicas relativas ao que se nomeia Depressão ou quadros depressivos.

Iniciaremos por delinear e apresentar brevemente os três principais modelos da Psiquiatria, enfatizando o que ocorre na vertente chamada biológica (organicista) predominante, para a qual o diagnóstico de Melancolia se juntou ao da Depressão.

Discorreremos também sobre o percurso destas na Psicanálise – acentuando que, nesta, a Depressão demonstra ter sido por bastante tempo negligenciada de seus estudos desde Freud até próximo aos anos 2000, quando então importantes publicações são produzidas, resgatando e incorporando também o contraste e os problemas relativos ao luto, um dos cerne da clínica psicanalítica atual.

Apontamos por fim para uma depressão multifacetada, no tempo e em cada sujeito da clínica; para a importância dos processos depressivos para alguns autores da psicanálise e, ainda, para a problemática instaurada com a interrupção destes processos, pelo medicamento psiquiátrico que visa, quase invariavelmente, à sua cessação.

A múltipla clínica das depressões

A psiquiatria é uma vasta e complexa área, de distintas compreensões e práticas – por vezes antagônicas –, desde uma clínica mais ortodoxa, que busca no fisiológico do humano a causa para toda a

dor, sofrimento ou, conforme nomeia-se, distúrbio ou desordem – “A busca de lesões no cérebro ou disfunções físicas responsáveis pelas doenças mentais é tão antiga quanto a psiquiatria...” (Russo e Venâncio, 2006: 3); quanto psiquiatrias mais críticas e ontológicas.

Em sua revisão destas distintas vertentes, Roudinesco (2000) nomeará seus principais posicionamentos conceituais em correspondentes três eixos centrais.

O primeiro, segundo a autora, é o nosológico (ou nosográfico), desenvolvido ao longo do século XIX, descendente de Esquirol (1772-1840) e de Pinel seu mestre, que deram origem ao chamado alienismo e, mais tarde, à psiquiatria propriamente dita. Neste tronco, que contou com a “revolução pineliana”, a conduta do alienista propunha não mais se ver “o louco” como um insensato cujo discurso seria desprovido de sentido, mas como um *alienado* ou, em outras palavras, um sujeito estranho a si mesmo, dominado por outra razão. Neste modelo de conceituação, encontramos as estruturas psíquicas (psicoses, neuroses, perversões) assim como fronteiras entre a razão e a desrazão (Roudinesco, 2000: 38-39).

O segundo modelo, a autora nomeia de psiquiatria dinâmica, a qual privilegia a psicogênese (causalidade psíquica) em relação à organogênese (causalidade orgânica), porém sem excluir esta última e, ainda, se apoiando em quatro grandes modelos de explicação da psique humana: o nosográfico (como do primeiro grupo, que demarca uma classificação universal das doenças e uma definição do normal e do patológico), um terapêutico (que postularia uma eficácia terapêutica ligada à relação médico-paciente e seu poder de sugestão), um filosófico ou fenomenológico que atribui sentido ao distúrbio psíquico/mental a partir da vivência do paciente;

1 O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa ao estado de São Paulo (FAPESP), sem conflitos de interesses.

e também um cultural, que se apoia no contexto social e nas diferenças sociais e culturais, tal qual a etnopsiquiatria (Roudinesco, 2000: 37).

O terceiro, por fim, seria uma “segunda psiquiatria dinâmica”, herdeira de J.-M. Charcot (1825-1893), mestre de Freud, que, sem renunciar ao modelo nosográfico, reinventaria o modelo psicoterapêutico à época, dando a palavra ao doente, modelo este adotado posteriormente pelas escolas modernas de psicologia, e em especial pela psicanálise.

Contudo, assistimos hoje a certo rompimento e desmembramento destes modelos, diante do impulso da psicofarmacologia moderna, que traz, em si, outro modelo, sobretudo a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais de 1980 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM*), em sua vertente majoritariamente biológica/organicista. Neste, a psiquiatria abandona em grande parte o modelo nosográfico em prol de uma reiterada classificação dos sintomas e comportamentos. Em consequência, “...reduziu a psicoterapia [psiquiátrica] a uma técnica de supressão de sintomas...” (Roudinesco, 2000: 41).

Quer se trate de angústia, agitação, melancolia ou simples ansiedade é preciso, inicialmente, tratar o traço visível da doença, depois suprimi-lo e, por fim, evitar a investigação de sua causa, de maneira a orientar o paciente para uma posição cada vez menos conflituosa (...) Em lugar das paixões, a calma, em lugar do desejo, a ausência do desejo (...). O moderno profissional da saúde – psicólogo, psiquiatra, enfermeiro ou médico – já não tem tempo para se ocupar da longa duração do psiquismo (Roudinesco, 2000: 41) ².

É possível ainda que, na atual vertente de predominância biológica da psiquiatria (Costa, 2011; Caponi, 2009, 2014, 2019; Rose, 2019) a simplificação da semântica dos afetos e conceituação neste campo, uma vez condensando-os enquanto sintomas de onze categorias classificatórias de Depressão, tenham suprimido no ato, a palheta das afecções tão distintas e existentes, deste quadro. A título de exemplo, é o que parece ocorrer a partir da assimilação da melancolia pelos quadros depressivos do referido manual, e de seu correlato pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Classificação Mundial de Doenças (CID) (Quevedo et al., 2019).

Por outro lado, “...os sintomas da depressão

durante um diagnóstico não deveriam estar associados com o luto...” - é a observação presente no próprio atual principal manual diagnóstico das doenças mentais (DSM-V: 155), que nos aponta esta importante diferenciação. No entanto, apesar de encontrarmos estes dizeres, isto parece ser muitas vezes o caso, e a confusão (Pereira, 2014).

Fédida e Berlinck (2000) já haviam assinalado esta fusão de descritivos nos manuais diagnósticos, fazendo com que aquela primeira – a melancolia -, se ‘dissolvesse’, passando a ocupar o lugar de adjetivo (“depressão melancólica”), acarretando sérias consequências clínicas. Os autores afirmam:

A psicoterapia com pacientes que se encontram sob efeito de antidepressivos revela que estes são relativamente eficazes na inibição de sintomas considerados típicos da depressão. Porém, ao mesmo tempo, sintomas considerados típicos da melancolia não são afetados por esses medicamentos (...). *A melancolia fica, assim, dissolvida na depressão* (Fédida e Berlinck, 2000: 9, grifos nossos).

Ainda assim, Quevedo et al. (2019), em sua segunda edição do compêndio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), “Depressão – Teoria e Clínica”, afirmam que o DSM-III “...seguramente representou um marco na psiquiatria ao adotar critérios diagnósticos operacionais claros para facilitar a comunicação e o entendimento entre pesquisadores e clínicos...” (Quevedo et al., 2019: 24-25), ao circunscreverem um conceito de depressão que poderia ser utilizado por profissionais com as mais diferentes orientações teóricas. “Trouxe novas contribuições para uma melhor qualidade de vida para pacientes e seus familiares...” (Quevedo et al., 2019: 24-25).

Nesta importante publicação, os organizadores e sua equipe de autores (psiquiatras) também discorrem atenciosamente sobre o tema, desde sua história inicial (a partir da antiguidade), passando brevemente pela Idade Média, chegando aos atuais índices epidemiológicos, tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos, e outros temas específicos e importantes como depressão na infância e adolescência, depressão e dor, depressão e estigma.

Contudo, desde a introdução, confirmamos neste atual compêndio que Depressão é nomeado de fato como sinônimo de Melancolia, até mesmo para sua origem clássica – “estados intensos de tristeza” – e vemos em toda sua extensão a noção de melancolia fundida à de depressão, em comum acordo com o atual DSM, tal qual referenciado; além de um termo

² O que nos leva a pensar em uma própria *depressividade* dos profissionais de saúde acima referidos, atualmente, em relação ao seu próprio alcance da psique.

condensador de diversas nuances clínico-afetivas.

Melancolia, depressão e afetos

Freud, já em 1917, havia se detido extensamente na descrição do quadro melancólico, este enquanto desdobramento patológico do luto (Freud, 1969). Ainda que, para Delouya (2003), detendo-se sobre o tema, pontua “Freud ter feito o mesmo” que os manuais diagnósticos em alguma medida, quando de uma junção da depressão com a melancolia: “A maneira com que o desenho freudiano da melancolia arrastou consigo a depressão, confundindo-se com o largo escopo de suas manifestações, suscita várias indagações” (Delouya, 2003: 31).

Para a psiquiatria de vertente biológica atual, isto carrega sua razão de ser. O foco sendo, em seu pressuposto, a tentativa de tratamento ou cura pelo psicofármaco, o que se busca é, de forma generalizada – tanto por parte do médico, nem sempre psiquiatra, quanto do indivíduo que sofre -, a supressão do sintoma quer seja oriundo de um processo melancólico ou depressivo, ou outro. (Lacerda e Del Porto, 2019) o confirmam, em sua atual revisão:

A demonstração da eficácia de tratamentos somáticos, como a eletroconvulsoterapia (ECT) e, posteriormente, dos medicamentos antidepressivos, estimulou o revigoramento de uma visão mais biológica da depressão. (Lacerda e Del Porto, 2019: 23)

Porém, nesta mesma revisão, Tamai (2019) revela resultados não tão eficazes assim. Relata que em relação ao Transtorno Depressivo Maior (TDM), a resposta clínica dos pacientes deprimidos tratados com antidepressivos é definida como redução dos sintomas pela metade, ainda que o objetivo do tratamento seja a remissão completa dos sintomas. Reporta uma pesquisa³ em que 2876 pacientes foram tratados com antidepressivos envolvendo monoterapia e combinações, e apenas um terço obteve remissão dos sintomas em seu primeiro tratamento antidepressivo farmacológico (p. 59). Complementa que “...infelizmente, para os pacientes que não apresentaram remissão, atingi-la se tornou cada vez mais difícil. Mesmo após um ano de tratamento ...” (Tamai, 2019: 59-60).

Outros autores também apontam que importantes limitações persistiram nas classificações

3 Sinyor M., Schaffer A., Levitt A. *The sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) trial: a review*. Can J Psychiatry. 2010; 55 (3): 126-35.

baseadas em critérios operacionais. “Primeiro, não se resolveu – e até mesmo se agravou – a heterogeneidade da população de indivíduos que preenchia o diagnóstico de depressão. Segundo, o diagnóstico dessa doença ganhava confiabilidade, mas não validade” (Quevedo, Nardi & Silva, 2019: 25, grifos nossos)

A tristeza, esta, enquanto “sintoma” presente em todos os quadros descritos pertencentes ao escopo da depressão, é bastante argumentada por autores também da psiquiatria crítica, porém enquanto tributária dos números considerados excessivos de diagnósticos (Healy et al., 2001; Herzberg, 2009; Horwitz e Wakefield, 2010, entre outros). “A tolerância a emoções normais, porém dolorosas, diminuiu, e muitas pessoas no mundo moderno passaram a valorizar a medicação para controlar seus sentimentos...”, afirmaram Horwitz e Wakefield (2010: 224).

A angústia, seu correlato afetivo, também a encontramos extensamente relatada por diversos pacientes das diversas clínicas, em diferentes intensidades. Desde as angústias de registros psíquicos em diversos quadros e contextos, até as somatizadas (registradas no corpo), como na fibromialgia, nas crises de angústia, e nas dores do corpo (Berlinck, 1999: 50).

Uma das consequências dessa observação fundamental a respeito do aparelho psíquico do humano é a de que depressão, dor e angústia, muitas vezes não se distinguem, pois são sensações referidas ao desamparo que é humanamente extenso (Berlinck, 1999: 50).

Uma vez que, ainda segundo o autor, “...sempre é bom lembrar, o aparelho psíquico e o organismo são partes de um todo indissolúvel...” (Berlinck, 1999: 51). Berlinck nos aponta assim, a importante dimensão de correlação, mas diferenciação, entre depressão, luto, melancolia, tristeza, angústia e dor.

Tal qual na revisão dos autores, Pinheiro et al. (2010):

Se o luto é um processo psíquico que promove a renúncia ao objeto, se na melancolia o sujeito identifica-se narcisicamente ao objeto perdido e se a depressão é uma defesa bem-sucedida em relação ao desejo, concluímos que luto, depressão e melancolia são, da maneira como foram abordadas, três formas heterogêneas de reação à perda detectadas pela clínica psicanalítica. (Pinheiro et al., 2010: 165)

Isto revela modos de subjetivação e sofrimento

que nos exigem constante redimensionamento teórico acerca dos contextos clínicos que se impõem na atualidade.

Fédida e Berlinck (2000) também se perguntaram quais seriam as razões que teriam levado a psiquiatria contemporânea a deixar de lado a melancolia e dar relevância somente à depressão, tal qual ilustrado pelos manuais, uma vez que conjecturam que seria insuficiente afirmar que esta dissolução se deva somente à proliferação de antidepressivos. Reconhecem que a crescente produção dos antidepressivos responde de fato a uma demanda que vem se acentuando, de forma notável, a partir dos anos 1970. E que, por outro lado, os antidepressivos se mostram bastante eficientes no alívio da depressão, “mas não são anti-melancólicos”, como mencionado anteriormente. Reiteram que é a partir da disseminação do consumo de antidepressivos por pacientes que estão em tratamento psicoterapêutico, que se observa uma clara diferença psíquica entre depressão e melancolia. “Estes pacientes saem da depressão, mas permanecem com sintomas melancólicos” (Fédida e Berlinck, 2000: 11).

No estudo destes autores, a depressão representaria um estado de luto muito primitivo, sem culpa, enquanto a melancolia se configuraria como neurose complexa, composta por conflito (intrap síquico), culpa e depressão. Como a psiquiatria regida por estes manuais não pontua o conflito intrap síquico, e tampouco a culpa, não haveria de reconhecer a melancolia enquanto entidade autônoma.

Deparamo-nos com esta complexidade de afetos, emoções e gradientes subjetivos destes, enquanto a listagem atual da nomenclatura dos Transtornos Depressivos ocupa um pouco mais de uma página no atual DSM (V), na versão traduzida para o Português pela Artmed (2014), sob a classificação de número 155. Neste, como referido anteriormente, a melancolia descende ao posto de característica: “depressão com características melancólicas”, tal qual lemos nas recomendações iniciais deste manual:

(...) Com sintomas ansiosos (especificar gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Com características mistas; Com características melancólicas; Com características atípicas; Com características psicóticas congruentes com o humor; Com características psicóticas incongruentes com o humor; Com catatonia (usar o código adicional 293.89 [F06.1]); Com início no periparto; Com padrão sazonal (DSM-V, 2014:

xvii).⁴

A consequência desta nova nomenclatura – ou mais que isto, revolução terminológica (Russo e Venâncio, 2006) encontrada a partir do DSM III é justamente o efeito de endossar o diagnóstico da depressão com ingredientes, a nosso ver, furtados ou, na melhor das hipóteses, emprestados de outras afecções do Eu (Figueiredo e Coelho, 2018). Ainda que a partir desta versão (III) este manual se pretenda ateuórico com o intuito da objetivação, há nesta escolha um sério posicionamento conceitual (Russo e Venâncio, 2006).

Outras publicações de saúde mental, como *The Harvard Mental Health Letter* (1990), A Carta de Saúde Mental de Harvard, reconhece dois tipos de transtornos do humor ou afetivos: a depressão e o transtorno maníaco depressivo. De acordo com este referencial, a depressão poderia ocorrer como depressão maior ou como forma mais leve, denominada distímia; enquanto a desordem bipolar (transtorno maníaco depressivo) pode também apresentar forma mais suave, denominada ciclotímia (Fédida e Berlinck, 2000: 10). Porém, encontramos neste outro importante manual, similarmente uma simplificação de dois grupos diagnósticos. De qualquer maneira, hoje, dizem ainda os autores, “... o denominador melancolia passa a ser nominado depressão, conservando uma indistinção reveladora de grandes dificuldades em se estabelecer diferenças específicas entre essas manifestações...”. (Fédida e Berlinck, 2000: 11).

Junto à condensação dos descritivos, apontamos também um aplanamento da listagem de critérios para o diagnóstico. Fazemos aqui o recorte de um excerto da parte descritiva sintomatológica:

O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado por episódios distintos de *pelo menos duas semanas de duração* (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) *envolvendo alterações nítidas no afeto*, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado

4 Em seguida, nesta mesma publicação, a depressão se qualifica enquanto: *Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor*, *Transtorno Depressivo Maior*, *Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)*, *Transtorno Disfórico Pré-menstrual*, *Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento*, *Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica*, *Outro Transtorno Depressivo Especificado*, e, finalmente, *Transtorno Depressivo Não Especificado*. Na metade da página seguinte iniciam-se já os Transtornos de Ansiedade.

em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos (DSM V: 155, grifos no original).

Neste trecho, destacamos as partes em negrito da publicação (aqui em itálicos), diante das quais, ainda que não nos caiba avaliar os fatores diagnósticos, no bojo desta discussão apontamos a aparente simplicidade categórica da descrição de um estado afetivo, que deixa à sombra a complexa subjetividade daquele que sofre.

Certo que se tratam de propostas distintas: enquanto as práticas psicodinâmicas (tal qual a Psicanálise) buscam o que cria ou gera e mantém o sintoma, em seu sentido mais amplo e complexo, o manual diagnóstico buscaria de fato diagnosticar e, quase invariavelmente, medicar e eliminar este mesmo sintoma.

Desta forma, a partir da fabricação dos antidepressivos, a depressão, “antiga esquecida”, ganhou protagonismo, passando a ser “... escolhida como primogênita da nova psiquiatria, que se apropriava de novas tecnologias farmacológicas...” (Dunker, 2021: 64): Reserpina (1952), Clorpromazina (1952), Iproniazida (1953), Carbonato de lítio (1957), entre outros. Pouco depois, o quadro até então bastante secundário, ganha protagonismo nunca antes visto – em números de casos e vendas farmacológicas.

Horwitz e Wakefield (2010), entre muitos outros, haviam já apontado para algo semelhante:

Em 2001, o número de pessoas que usavam ISRSs era 2,5 vezes maior que as que tomavam medicamentos ansiolíticos e seu uso crescia cerca de cinco vezes mais rápido que o daqueles. O rótulo “antidepressivo” deu um grande impulso para fazer da depressão, e não da ansiedade, o principal alvo da propaganda farmacêutica (Horwitz e Wakefield, 2010: 213).

Diversos autores se concentrarão em estudar estes aumentos crescentes, atravessando minuciosa e detidamente os números decorrentes sobretudo desde a entrada dos DSMs na sociedade médica – a chamada “revolução do DSM”, a qual não adentraremos neste artigo.

Ainda das distinções clínicas: a Psicanálise

Reconhecemos o importante retorno da depressão ao campo da psicanálise, no qual por muito tempo teria sido considerada uma espécie de “diagnóstico bastardo” inventado pela indústria

farmacêutica, oriundo da psiquiatria (Dunker, 2021). Este retorno se dá sobretudo em meados à virada do milênio (2000), quando então a Depressão já passava a ser chamada de “o mal do século”.

A partir de então, quase em contraponto, encontraremos no campo psicanalítico trabalhos importantes: desde Kristeva (1987), que abre o caminho de forma profunda e contextualizada; passando por Fédida (1999), Delouya (2001); Kehl (2009); Dunker (2021) aqui já citados, e outros, que se debruçaram atentamente sobre o tema (Kupermann e de Paula, 2020; Cattapan, 2021; Almeida e Naffah Neto, 2022; Nasio, 2022).

Neste sentido, na Psicanálise contemporânea, nos deparamos em seu corpo teórico com uma vasta bibliografia cerceando a Depressão (ou as depressões), levando em conta sua diferenciação em relação à melancolia e ao luto e suas correspondentes acepções afetivas, e, além, descobriremos nela sua importância – da depressão ou do estado depressivo, conforme veremos mais adiante.

Porém, em sua origem, não se encontrava na obra freudiana dentre os quadros clínicos clássicos e nunca ocupou lugar de importância entre seus textos e temas estruturais, em contrapartida, de fato, à Melancolia (Freud, 1969). Conforme constata-se nas publicações pós-freudianas, a depressão se caracterizaria antes como um estado se manifestando em qualquer estrutura clínica – e desta maneira, tornase implícito, em qualquer sujeito da clínica (Delouya, 2001: 77).

Posteriormente, localizaremos em diversos autores da Psicanálise o reforço para a separação e distinção entre estas searas de afetos humanos que, ora se cruzam em suas intersecções subjetivas – quer seja pela manifestação clínica, quer seja na experiência subjetiva, mas, em grande parte, carregam consigo identidades bastante distintas e próprias.

Kehl (2009) é uma destes autores, detendo-se minuciosa e extensivamente sobre o tema, com a preocupação da distinção. A autora fala em coincidências sintomáticas, mas é clara: “... a depressão é muito diferente da melancolia...” (Kehl, 2009: 21).

O melancólico ficou preso em um tempo morto, um tempo em que o Outro deveria ter comparecido, mas não compareceu. Já o tempo morto do depressivo funciona como refúgio contra a urgência das demandas de gozo do Outro. Em seu refúgio, o depressivo tenta se poupar do imperativo de satisfazer o Outro (Kehl, 2009:

21).

A autora narra ainda a depressão enquanto sintoma social contemporâneo, diferenciando-a novamente da estrutura melancólica, tal qual descrita por Freud e em grande parte, renegada pelos diagnósticos psiquiátricos; remete-se ao que chama de condições sociais da transmissão da depressão: a aceleração do tempo, o incremento da prontidão para a resposta à demanda, a demissão das posições de autoridade na relação entre pais e filhos, a recusa da partilha social do gozo e as paixões da segurança, que demandam do indivíduo que este se transforme em um ser genérico, indefinidamente comparável e substituível (Kehl, 2009: 274-295).

Dunker (2021) por sua vez, também em ampla e detalhada revisão da Depressão, aprofunda-a de forma instigante na qual, o autor, com humor, "... a chama por seu nome: a Biografia da Sra. Depressão..." (Dunker, 2021: 9). Nela, Dunker enfatiza de início precisamente a importância de como denominamos as coisas: diferentemente de uma doença fisiológica que continuará sendo a mesma independentemente de seu nome, segundo o autor, não será assim com as questões mentais (Dunker, 2021: 9). "A Depressão tem tantos nomes, histórica e socialmente, que não podemos saber exatamente se é uma única entidade ou várias..." (Dunker, 2021: 11); o que apontará enquanto seu primeiro traço biográfico: a dificuldade em nomeá-la corretamente.

Em sua análise, o autor também a localiza historicamente como descendente da Melancolia (a não ser confundida com esta) enquanto lugar de fenômeno social; descrevendo-a ainda enquanto "... representante de um empobrecimento psíquico, de desertificação dos sonhos e de aridez da existência..." (Dunker, 2021: 127, grifos nossos).

Green (1988), outro autor de referência para a psicanálise, por sua vez também traz um importante nuance para esta palheta, porém oriunda do luto de alguém ainda em vida: a perda do investimento afetivo por parte do objeto, quando ainda presente. Ou seja, quando por exemplo, o objeto primordial (a mãe) não morreu, mas sua relação afetiva com o sujeito é interrompida (como em casos de depressão ou processos de luto da própria mãe), fazendo com que o sujeito viva experiências intensas de perda (com distintos desdobramentos possíveis, incluindo-se a própria depressão). Nas palavras do autor: "O traço essencial desta depressão é que ela se dá na presença de um objeto, ele mesmo absorto num luto..." (Green, 1988: 247).

Havendo ainda autores da psicanálise

partidários da compreensão de que certas depressões encarnariam na psique de alguns sujeitos da clínica, lugares de lutos não realizados – ou adiados, interrompidos, renegados. A depressão seria nestes casos, precisamente o *não luto*, ou o não enfrentamento (mais que tudo inconsciente) da perda. "*Deprimiu-se, por não conseguir enlutar-se*".⁵

É também o que encontramos no interessante artigo de Pinheiro et al. (2010), que constroem a tese de uma *crença narcísica*, na raiz de um bom número de pacientes deprimidos que recebem em seus consultórios – crença esta que representaria a impossibilidade de se lidar com a perda de seu próprio *Eu ideal* (conceito postulado por Freud em 1914, que se traduziria de forma simples, como o ideal de si mesmo construído desde a infância), fenômeno este, segundo os autores, densamente presente na clínica de hoje.

Não se trata de um desmoronamento narcísico como na melancolia, mas, precisamente, de uma nostalgia que retira o sujeito de sua capacidade de transformação e metaforização. É uma história fixa, cuja narrativa não cessa de recair sobre ela mesma, não restando ao sujeito outra coisa senão deprimir ante a imagem narcísica perdida... (Pinheiro et al., 2010: 156-157)

Nasio (2022), de forma análoga, falará também na Depressão enquanto a perda de uma ilusão, construída desde tempos primórdios na história do sujeito: a ilusão de sua onipotência, de sua suposta refração à tristeza. Em sua visão, a perda não estaria externa ao deprimido, mas, em seu próprio cerne.

Sabemos que, os processos de luto – sempre envolvidos em cada uma das perdas inerentes a cada um destes processos - é um dos mais árduos para o psiquismo, como já postulou Freud há mais de um século, e a clínica reitera, intensamente, nos dias de hoje.

A depressão multifacetada

As depressões não apresentam, até hoje, de fato marcadores biológicos que possam informar quantos gramas de serotonina ou dopamina estão faltando para que o sujeito se encontre deprimido (Dunker, 2021), contrariamente à hipótese mais prevalente para sua causa.

Ou ainda, caso haja de fato uma queda na sinapse serotoninérgica, o que teria ocorrido antes: a suposta queda de serotonina levando o sujeito a 5 Comunicação em reunião de discussão clínica (fonte própria).

depressão ou o sujeito em depressão levando a uma queda em sua quantidade de serotonina? (Dunker e Neto, 2011: 622).

Observamos, ainda, ao longo das últimas décadas atravessadas pela chamada depressão, a mudança de *seu rosto*: de uma depressão narcísica e infantilizada (dos anos 1970) do sujeito que se recusa ao crescimento e à realidade exigente do mundo, à depressão generalizada (dos 1990), espelho da globalização psiquiátrica e da hegemonia diagnóstica dos manuais, encarnando a impotência e impossibilidade, tal qual uma epidemia mundial ligada à cultura da performance, reforçando ainda, seu caráter de conflito com a realidade (social/externa). Por fim, mais recentemente a partir dos anos 2008, toma a roupagem de uma síndrome com destaque à sua expressão pelos sintomas corporais: a fadiga crônica, a fibromialgia, o cansaço permanente, os *burnouts*, as insônias, para os agora, os antidepressivos já de pouco valem (Dunker, 2021: 75-91).⁶

Encontramos em Pereira (2014) talvez a síntese destas vozes: “Uma determinada condição é psicopatológica de maneira absolutamente singular àquele sujeito específico, não sendo generalizável...” (p. 1043).

A importância dos processos depressivos

Fédida (1999), próximo à virada do milênio – tempo profícuo para as publicações acerca da Depressão, conforme mencionado constrói uma importante compreensão em relação aos antidepressivos. Pontua a interposição do medicamento, não somente da maneira dita “positiva” (de alívio dos sintomas), mas também negativa – na interferência no processo curativo próprio do sujeito.

⁶ O autor, em sua revisão, destaca ainda um interessante aspecto que chama de ‘assimilação autobiográfica’: a apropriação pessoal e personalizada da própria história da depressão, enquanto discurso narrativo de sua biografia, de diversos autores, sobretudo a partir dos anos 2000. Cita, entre outros, o conhecido livro de Solomon (2002) – *O Demônio do Meio-dia* -, ilustrativo desta vertente. Em sua vasta obra em forma de romance, tecnicamente escuta-se ainda o autor descrevendo um caráter melancólico, em nossa compreensão, para sua depressão. Certamente não à toa seu artigo publicado no *New Yorker* a este respeito (12-1-1998) intitulava-se “Anatomy of Melancholy” (<https://www.newyorker.com/magazine/1998/01/12/anatomy-of-melancholy>). Nestas obras, [os autores] narram as tentativas de cura como processos transformativos, cheios de idas e vindas, tratamentos bem ou mal-sucedidos (...) Em outras palavras, esses romances falam da depressão como uma viagem, uma travessia, uma jornada, um reinício, em que não se sabe o que contou mais e o que contou menos para a cura. (Dunker, 2021: 83)

Ou seja, quando o medicamento intervém de forma não somente a aliviar os sintomas, mas de interferir no processo de cura, do sujeito em relação à sua dor.

É assim que o uso do remédio (...) sob a forma de drogas depurativas é, com justiça, solicitado por estados do corpo cansado ou sobrecarregado. Mas preferir estas drogas por facilidade ou preguiça e sem respeitar a “composição da doença” que “parece (...) de natureza viva”, não seria correr o risco de que a droga irrite ao vivo interrompendo a doença antes de seu fim natural? (Fédida, 1999: 37, grifos nossos)

Fédida e Berlinck (2000) pontuam, por sua vez, que a depressão seria, então, um estado durando o tempo necessário para que o vazio inanimado do vivo se constitua como organização narcísica e retorna toda vez que o psiquismo solicita uma restauração de seu narcisismo. Como este está constantemente ameaçado, tanto por forças externas como internas, *a depressão está invariavelmente presente*, concluem os autores (p. 15, grifos nossos).

Na psicanálise pós-freudiana, não propriamente dito o diagnóstico clínico da depressão uma vez que a relação da psicanálise com o diagnóstico qualquer que seja é bastante específica e distinta daquela tida como referencial para a psiquiatria, mas já nela escutamos o ressoar do sino da importância dos processos depressivos, enquanto porta-vozes de mudanças subjetivas significativas: como os conceitos de posição depressiva encontrado nas contribuições de Melanie Klein, já em 1935; do valor da depressão (estádio do *concern*) em Winnicott, 1955; e a mudança catastrófica em Wilfred Bion, 1966. Enquanto tais conceitos não devem, no entanto, serem confundidos com a depressão enquanto complexo quadro subjetivo e clínico, se referem, contudo, a vivências psíquicas importantes na clínica psicanalítica.

Síntese

Apresentamos sucintamente uma visão de que depressão se torna um termo no qual estão embutidos diversos e diferentes olhares, vertentes, compreensões e também atribuições de um estado mental cambiante tanto no eixo horizontal – ao longo da história – quanto vertical – de acordo com cada escola de pensamento.

Vimos que, contemporaneamente, seu cerceamento demonstra se dar sobretudo por vias da psiquiatria e, tendo em seu arsenal teórico um manual diagnóstico de característica sintomatológica geral, a conduta majoritária passa a ser a da supressão do

sintoma, via antidepressivos.

Entretanto, a depressão mostra ter contado com expressões distintas desde a origem de seu mapeamento, até os dias de hoje. Ainda que estas expressões por vezes se sobreponham em alguma medida, autores da psicanálise contemporânea marcam a importância da distinção entre o diagnóstico referido enquanto depressão, em contraposição ao do luto, e seus correspondentes afetos tristeza, dor, angústia; e apontam para quadros clínicos atuais também corporais: a fadiga, a dor generalizada e não localizável como na chamada fibromialgia, o cansaço crônico, a insônia, as dores; as inércias do corpo.

Um estado depressivo pode ser, ainda, psicologicamente bem-vindo, quando parte de um processo interno mais profundo de reequilíbrio psíquico; mas pode também vir em lugar de um processo de luto que teria sido necessário e não ocorrido; somente o olhar e escuta clínicos mais minuciosos poderão discernir.

Por fim, o rosto da depressão resta algo indefinido. Dito de outra maneira, não passível de predeterminação ou rotulação. Trata-se da face de cada um de seus mais de 300 milhões de sujeitos diagnosticados enquanto deprimidos, segundo os dados atuais (OPAS-Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2021).

Muito além “da depressão”, parece-nos que falamos em uma múltipla clínica dela. Bastante produção literária científica neste tema vem ocorrendo atualmente; necessitando, ainda assim, mais pensamento a respeito das depressões no humano.

Postulamos este fazer enquanto de suma importância e, tentativamente, em lugar do crescente ato de medicar, realizado atualmente por grande número de profissionais fora da saúde mental,⁷ que acabam por aumentar o número desta epidemia, por falta de maior ou melhor conhecimento dos fatos.

Referências bibliográficas

Almeida, A.P. & Naffah Neto, A. (Edit.) (2022). *Perto das Trevas: a Depressão em Seis Perspectivas Psicanalíticas*. Blucher.
Bains N., Abdijadid S. & Miller JI. (2023). *Major*

7 Dados revelam que 80% dos diagnósticos nos Estados Unidos seriam oriundos de outros profissionais da medicina (como clínicos gerais) com pouca ou nenhuma experiência em saúde mental (Frances, 2016).

Depressive Disorder (Nursing) (Updated 2022 Jun 1). StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570554/>

Berlinck, M.T. (1999). A Dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II, 3, 46-58.

Bion, W. R. (1966). *Catastrophic change*. Bull. Brit. Psychoanal. Soc. nº 5. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2012000200013#:~:text=Williams%20e%20Meltzer%20consideram%20o,implica%C3%A7%C3%B5es%20cognitivas%2C%20%C3%A9ticas%20e%20emocionais

Caponi, S. (2011). Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 100–108. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i1.68431>

Caponi, S. (2014). *Loucos e Degenerados – Uma Genealogia da Psiquiatria Ampliada*. Editora Fiocruz.

Caponi, S. (2019). *Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. Editora LiberArs.

Cattapan, P. (2021). *Psicanálise, Criatividade e Depressão*. Ed. Appris.

Corbanezi, E. (2021). *Saúde mental, depressão e capitalismo*. Editora UNESP.

Costa, J. F. (2011). *História da Psiquiatria no Brasil*. Editora Garamond.

Delouya, D. (2001). *Depressão. Clínica Psicanalítica* (3ra ed.). Casa do Psicólogo.

DSM-V (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª. Edição). Artmed.

Dunker, C.I.L. (2021). *Uma biografia da depressão* (2ª. Edição). Paidós.

Dunker, C.I.L. & Neto, F.K. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Psicopatologia Fundamental*, 14 (4), 611-626. <https://www.scielo.br/j/rpfa/CqzGb8Lb4yr7P6grYVTMszg/?format=pdf&lang=pt>

Fédida, P. (1999). *Depressão*. Escuta (Trabalho original publicado em 1978).

Fédida, P., Berlinck & M. T. (2000). A clínica da depressão: questões atuais, *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, III (2), 9-25.

Figueiredo, L.C. & Coelho, N.E. (2018). *Adoecimentos Psíquicos e Estratégias de Cura: Matrizes e Modelos em Psicanálise*. Blucher.

Frances, A. (2016). *Voltando ao normal*. Tradução de Heitor M. Corrêa. Versal editores.

Freud, S. (1987). Sobre o narcisismo: uma introdução. En: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas* Vol. XIV (2. ed.) (pp. 83-119). Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (1969). Luto e melancolia. En *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Imago.

(Trabalho original publicado em 1917).

Green, A. (1988). *A mãe morta. Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte* [Tradução de Claudia Berliner]. Escuta.

Healy, D. Harris, M., Michael, P., Cattell, D., Savage, M. & Chalasani, P. (2001). *Rise of mental disorders and mental illness - Treating more patients than ever before: 1896 and 1996 compared*. Unpublished manuscript.

Herzberg, D.L. (2009). *Happy pills in America: from Miltown to Prozac*. Johns Hopkins University Press.

Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2010). *A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda*. (Tradução Janaína Marcoantônio). Summus.

Kehl, M.R. (2009). *O Tempo e o Cão*. Boitempo.

Klein, M. (1935). *A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States*. https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Klein_Contribution.pdf

Kristeva, J. (1987). *Sol Negro*. Rocco.

Kupermann, D. E & De Paula, K. (2020). *Atendimento Psicanalítico da Depressão*. Zagadoni.

Lacerda, A.L.T. & Del Porto, J.A. (2019). Depressão ao longo da história, En J. Quevedo, A. E. Nardi & A. G. Da Silva (Org.). *Depressão – Teoria e Clínica* (2ª. Edição) (pp. 19-27). Artmed Editora.

Nasio, J.D. (2022). *A Depressão é a perda de uma ilusão*. Zahar.

OPAS-Organização Pan Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (2021). <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>

Pereira, M.E.C. (2014). A crise da Psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito

da Psicanálise. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 (4), 1035-1052. https://www.researchgate.net/publication/276245920_A_crise_da_psiquiatria_centrada_no_diagnostico_e_o_futuro_da_clinica_psiquiatrica_psicopatologia_antropologia_medica_e_o_sujeito_da_psicanalise

Pinheiro, M. T. Da S., Quintella, R. R., & Verztman, J. S. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, 22 (2), 147-168. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652010000200010>

Quevedo, J., Nardi, A.E., Da Silva, A.G. (Org.). (2019). *Depressão – Teoria e Clínica* (2ª. Edição). Artmed Editora.

Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future – The Politics of Mental Health*. Polity Press.

Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* (Tradução de Vera Ribeiro). Zahar.

Russo, J. E Venâncio, A.T.A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX (3),460-483.

Sinyor, M., Schaffer A., Levitt A. (2010). The sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) trial: a review. *Can J Psychiatry*, 55 (3), 126-35. DOI: 10.1177/070674371005500303

Tamai, S. (2019). Tratamento farmacológico da depressão. En J. Quevedo, A. E. Nardi & A. G. Da Silva (Org.) *Depressão – Teoria e Clínica* (2ª. Edição) (pp. 59 -66). Artmed Editora.

Winnicott, D. W. (1988). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. En F. Alves (Ed.) *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (Trabalho original publicado em 1955).

Citado. ANTONELLI, Cláudia Cristina; COSTA PEREIRA, Mario Eduardo y DE CARVALHO, João Ernesto (2023) “A múltipla clínica das depressões” en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°41. Año 15. Abril 2023-Julio 2023. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 79-88. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/issue/view/494>

Plazos. Recibido: 28-12-2021. Aceptado: 25-02-2023