

MELANCOLIA, DEPRESSÃO E DOR DE EXISTIR

MARCOS C.F. BAPTISTA

“O poeta é um fingidor. Finge tão completamente que chega a fingir que é dor, a dor que deveras sente”.

Fernando Pessoa

RESUMO

O objetivo deste artigo foi o estudo das alterações afetivas, levando em consideração a metapsicologia freudiana a fim de analisar as manifestações atuais da melancolia e da depressão neurótica, bem como descrever o enquadramento psicodinâmico das manifestações clínicas atuais. Entende-se que as manifestações sintomáticas da depressão neurótica contemporânea são muito mais a expressão de um sintoma social no sentido de designar o que se encontra em desacordo com a normatividade social. A distinção entre melancolia, depressão neurótica e dor de existir revela-se importante para o trabalho psicoterápico.

PALAVRAS-CHAVE: *Depressão; Melancolia; Dor de existir; Contemporaneidade; Sintoma social.*

INTRODUÇÃO

O ato médico, segundo a fórmula da poética hipocrática, é “o conjunto de atos, gestos e palavras com o sentido de aliviar a dor do outro”. Na psiquiatria e, particularmente, na psicoterapia analítica, o trabalho com a fala do sujeito sobre a sua dor é, dentro da medicina, o lugar onde se poderá exercer algum saber, metapsicoló-

gico que seja, para proporcionar a cura ou o alívio da dor psíquica que o sujeito traz. Apoio-me na fórmula de Jacques Lacan¹, que diz: “o bem dizer não diz onde o bem está”, para pressupor que, malgrado não sabermos onde está o bem, o poder da palavra pode elevar os níveis de serotonina – o neurotransmissor do bem, segundo os neurobiologistas.

Este trabalho objetiva discutir, dentro de uma revista médica, os apoios epistemológicos e as diretrizes para o exercício da prática psicoterápica com os deprimidos. O presente número desta revista se dedica ao significativo tema da depressão, evidenciando que, na atualidade, um número cada vez mais elevado de pacientes qualifica o seu estado d’alma, se dizendo tristes, desanimados, frustrados, enlutados, anoréticos, apáticos, desiludidos, entediados, impotentes, angustiados, panicados, drogados etc.

O importante aumento do diagnóstico de depressão, que vemos assolar no Ocidente depois dos anos 80, e a forma como a depressão emergiu na mídia como um mal quase epidêmico, indica que a depressão tornou-se um subproduto contemporâneo do neoliberalismo globalizante, associado aos avanços das ciências neurobiológicas. Podemos, também, con-

siderar que o aumento do diagnóstico de depressão gira como efeito do empenho da indústria farmacêutica em desenvolver e difundir técnicas de diagnóstico favoráveis ao uso (quando não ao abuso) dos antidepressivos lançados a cada ano no mercado². Poderíamos interrogar se o homem contemporâneo não está sujeito a deprimir.

Alguns estudiosos³ acreditam que a nova realidade cultural no mundo contemporâneo, na qual não mais predomina um modelo disciplinar e sim um modelo de insuficiência, impõe uma leitura do processo depressivo em geral e do melancólico em particular como resultado da insuficiência do sujeito em responder à demanda do mercado, tendo em vista os números da Organização Mundial de Saúde^{a,4}.

Assistimos, então, a um grande número de diagnósticos onde a sequência sindrômica não mais é marcada por autoacusações e sentimento de culpa, mas sim a vergonha e a falta de iniciativa substituem a dor moral pela apatia e pelo vazio depressivos.

DEPRESSÃO: UMA REVISÃO HISTÓRICA

As concepções que ora esboçaremos dizem respeito a alguns períodos cruciais na construção do saber sobre a loucura e a depressão distribuídos segundo uma seleção arbitrária e, por que não dizer, centrada na construção da patologia, que poderíamos simplesmente chamar de a dor de existir⁵.

A conceitualização da loucura está relacionada à ideologia da época sobre a natureza humana. Em *Iliada* de Homero⁶ e na *Teogonia* em Hesíodo⁶, percebemos uma concepção fragmentária da natureza

humana. O homem homérico, entendido como um corpo dotado de *thymus*^b, está apto a agir, querer, sentir e fazer. Ao mesmo tempo, não é autônomo para todos os desempenhos motores, perceptivos de que é capaz, pois estes desempenhos estão permanentemente sob controle superior. Em última instância, os homens são regidos pelos deuses e, portanto, a loucura resulta dos caprichos dos deuses ou de suas suscetibilidades. No período homérico, o termo ‘*mania*’ refere-se, originalmente, ao furor guerreiro, tornando-se o termo perfeito para designar a loucura, o desvario e o destempero emocional. A forma triste da loucura, a depressão e o isolamento estão presentes na *Iliada* como sendo o outro lado do furor guerreiro.

A doutrina hipocrática supõe uma continuidade entre o microcosmos anatomofisiológico e o macrocosmos circulante, a natureza se estende sobre o corpo humano sob a forma de quatro humores: sangue, pituita, bÍlis amarela e bÍlis verde (escura ou atrabÍlis), onde o cérebro lesado por desequilíbrios desormonais é o órgão da loucura. Entre as diferentes formas de loucura, encontram-se a loucura triste e contida e a loucura agitada e perigosa. Essa atrabÍlis ou melancolia pode sair do seu tÓnus natural, inflamar-se, dando origem à loucura furiosa. “Os melancÓlicos tornam-se ordinariamente epilÉpticos e os epilÉpticos, melancÓlicos. O que determina a preferência por um desses dois estados é a direção tomada pela doença: se dirige para o corpo, epilepsia; se para a inteligência, melancolia”⁷. Para AristÓteles⁸, além das qualidades excepcionais dos homens, o vinho seria susceptÍvel de modificar seu *ethos*: uns relaxam e tornam-se embotados; outros, tagarelas e agitados; outros, chorosos e melancÓlicos. “A maior

a. A Organização Mundial de Saúde estimava, em 2000, que a depressão acometia 6% da população mundial e prevê que, em 2020, a depressão será a segunda causa de morbidade no mundo industrializado.

b. Espécie de alma funcional, que rege as relações entre o organismo humano e suas condições externas.

parte dos melancólicos são secos e suas veias salientes e a causa não é a grande quantidade de sangue, mas de pneumo (...) nas atimias diárias, o que ocorre com todo mundo, encontramos os entristecidos que, por vezes, são eufímicos sem razão aparente²⁸.

O grande nome que surge no século II/III dC foi Areteu da Capadócia, que professa um organicismo diferente do hipocrático, é considerado um pneumatista, corrente segundo a qual, qualquer enfermidade orgânica é resultante de uma alteração do pneumo, sendo o pneumo rarefeito e seco produtor do desvario e das vertigens e, se for quente e seco, determinará a mania e a melancolia⁷. Diz ele: “a primeira causa da melancolia é na cabeça, é isso que faz com que os sentidos, que têm sua origem e seu ponto de partida no cérebro, não estejam sempre intatos, eles se alteram e, em virtude desta alteração, a imaginação se desgarrar, produzindo a melancolia²⁷. Para Areteu, a associação entre problemas afetivos e sexuais e a loucura, em sua forma melancólica, pode ser entrevista no seguinte trecho encontrado no *Traité de Signes*: “conta-se que um tal, que parecia vítima de uma melancolia incurável, tendo-se enamorado de uma jovem, foi curado pelo amor, coisa que os médicos não conseguem fazer. De minha parte, penso que o doente, em algum tempo, tinha se apaixonado muito por aquela jovem, e não podendo ter sucesso no seu amor, se tornara sombrio, triste, sonhador e foi, então, considerado como atacado de melancolia por seus concidadãos, que ignoravam a causa do mal; mas penso que tendo obtido em seguida maior sucesso e tendo gozado do objeto desejado, ele se tornou menos sombrio e menos atribulário, por ter a alegria dissolvido esta aparência de melancolia²⁷. A distinção de Areteu entre a melancolia verdadeira e a falsa implica a suposição de um mesmo quadro

clínico para ambas, embora admita que só a verdadeira apresente comprometimento humoral. Podemos atribuir a Areteu a distinção entre depressão e melancolia, que veremos nos séculos XVIII e XIX com a distinção entre a depressão neurótica e melancólica. Desta forma, o relato de Areteu aproxima-se da distinção freudiana entre luto e melancolia.

A tradição nominalista sob a influência filosófica de Locke Condillac apoia-se na observação empírica e na descrição minuciosa do fenômeno, tendo em vista uma construção clínica. Pinel, por exemplo, no *Tratado sobre a Alienação Mental*⁹, divide as vesanias em quatro subtipos: mania com delírio sistematizado, demência ou abolição do pensamento, idiotismo e melancolia. Ele sempre atribuiu um caráter delirante à melancolia, fazendo a distinção de que o delírio na melancolia se limita a um objeto. O tema do delírio corresponderia ao estado afetivo do paciente e poderia ser de natureza triste ou alegre. Nas descrições de Pinel e dos autores que o seguiram durante o século XIX, encontramos descrição de melancolia nas várias patologias descritas, tal qual acreditamos hoje em dia, embora muitas formas de melancolia descritas anteriormente fossem classificadas como monomanias, lipomanias e/ou vesanias.

Após Pinel, vemos desenvolver-se na Europa, sob forte influência francesa, toda uma série de tratados, escritos e textos que seguem a tradição nominalista. Notadamente, na Alemanha com Wilhem Griesinger, Emil Kraepelin, Karl Jaspers e Kaulbaum; na Bélgica com Joseph Guislain e na França com Magnan, Bayle, Falret, Morel e escola de Charcot influenciam sobremaneira os avanços conceituais sobre a depressão que encontraremos no século XX. Griesinger¹⁰, por exemplo, acrescenta duas observações: a concepção da consciência e a concepção do Eu, e considera

a melancolia como uma extensão e sistematização de uma frenalgia inicial. Divide a melancolia em: depressão com a consciência centrada no corpo, melancolias com tendências ao suicídio e melancolia propriamente dita¹¹. Bayle¹¹, na França, começa a introduzir noções que modificam as monomanias tradicionais e classifica diferentemente as vesanias puras da idiotia e da demência. Ele fará uma distinção que, mais tarde, se revelará fundamental na aproximação da melancolia e mania como uma mesma entidade clínica.

Pierre Falret¹¹ defende, em 1854, pela primeira vez, a existência de uma folia circular na qual admite a possível complicação da mania pela melancolia ou vice-versa. Ele descreve um tipo de alienação caracterizada pela existência de dois períodos, com uma pseudointermitência, às vezes prolongada, ressaltando que o acesso podia constituir-se de um episódio único. Para Kraepelin¹², a crise era sempre bipolar, neste aspecto, ele recusa a mania simples e a melancolia simples, alegando que, por vezes, existem variações que são mal percebidas. Na edição de 1904, ele afirma que toda loucura tem uma mesma evolução: começa pela melancolia, avança para a esquizofrenia e termina na demência. Tese que, até hoje, é defendida por muitos através da noção de psicose única. Freud, em “Luto e Melancolia”¹³, diz: “A melancolia, cuja definição varia inclusive na psiquiatria descritiva, assume várias formas clínicas, cujo agrupamento em uma única unidade não parece ter sido estabelecido com certeza”. Ele caracteriza a melancolia como uma depressão profundamente dolorosa, na qual haveria uma suspensão do interesse pelo mundo externo, uma perda da capacidade de amar, diminuição do sentimento de autoestima, que se manifesta em autoacusações e autoinjúrias, podendo ir até a espera delirante da punição. Ele define: “o aspecto que corresponde à me-

lancolia é o afeto do luto, isto é, o lamento amargo de ter perdido algo”¹³. Com relação ao melancólico, ele dirá: “a perda do melancólico é indefinível, ele sabe que perdeu alguma coisa, mas não sabe o quê”¹³. No rascunho G¹⁴, ele chama a atenção para o fato de que “a melancolia é um luto provocado pela perda da libido” e acrescenta que existiria uma dissolução das associações, sendo essa dissolução sempre dolorosa, ressaltando que haveria uma hemorragia interna que se manifesta no âmago das funções psíquicas e das pulsões. Sobre estas duas últimas afirmações, voltaremos a comentar no subitem que segue, chamando a atenção para a célebre frase de Laségue¹⁵, que diz: “O melancólico é um indiciado, enquanto o paranoico é um condenado”.

A CLÍNICA DO SUJEITO NA DEPRESSÃO

Para compreendermos a natureza das depressões, além de termos que levar em consideração sua singularidade, devemos verificar que estes quadros podem, por vezes, ser confundidos com estados de ânimo tais como tristeza, abatimento, desânimo, inapetência para a vida, que mais caracterizam reações aos avatares do cotidiano do que de um quadro melancólico ou das depressões neuróticas e reativas.

Tal como indica Kehl², pressupomos que a posição do depressivo decorre de uma escolha – a de não enfrentar a demanda social sobre o indivíduo e oferecer-se como objeto inofensivo e indefeso à proteção do Outro. Apoiados pela sociedade científico-mercadorológica e pela oferta abundante de medicamentos, muitos sujeitos têm buscado, exclusivamente, tratamento psiquiátrico para evitar o enfrentamento com suas questões subjetivas. Eles parecem concordar que sofrem de algum tipo de déficit e, portanto, a oferta medi-

camentosa poderia resolver suas questões. O modelo hipertímico da modernidade demoniza a depressão e isto agrava o sofrimento depressivo e seus conflitos com as instâncias psíquicas, seus sentimentos de dívida ou de culpa com os ideais da modernidade.

O conceito de depressividade introduzido por Fédida¹⁶ em oposição aos estados depressivos tem uma qualidade fundamental, uma certa marca da experiência humana que é a negatividade (pulsão de morte, destrutividade, culpabilidade, masoquismo etc.) e, desta forma, é possível compreender que, na origem da depressão, se encontra uma questão do sujeito com o seu tempo. Para Fédida¹⁶, a aceleração imposta aos atos corriqueiros da vida cotidiana contribui para uma pauperização “da vida psíquica” na forma de uma “desaparição normalizada do tempo da condição humana”. Muitos sujeitos procuram a psicoterapia porque já não suportam o empobrecimento da vida interior produzido pelo uso prolongado de antidepressivos. “O depressivo, embora pareça conformado com sua castração, não reconhece o valor dela como motor e causa do seu desejo”².

A dor moral do depressivo mostra que ele conhece bem os avatares do cotidiano, mas não é capaz de simbolizá-lo. Assim, as tentativas de suicídio, por exemplo, conservam as marcas das reações às dificuldades relativas às necessidades vitais e às frustrações da vida afetiva. Elas são encenadas, de modo teatral, para chamar a atenção do objeto de amor do qual se teme a experiência de abandono. É verdade que a chantagem afetiva, às vezes, pode ter um resultado desastroso e o suicídio que, na verdade, não era verdadeiramente intencionado, pode acontecer. Entretanto, o suicídio ou a tentativa de suicídio não têm a mesma significação do suicídio do melancólico, inclusive porque, neste último, os fenômenos psicóticos que consubstanciam

sua experiência depressiva são fenômenos que provocam uma intensa fragmentação do Eu.

Neste contexto, é importante fazermos a distinção entre os transtornos depressivos com sintomas psicóticos dos transtornos depressivos correntes – os ditos neuróticos. Para uns, a vida é vazia de significação, para outros é o sentimento de insuficiência para se colocar diante do Outro. O saber sobre o vazio, propiciado pelo processo psicoterápico, pode servir de argumento a seu desejo de prostração. Por outro lado, pode abrir uma grande perspectiva de mobilidade no campo simbólico. Enquanto, na melancolia, o sujeito vive a impossibilidade de fazer investimentos objetivos no mundo exterior, a depressão corrente é uma forma de reação aos fatores exógenos, seja do ambiente em que se encontra o sujeito, seja de um modo geral, da cultura em que ele se insere. Qualquer que seja o valor desta distinção, não se pode esquecer que um distúrbio neurótico é mais do que um distúrbio reativo, uma vez que é sempre a expressão simbólica de um conflito intrapsíquico causado por vivências traumatizantes, pelas frustrações afetivas, pelo medo do abandono e pelas experiências dolorosas da perda e da falta. As vivências de frustração desencadeiam um processo psíquico nos quais se articulam a frustração, a atitude agressiva, a culpa, o sentimento de insuficiência e o medo da perda.

Se o melancólico representa a si mesmo como alguém sem futuro, o depressivo recua de todo o movimento adiante na tentativa de adiar ao máximo o encontro com o Outro imaginário, que ele julga excessivamente voraz. No processo psicoterápico, as depressões neuróticas se esboçam pela inconsistência das formações imaginárias que sustentam sua dor, inconsistência esta que se encontra na origem de sua inapetência para vida. O depressivo é

capaz de se valer da lentidão a seu favor². Freud¹³, logo no início do artigo sobre “Luto e Melancolia”, diz que seu propósito é estudar a dinâmica inconsistente do processo melancólico a partir de certo número de casos, cuja natureza psicogênica está fora de dúvida. Ele começa comparando a melancolia ao luto. Esta comparação é sugestiva e ao mesmo tempo inquietante. De todo o modo, e qualquer que seja o valor dessa abordagem comparativa, é inegável que existe uma analogia entre o trabalho do luto e o trabalho da melancolia. A falta de uma perspectiva mais igualitária, a queda dos ideais revolucionários, o crescente desemprego, a competitividade de um mercado cada vez mais feroz associando-se aos imperativos de gozo de uma sociedade cada vez mais produtora de *gadgets* – objetos que acenam com a promessa de satisfazer o desejo –, tudo isso pode, efetivamente, contribuir para o estado depressivo do sujeito em relação ao desejo perdido de seus ideais.

Baudrillard, em “Sociedade de Consumo”¹⁷, afirma que vivemos em uma espécie de evidência do consumo e da abundância criada pela multiplicação de objetos. Nesta, os homens da opulência não se cercam mais de outros homens e sim de objetos – carros, televisões, computadores, faxes e celulares; suas relações sociais não estão centradas nos laços com outros homens, mas na recepção e manipulação de bens e mensagens, o que estimula a ilusão da completude através de um parceiro conectável e desconectável ao alcance das mãos. Kehl² levanta a hipótese de que as depressões, na contemporaneidade, ocupam o lugar de sinalizador do mal-estar na civilização que, da Idade Média ao início da Modernidade, foi ocupado pela melancolia.

Analisar as depressões como uma das expressões do sintoma social contemporâneo significa supor “que a depressão

é a expressão do mal-estar que faz água e ameaça afundar a nau dos bem-adaptados ao século da velocidade, da euforia *prêt-à-porter*, da saúde do exibicionismo, e como se tornou chavão, do consumo generalizado”². Por isso mesmo, os depressivos, além de se sentirem na contramão de seu tempo, veem sua solidão agravar-se em função do desprestígio social de sua tristeza. “Uma civilização que valoriza a competitividade e a conquista, mesmo se em última análise esta se limite à conquista do mercado, tal civilização não pode amar seus deprimidos, mesmo que ela os produza cada vez mais, a título de doença do discurso capitalista”¹⁸.

Na depressão, o sentimento de autoestima não é perturbado pela consciência do objeto perdido. Na melancolia, mesmo quando o doente sabe quem perdeu, ele não sabe o que nele se perdeu. Na melancolia, o que chama a atenção é a apatia, a indiferença, a falta de vontade de tudo e, especialmente, a falta de vontade sexual¹⁵. A melancolia não faz economia da angústia, há uma dissolução das associações e essa dissolução é dolorosa. A dissolução das associações corresponde a um furo no psiquismo, por onde se esvai a energia vital tal como se fosse uma hemorragia da libido. Esse furo no psiquismo é equivalente ao furo no simbólico. Lá onde deveria estar a lei, não se encontra nada, só um furo, um ralo aberto por onde toda a libido escoar. Não vemos o sujeito se autoamando; ao contrário, vemos o sujeito se auto-odiando, se autoacusando, se autoinjuriando, como se aí estivessem concentradas todas as forças das suas pulsões¹⁴.

Na depressão, a inibição do eu e o consequente isolamento do indivíduo têm um sentido, quem faz o trabalho do luto precisa submeter-se às exigências da realidade, e isto só é possível através de uma grande quantidade de tempo e dispêndio de energia. Ninguém desata facilmente

os laços feitos, desfeitos e, várias vezes, refeitos nas vicissitudes das experiências amorosas. Inteiramente diferente é o trabalho da melancolia em relação ao objeto de amor, pois é inconsciente a relação que o melancólico tem com o seu objeto de amor, sobretudo no que se refere à dimensão narcísica e ambivalente deste relacionamento. Na depressão, o mundo torna-se pobre e vazio; na melancolia, é o ego que se torna pobre e vazio.

Quando surgiu a expressão sintoma social na depressão, foi muito mais para designar o que se encontra em desacordo com a normatividade social. Em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud¹⁹ utiliza a expressão ‘vantagens secundárias’ para referir-se aos casos em que o sintoma neurótico cumpre a sua função, sempre sobre-determinada – tanto de mecanismo de defesa contra o que foi referido, quanto à de meio substitutivo de satisfação. Em alguns casos, os sintomas podem estar em sintonia com o Eu, até mesmo em harmonia com outras funções egoicas e com o narcisismo do sujeito. Por vezes, esses ganhos são, claramente, adaptativos a depender do que o grupo social exige de seus membros.

É evidente, segundo Kehl², “que todo agrupamento social padece de alguma forma dos efeitos de sua própria inconsciência, embora não se possa dizer que esse inconsciente social seja da mesma ordem do inconsciente individual do sujeito da psicanálise. São inconscientes, em uma sociedade, tanto as passagens de sua história relegadas ao esquecimento, quanto as expressões silenciadas de minorias cujos anseios não encontram meios de se expressar”. O trabalho psicoterápico com os depressivos aponta para a necessidade de permitir ao paciente simbolizar o mal-estar silenciado que se manifesta pela apatia diante da dor de existir, o que significa dizer que, na via que vai do particular ao

coletivo, a depressão são restos não simbolizados da ordem social, restos estes que foram excluídos pelo paciente através de sua vergonha de não conseguir responder às demandas sociais.

Para Colette Soler¹⁸, o sintoma “não é só um modo de dizer, mas, dentro do próprio sofrimento, um modo de gozar, formação erótica substitutiva, modalidade de laço social. A cada civilização correspondem algumas modalidades de gozo capazes de suprir a relação faltante”. A civilização estende a cada um o artifício de suas ciladas de gozo, quer seja pelo consumo, acúmulo, olhar onipresente, voz por toda a parte. “Mas, à nova abundância, novos males, os excluídos em primeiro lugar que sonham em entrar na roda; e para os excluídos a inanição da insaciável corrida aos pequenos supérfluos, a impotência em aplacar a sede... de Outra coisa.”¹⁸

CONCLUSÕES

Tentamos, nas linhas anteriores, traçar um arcabouço de considerações através do qual procuramos distinguir melancolia, depressão e dor de existir. Chamamos de Melancolia ao que, na CID-10, é considerado Transtorno depressivo recorrente com sintomas psicóticos, e de Depressão ao que é considerado Transtorno depressivo recorrente sem sintomas psicóticos, com ou sem sintomas somáticos. Esta diretiva indica, *a priori*, os cuidados a serem observados quanto ao processo psicoterápico do melancólico e da depressão neurótica.

O principal ponto em comum entre a melancolia e a depressão neurótica é a perda e/ou ameaça de perda do objeto amado, enquanto a principal diferença se refere à reatividade do humor. Na melancolia, os pacientes não reagem aos estímulos positivos que procedem do meio

ambiente, ao contrário, há uma tendência da piora do quadro pelo desenvolvimento ou agravamento subsequente de ideias de culpa e de ruína. A convicção que se abate é de tal ordem que revela o furo simbólico por onde surgem as ideias delirantes.

Na melancolia, o trabalho psicoterápico deve, necessariamente, levar em consideração o que chamamos de furo no simbólico, há um significativo ideal que cumpre a função de suplência na desorganização do Eu e é, justamente, esse abalo, o abalo desta suplência, que provoca o desencadeamento da melancolia. É um trabalho de dar continência às repercussões delirantes deste furo no simbólico, de permitir o surgimento do que, com Lacan²⁰, chamaríamos de bengalas imaginárias que permitam ao sujeito conviver com este furo no simbólico. O terapeuta deve estar preparado para a difícil tarefa de lidar com as atitudes agressivas – de desafio e não colaboração –, por parte do paciente, que estão a serviço de suas ideias pessimistas que ele deseja confirmar através do fracasso do tratamento.

O processo psicoterápico com o melancólico, além de ter que contar com outras instâncias terapêuticas da psiquiatria – a saber; farmacoterapia e até mesmo eletroconvulsoterapia – implica a necessidade de se cuidar das redes sociais e familiares que sustentam esse sujeito. A família do melancólico sofre com o seu autismo psicótico, como sofre, também, com os incompreensíveis fatores de desencadeamento da melancolia. É necessário ensinar um apoio para a família destes pacientes, os cuidadores dos melancólicos, além de sofrerem com sua melancolia, se exasperam com a não reatividade do paciente. Muitos destes familiares se dizem, frequentemente de forma agressiva e sobrecarregada de frustrações, que se sentem exauridos quanto às suas energias, como se estas tivessem sido sugadas pelo paciente.

Na depressão neurótica, o que se encontra é uma perturbação vinculada ao Eu ideal. A perda se dá no nível do ideal do Eu que, conseqüentemente, provocará um abalo narcísico na imagem do Eu. Um desencontro entre o sujeito e o bem ditado pela cultura que se mostra inconsistente e sem sustentação. Na modernidade, essa busca tem se tornado solitária, os sujeitos são submetidos a um enfrentamento sintomático, ou criativo, com os desígnios do Outro. A efusividade imaginária, que somos capazes de reparar nas queixas dos deprimidos, está vinculada ao conceito de depressividade introduzido por Fédida²¹, que traduz certa marca da experiência humana, a negatividade.

Na depressão neurótica, o paciente reage, ainda que temporariamente, aos estímulos externos positivos. Em muitos casos, a representação simbólica deste movimento se manifesta pelo aumento do apetite e ganho de peso, que se revelam uma tentativa dramática de compensarem a perda dos objetos amados. A fome de amor parece não se extinguir. Aos períodos de melhora pela reação aos estímulos, são seguidos por outros de piora e recaída. O paciente parece submisso e obediente, mas ao mesmo tempo dependente e infantilizado. Ele deixa de se autodeterminar, esperando que o terapeuta haja como uma mãe substituta em tempo integral, sempre presente para mitigar o seu desamparo, sua fome e orientar seus passos. O depressivo, embora pareça conformado com sua castração, não reconhece o seu valor como motor e causa do seu desejo. A chantagem afetiva, tão característica da depressão neurótica, nada mais nos parece ser que o registro de sua insuficiência em se colocar diante do Outro. O transtorno neurótico é mais do que um distúrbio reativo. Ele se mostra como a expressão simbólica de um conflito intrapsíquico causado por vivências traumatizantes, pelas frustrações afeti-

vas, pelo medo do abandono, pelas experiências dolorosas de perda e de falta e pelo individualismo exacerbado que se verifica na sociedade moderna. Resta-nos encontrar com o que se articula a frustração, a atitude agressiva, a culpa, o sentimento de insuficiência; de modo que permita ao sujeito encontrar a causa, ou as causas, da sua dor de existir.

Esforços que envolvam contribuições de ambas as áreas, psicanalítica e psiquiátrica, são necessários para ampliar a eficácia do tratamento do transtorno depressivo, que tem se tornado uma grande preocupação de saúde pública em virtude de sua prevalência, morbidade e mortalidade. Evocamos, no começo do texto, duas formas poéticas utilizadas por Hipócrates e Lacan para falarmos tanto da ação da medicina quanto da psicoterapia. Recorro, mais uma vez, a uma fórmula poética para ressaltar que um dos principais objetivos do processo psicoterápico é que o sujeito se torne responsável pelo gozo que seu sintoma provoca. “No meio do caminho havia uma pedra. Havia uma pedra no meio do caminho...” Pediria permissão ao poeta para acrescentar mais dois versos: “...Só há pedras no meio do caminho, porque estamos no caminho, se não não haveria nem pedra, nem caminho.”

REFERÊNCIAS

- 1.Lacan J. Encore. Le Séminaire. Livre XX. Paris: Éditions du Seuil; 1975. 133p.
- 2.Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009. 298p.
- 3.Ehrenberg A. La fadigue d'être soi: dépression et société. Paris: Odile Jacob; 1998. 316p.
- 4.Organização Mundial de Saúde. Relatório 2000. In: Martines, C. Uma indústria do bem-estar. Valor Econômico, São Paulo; 07 Dec. 2007. [acesso em 2011 Fev. 23]. Disponível em: www.valor.com.br/valoreconomico/285/euefimdesemana/cultura/Uma+++industria+do+bem-estar,,47,4675964.html?highlight=&newsid=4675964&areaid=47&editionid=1902.
- 5.Baptista M. Melancolia: uma história dos clássicos a Freud. Jornadas do Movimento Freudiano. Rio de Janeiro; 1997. (inédito)
- 6.Hesíodo. Teogonia: a origem dos deuses [Estudo e Tradução de Torrano, JAA]. São Paulo: Iluminuras; 1992. 168p.
- 7.Pessotti I. A loucura e as épocas. São Paulo: Editora 34; 1995. 208p.
- 8.Aristóteles. Metafísica. Madri: Gredos; 1990. 364p.
- 9.Pinel P. (1800-1801). Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2007. 271p.
- 10.Griesinger W. (1865). Traité de Maladie Mentale-Pathologie et Thérapeutique. Paris: Adrien Delahaye; 1988. 558p.
- 11.Bercherie P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro Zahar; 1989. 332p.
- 12.Kraepelin E. (1883). Introduction à la psychiatrie clinique. Paris: Navarin; 1984. 120p.
- 13.Freud S. (1917). La aflicción y la melancolía. In: Obras completas vol. 1. Madri: Editorial Biblioteca Nueva; 1948. p.1061-74.
- 14.Freud S. (1895). Manuscrito G. In: Obras completas vol. 3. Madri: Editorial Biblioteca Nueva; 1968. p.677-83.
- 15.Quinet A(org.). A clínica do sujeito na depressão In: Extravios do desejo: depressão e melancolia. Coleção Bacamarte n. 1. Rio de Janeiro: Marca d'Água; 1999. p.125-40..
- 16.Fédida P. Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta; 2002. 232p.
- 17.Baudrillard J (1974). A Sociedade de consumo. Lisboa: Edições 70; 2010. 216p.
- 18.Soler C. La chose civilisée. In: Adam J, Bousseyroux M, Gorog F et al. (org.). Des Mélancolies. Collections cliniques. Paris: Éditions du Champ lacanien; 2001. p.41-5.
- 19.Freud S. (1926). Inhibicion, sintoma y angustia. In: Obras completas. vol. 1. Madri: Editorial Biblioteca Nueva; 1948. p.1213-53.
- 20.Lacan J. D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In: Écrits. Paris: Éditions du Seuil; 1966. p.531-83.
- 21.Fédida P. O vazio da metáfora e o tempo do intervalo. In: Fédida, P. Depressão. São Paulo: Escuta; 1999. p.71-122.

ABSTRACT

This paper's aim was the study of affective changes considering the Freudian metapsychology to analyze current manifestations of melancholia and neurotic depression, as well as to describe the psychodynamic guidelines of current clinical manifestations. It is understood that the symptomatic manifestations of contemporary neurotic depression are much more

the expression of a social symptom in order to designate what is at odds with social normativity. The distinction between melancholy, neurotic depression and pain of existence proves to be important to the psychotherapy work.

KEYWORDS: Depression; Melancholy; Pain exist; Contemporaneity; Social symptom.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

LUIZ AUGUSTO BRITES VILLANO

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ; Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

ABDON L.G. NANHAY

Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro; Médico pela Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ.

AMAURY JOSÉ DA CRUZ JUNIOR

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Médico da Equipe do Proexa/ UERJ; Médico Perito Judicial; Médico do Trabalho.

ANDRÉ LUIZ CARVALHO NETTO

Médico psiquiatra, com Residência na especialidade no HUPE/ UERJ.

EMYLUCY M P PARADELA

Professora visitante do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; Mestre e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Especialista em Geriatria pela Associação Médica Brasileira.

GABRIELA SERFATY

Médica Residente de Psiquiatria do HUPE/ UERJ.

LILIAN OLIVEIRA E CRUZ DE ARAGÃO

Psicóloga do HUPE/ UERJ.

MARCOS C.F. BAPTISTA

Médico psiquiatra e psicanalista. Professor colaborador e Coordenador do Setor de Psicoterapia e Psicanálise da UDA de Psiquiatria/ FCM/ UERJ.

OSVALDO LUIZ SAIDE

Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoolologia (UERJ).

SHEILA ABRAMOVITCH

Professora adjunta de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

SILVANA A.T. FERREIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora da disciplina de Psiquiatria do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Medicina da UERJ.

THAÍS SIMÕES

Médica psiquiatra, com Curso de Especialização na especialidade na FCM/ UERJ.