

A DIMENSÃO PSÍQUICA DA DEPRESSÃO: UMA LEITURA PSICANALÍTICA

Joseana Pereira Carvalho
Moisés Fernandes Lemos

(Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão – UFG/CAC)

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo compreender a dimensão psíquica da depressão a partir de uma leitura psicanalítica, em vista de suas contribuições para a clínica da depressão. A pesquisa realizada caracterizou-se como um estudo de caso, tendo sido escolhidos para análise dois casos de pacientes atendidos no CEAPSI (Centro de Estudos Aplicados em Psicologia), durante o ano de 2013. O material trabalhado consistiu da análise relatos das participantes colhidos durante as sessões. A partir do suporte teórico, que viabilizou a interlocução com a prática clínica, foi possível perceber que a clínica de base psicanalítica, por meio da sua técnica, contribui para que o ser humano deprimido desenvolva condições e estratégias de implicação na própria vida e, desse modo, se coloca na contramão da medicação excessiva e indiscriminada que tira o sujeito do sintoma, mas não possibilita que atinja suas questões.

Palavras-chave: clínica; depressão; melancolia; psicanálise; psicologia.

Abstract

The Psychic Dimension Depression: A Psychoanalytic Lecture

This study aims to understand depression psychic dimension from a psychoanalytic view, aiming contributions to Clinique depression. For this purpose it was researched in the literature as Freud, and some conceive depression. Possession of some peculiar characteristics depression and melancholy settled the analysis of two cases of patients seen at CEAPSI (Centre for Applied Studies in Psychology). From the theoretical support for an enhanced dialogue with clinical practice was observed that the clinical psychoanalytic base, through his technique, helps the depressed human being conditions and strategies develop to lead with their own life and thus is placed opposite to the excessive and indiscriminate medication that takes the symptom, but does not make them reach their questions.

Keywords: clinical, depression, melancholy, psychoanalysis, psychology.

Introdução

A temática da depressão está inserida entre os assuntos recorrentes da

atualidade. Muitos profissionais e, até mesmo pessoas comuns, sem nenhum conhecimento teórico ou técnico, facilmente arriscam diagnósticos de

depressão. Diante disso, percebe-se que existe na atualidade uma espécie de generalização dos quadros de depressão.

O olhar sobre este fenômeno, com tais desdobramentos faz suscitar diversas interpelações: o que é a depressão? As pessoas realmente estão deprimidas? O que está favorecendo a generalização destes sintomas? Quais as razões pelas quais tantas pessoas se dizem depressivas, se sentem depressivas, são diagnosticadas como depressivas? Por que as pessoas se deprimem numa sociedade que expurga a dor, o sofrimento, a tristeza? Qual a função da depressão nesse mundo veloz? Essas e outras questões nos colocam numa postura investigativa e nos impulsionam a entender o que este fenômeno está sinalizando, ainda que não tenhamos condições, nem pretensão, de responder a toda elas no presente estudo.

Chama ainda a atenção o fato de que muitas pessoas, que parecem ter tudo para “estar felizes”, “realizadas”, se encontram num emaranhado de tristezas e dor que mal conseguem administrar suas vidas, seus compromissos. Tais pessoas estão dando voz a um grito silencioso para os quais os ouvidos talvez não estejam em condições de ouvir e isso as faz “optar”

pelo caminho mais fácil, mais rápido, menos desgastante, o caminho dos fármacos em suas diversas modalidades. No entanto, percebe-se que tais respostas a esses gritos não são suficientes, pois os efeitos medicamentosos parecem evidenciar outras dimensões desses silenciosos gritos: apatia, inércia, impossibilidade de implicar-se nas coisas da vida, vulnerabilidade diante do sofrimento, entre outros desdobramentos de dor e sofrimento.

Freud participava do debate com Bleuler e Kraepelin na primeira metade do século XX, para definir o perfil da clínica a eles contemporânea no qual entra em foco a demência precoce, nominada por Bleuler de esquizofrenia que Freud denominou parafrenia, no entanto, o debate estava longe de ficar apenas na periferia do nome, pois os nomes escondem conceitos que apontam para diferentes visões da clínica e do funcionamento do psiquismo. O mesmo pode se verificar no que se discute atualmente sob o rótulo depressão, a mesma questão se apresenta no subterrâneo da polêmica e, portanto, reduzi-la a um problema terminológico seria não ver o que se passa. (Coser, 2003). Uma reflexão que ultrapasse os aspectos limitados e

limitadores da sintomatologia se faz necessário para que se compreenda com mais propriedade este fenômeno que desponta.

Holmes (2005, p. 19) aponta que a compreensão da depressão, a partir das abordagens psicológicas concentra-se “na culpa, na raiva contida, na autoestima baixa, na desesperança, na incapacidade de ver um futuro e na visão através de lentes escuras que tipificam a concepção depressiva do mundo”. As teorias sociais da depressão enfatizam a perda como fator desencadeante crucial da depressão. Outras abordagens como a bioquímica, a cognitiva e a psicanálise a classificam como posição intrapsíquica, alguns métodos psicanalíticos, perspectivas sociais e teorias do apego a caracterizam como elemento interpessoal.

Na contemporaneidade há uma negação da vida psíquica que ilusoriamente introduz outro psiquismo, o contemporâneo, que é ignorante de si, controlável, voltado para a ação e para o mundo externo e por isso mostra a face depressiva da vida contemporânea. Nesse sentido, a depressão vem proteger a civilização dos seus mal-estares, contradizendo o que se pensa geralmente, que as transformações é que geram a depressão. Frente a ameaça e

desestruturação da vida psíquica, a depressão é como um recurso, uma defesa generalizada, capaz de regular a construção da vida psíquica. (Delouya, 2002).

O referido autor diz que não encontra muito sentido enquadrar a depressão num quadro clínico, haja vista que a depressão, tal como a febre nas doenças físicas, se manifesta de diversos modos em todos os quadros clínicos. Diante dessa premissa pode se começar a entender que falar sobre depressão não constitui falar homoganeamente de uma categoria, de uma patologia, de um constructo, pois esta não é vista, nem compreendida apenas como uma doença ou uma patologia analítica, mas também como um fenômeno, um estado.

Para ele, o que se sabe da vivência depressiva, seja como afeto, estado ou quadro, resulta em, ou é consequência de uma perda de contato com a realidade psíquica, ou retraimento. Nesse processo, o espaço interno é espremido de tal forma, que o sujeito ignora sua existência, pois vivencia uma ameaça que coloca no limite a experiência do que se denomina representação psíquica, compreendida por ele como

[...] o protótipo de tudo o que no psiquismo, coloca em relevo o *locus*, o sítio em um espaço: cena, identificação, transferência, investimento, conflito, matriz edípica, narcisismo, instâncias, linguagem, seio, self, e a noção de aparelho, entre outros conceitos. (Delouya, 2002, p. 20)

Nessa perspectiva, a depressão é proveniente da consciência de ser separado da mãe ou da percepção progressiva da perda desta, ocorrida na esteira do nascimento do sujeito psíquico, do Eu e o conseqüente reinvestimento de si. A disponibilidade da mãe (objeto) nesses primeiros momentos da vida da criança, bem como o desenvolvimento do trabalho de luto é determinante, segundo Delouya (2002) para a superação e ou vulnerabilidade do estado depressivo, haja vista que o afeto depressivo está situado nesse ponto central de transição que é também constituinte do psiquismo.

Nem a psiquiatria nem a psicanálise fazem uma diferenciação específica entre depressão e melancolia, pois as concebem como parte do mesmo campo semântico e as veem como sinônimas. Os manuais de psiquiatria DSM-V e CID-10 evidenciam tal concepção, pois nesses, o transtorno bipolar é denominado maníaco-

depressivo e a melancolia é dissolvida na depressão principalmente a partir dos anos 1980 (Berlinck & Fédida, 2000).

Em se tratando da diferenciação entre depressão e melancolia a psicopatologia psicanalítica dá uma importante contribuição, quando concebe a depressão como formas menos graves de quadros neuróticos que se apresentam em manifestações episódicas também podendo ser relacionadas aos quadros evolutivos do desenvolvimento humano. Além desse aspecto, a psicopatologia psicanalítica não pretende encerrar sua investigação sobre o sofrimento psíquico no ato de identificar uma categoria nosológica, mas ao contrário, de posse de uma identificação nosológica, inicia um processo de busca da compreensão dos aspectos que levaram a tal identificação. (Cavalcante & Lage, 2007).

Holmes (2005) diz que a depressão é produto tanto da influência da indústria farmacêutica, quando determina o modo de encarar a vida emocional, mas também da medicina psicológica. Com isso pode-se entender a depressão como um fenômeno construído a partir das relações psicossociais. Esse mesmo autor diz ainda que do ponto de vista etnográfico, a ideia de depressão como fenômeno

puramente psicológico é atípica. O que significa dizer que a depressão está muito vinculada aos os modos de produção de vivências.

Hipócrates, quatro séculos antes de Cristo, já usava o termo melancolia na sua teoria dos quatro humores que dominou o século XVII. Essa se refere ao humor, ou seja, estado de ânimo que provém dos fluídos da bile negra (Delouya, 2000). Melancolia foi definida por Freud, a partir de 1923, como neurose narcísica e teve maior repercussão na psicanálise pós-freudiana.

No século XVIII aparece o termo depressão que é equiparado ao termo melancolia, porém se estende para um estado geral da mente. A ampliação do termo depressão se dá no século XIX com as proposições de Wilhelm e Kraepelin. A psiquiatria moderna consolidou as expectativas de Mayer em exilar o termo melancolia, fundindo-o às patologias de depressão, quando colocou nos seus manuais as depressões sob nomes contemporâneos de doenças afetivas ou distúrbios de humor (Delouya, 2000).

Kehl (2009) salienta que a teoria freudiana da melancolia promoveu duas rupturas simultâneas: no plano clínico, trouxe a melancolia do campo da medicina psiquiátrica, para a clínica

psicanalítica, no plano da história das ideias afastou definitivamente a melancolia, no início do século XX, das representações predominantes sublimes que era atribuída às pessoas de caráter melancólico desde a antiguidade grega.

No século XX, segundo Peres (2010), estabelecem-se duas linhas interpretativas sobre depressão a partir dos pensamentos de Sigmund Freud e Pierre Janet. A perspectiva de Freud dá ênfase à ideia de conflito, mas também aponta para o caráter estruturante da depressão. A perspectiva, de Janet, aponta para a noção de insuficiência, deficiência inata. A primeira abre caminhos para a intervenção psicanalítica e psicoterapêutica, a segunda fortalece a visão psiquiátrica do *déficit* orgânico e biológico. Essa dupla linha de interpretação também se coaduna em dois grandes grupos, um liderado pelos psicanalistas e psiquiatras de orientação psicanalíticas e outro composto pelos psiquiatras de tradição kraepeliana que procuram enfatizar mais a sintomatologia do que as causas etiológicas, lançando mão de modelos padronizados, descrição de síndromes e sintomas.

Perspectiva Psicanalítica da Depressão

Quando se fala em depressão, mesmo no campo psicanalítico, há uma disparidade de pontuações e compreensões que se justapõem. Coser (2003) diz que essas compreensões se dão em duas direções: numa toma-se a queixa como evidenciando uma depressão, a segunda nivela o campo da depressão ao da melancolia. Nenhuma das duas posturas, no entanto, é satisfatória. Reconhecer a depressão como um quadro nosológico pode ter como desdobramento a psiquiatrização da queixa ou psicologização da clínica. A importância de um diagnóstico na atualidade quase sempre está atrelada à possibilidade da prescrição de antidepressivos, já que quem procura a análise espera o alívio do seu sofrimento. Porém em algumas situações são prescritos também um tratamento psicoterápico conforme os casos aqui enfatizados.

No entanto falar de depressão, em psicanálise, implica necessariamente falar de melancolia, haja vista que Freud quase não fala de depressão, mas de melancolia. Na obra *Luto e Melancolia* (1917/1996) Freud, estabelece diferenças entre estas duas categorias. O luto é uma reação diante da perda de um ente querido, da liberdade etc. E, embora manifestando

características de afastamento social, sendo consideradas graves diante do que pode ser considerado como funcionamento normal, não se pode conceber o luto como algo patológico. Nota-se, no entanto, que em algumas pessoas essas perdas produzem melancolia ao invés de luto, o que leva a concluir que tais indivíduos tenham alguma disposição patológica. A melancolia é caracterizada por quadros de desânimo, perda de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição a toda e qualquer atividade, diminuição dos sentimentos de autoestima, autorrecriminação e autoenvilecimento. Ressalte-se que no luto esses sintomas estão presentes com exceção da perturbação da autoestima.

Freud estabelece uma diferença entre estas categorias, quando diz que a melancolia está relacionada à perda objetal retirada da consciência, não se pode ver concretamente o que absolve o indivíduo e o ego fica totalmente empobrecido, no luto a perda é real e consciente. E ainda, enquanto no luto, quem se torna vazio é o mundo, na melancolia o ego é quem se torna vazio. Isso se reflete no quadro clínico da melancolia, em que a preocupação com o ego se constitui a característica mais marcante. (Freud, 1917/1996).

Holmes (2005) enfatiza que na origem da depressão, conforme Freud, está uma relação ambivalente com o objeto perdido, que provavelmente seja proveniente do dilema edipiano não resolvido, no qual a criança tanto ama, quanto odeia a mãe que ela considera tê-la abandonado. Esta ambivalência está presente no processo normal de luto, no qual o ego idealiza e incorpora o objeto, no dizer de Freud (1917/1996, p.281), “a sombra do objeto caiu sobre o ego”. Na identificação narcísica com o objeto ele se torna um substituto da catexia erótica e mesmo no conflito com a pessoa amada, não precisa renunciar à relação amorosa.

É importante perceber as diferenças entre depressão e melancolia, pois embora em muitas situações e ocasiões elas sejam entendidas como sinônimas, não o são. Nem se pode pensar também que a melancolia seja uma forma de depressão mais grave. Kehl (2009) diz que embora com muitas coincidências sintomáticas, a depressão é muito diferente da melancolia, em psicanálise não existe identidade entre elas.

No *Dicionário de Psicanálise* (Roudinesco & Ploon, 1998) a depressão não aparece como um conceito ou categoria própria, o que aparece é a melancolia que é definida

como uma forma de loucura caracterizada pelo humor sombrio, tristeza profunda, estado depressivo - capaz de conduzir ao suicídio - e por manifestação de medo e desânimo que adquirem ou não o aspecto de um delírio. Nesse dicionário os autores não apresentam a categoria depressão, mas falam de dois termos criados por M. Klein quais sejam posição depressiva e posição esquizo-paranóide. No primeiro Klein faz uma comparação entre o quadro clínico da depressão e o desenvolvimento normal da criança, diante da constatação da perda da mãe, objeto bom. O segundo refere-se ao desenvolvimento psicótico diante da perda desse objeto em que o ego se encontra fragmentado em busca de um objeto gratificador.

Para Klein a posição depressiva é a parte do desenvolvimento humano, na qual o bebê reconhece um objeto total e se relaciona com ele, não mais se relaciona com partes desse objeto: seio, mãos, faces, como objetos separados. Reconhecer a mãe como objeto total, que às vezes pode ser boa ou má, presente ou ausente, amada ou odiada, significa descobrir seu desamparo, sua completa dependência dela e seus ciúmes de outras pessoas. Desse modo, à medida que o objeto é total o ego também é total, o que faz compreender

que a integração do ego e objeto é simultânea (Klein, *citada por*, Segal, 1975).

Coser (2003) diz que Melanie Klein faz um elogio à depressão não apenas por estabelecer a posição depressiva como momento normal e necessário para a estruturação do psiquismo, mas também porque segundo ela esse momento se repetiria a cada cura psicanalítica, afirmando que a posição depressiva é o que se alcança num final de análise. Desse modo, Klein, inscreve a posição depressiva num ideal de felicidade.

Para Vidal e Lowenkron (2008), Winnicott retira a experiência depressiva do âmbito da patologia, pois para ele existe a depressão como transtorno psiquiátrico e a depressão como um sentimento universal de tristeza. Nessa perspectiva existe uma experiência de depressão inerente ao processo de desenvolvimento emocional e primitivo que se daria no período de dependência relativa por meio do qual se estabeleceriam os inícios do sentimento subjetivo de ser, o self. O período anterior é o da fusão com a mãe, o bebê está fusionado na mãe-ambiente. A partir da experiência de depressão, inicia-se o processo emocional que lhe permite separar o self

do ambiente, tal desfusão é paralelo ao do estabelecimento do self e está na origem dos processos de luto. Caso não haja integração dessa experiência, a depressão se apresenta como potencialmente destrutiva da capacidade de perceber e de se preocupar com o outro.

A separação entre a criança e o outro materno no princípio de constituição do sujeito resulta na perda de um objeto ao qual é impossível ser encontrado. Tal objeto perdido passa a funcionar como a causa do desejo. Portanto, para o melancólico freudiano o objeto perdido é por natureza inconsciente, pois se refere aos laços mais íntimos e precoces da vida familiar. (Kehl, 2009).

A referida autora diz ainda que as transformações contemporâneas interferem diretamente sobre a constituição dos sujeitos e refletem seu efeito sintomático no aumento dos casos de depressão. Diante dessa premissa, sinaliza que a multiplicidade dos discursos de saberes e de valores que constituem a modernidade dá lugar a um discurso único, fundamentado nas razões mercantis que operam com mais eficácia que a dominação da Idade Média, pois se impõe pela sedução e não pela interdição.

Delouya (2002) diz que Abraham foi o primeiro a fornecer subsídios para a hipótese de que a angústia e a depressão carregam dentro de si, sob diferentes aspectos, os vestígios do desamparo infantil associado ao traumatismo e ao trauma de nascimento, fazendo uma analogia entre o medo e a angústia e o luto e a depressão. Na perspectiva desse autor, angústia e depressão respondem a uma desgraça, porém em posições diferentes em relação ao tempo, teme-se uma desgraça e faz-se luto por uma desgraça já ocorrida, respectivamente.

Abraham (1970) aponta que o sentimento de depressão, como o da ansiedade, é amplamente difundido em todas as formas de neurose e psicose. Para ele a ansiedade e a depressão estão tão imbricadas quanto o medo e o pesar. E exemplifica: um neurótico entrará em ansiedade quando seu instinto esforça por obter uma satisfação que a repressão o impede de atingir, enquanto a depressão se estabelece quando ele tem de abandonar o seu objeto sexual sem haver obtido satisfação.

Enquanto a depressão está vinculada ao evento traumático da perda, a angústia se vincula à reação defensiva a este mesmo evento. Ambas, angústia e depressão, abrigam dentro de si os rastros do desamparo infantil, a

partir de aspectos diferentes, como já dito. Se o desamparo é o estado protótipo da depressão, a angústia é o ruído, ou seja, uma reação ao desamparo criado pelo referido corte de origem sendo que a depressão se relaciona com o lado inverso, negativo, ou seja, a passividade e o próprio desamparo. (Delouya, 2002)

Por ser a depressão um assunto da ordem do dia, percebe que ela é vista, concebida, conceituada, diagnosticada a partir de uma diversidade de compreensões teóricas. Essa pesquisa tem como objeto a dimensão psíquica da depressão numa perspectiva psicanalítica. Portanto, a questão que se impõe, mobiliza e norteia tal estudo é o desejo de compreender como a dimensão psíquica da depressão é concebida pela psicanálise.

Seu objetivo geral é compreender a dimensão psíquica da depressão a partir de uma leitura psicanalítica, em vista de contribuições para a clínica psicanalítica da depressão. Para esta finalidade a pesquisa tem como objetivos específicos: pesquisar na literatura especializada como Freud, alguns discípulos e neopsicanalistas, concebem a depressão; levantar peculiaridades da clínica psicanalítica da depressão; e, entender como a

depressão se torna um fenômeno ascendente na contemporaneidade a partir das histórias de vida de pacientes (diagnosticados ou não) com depressão realizados em estágios de orientação psicanalítica.

Metodologia

Para o desenvolvimento desta pesquisa, a metodologia utilizada foi o estudo de caso, metodologia esta que possibilita uma interface entre os aspectos teórico-práticos em algumas áreas do conhecimento, entre elas a psicologia.

Triviños (2009) compreende o estudo de caso como uma categoria de pesquisa na qual o objeto é a unidade que se analisa de modo aprofundado. Por esta razão, considera que o estudo de caso seja um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa.

Um estudo de caso é, segundo Yin (2005), uma investigação empírica que permite perceber um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto e da vida real quando há uma indefinição clara entre o fenômeno e o contexto. Portanto, os estudos de caso, assim como os experimentos, podem ser generalizáveis apenas a proposições

teóricas e não a populações ou universos.

Quando se fala em estudo de caso não se trata de um modelo homogêneo e unificado. Existem no mínimo cinco aplicações diferentes de estudo de caso: explicar, descrever, ilustrar, explorar e meta-avaliação. Por ser uma estratégia de pesquisa, o estudo de caso representa uma maneira de investigar um tópico empírico, seguindo-se um conjunto de procedimentos pré-especificados. (Yin, 2005).

Em psicanálise, o estudo de caso proporciona a constante interação entre teoria, técnica e prática psicoterápica e, deste modo, efetiva a atualização da psicanálise no contexto histórico no qual se inscreve bem como em relação aos modos de subjetivação de uma sociedade. É importante ressaltar que desde o seu início, os estudos de caso na psicanálise, de matriz freudiana, tiveram lugar de relevância, funcionando como uma espécie de tribunal que julgam se os conceitos dão conta do sofrimento, se a técnica é suficiente para manejar o que se apresenta ao psicanalista e, sobretudo, se a psicoterapia psicanalítica é capaz de diminuir o sofrimento psíquico e transformar a

subjetividade enferma. (Hilário, Piovesan & Do Lago, 2010).

O caso em psicanálise é o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e deste modo, respaldar um avanço teórico, ou seja, é sempre um texto para ser lido e discutido. Portanto, o estudo de caso não será a reprodução fiel do caso, pois a reconstrução que se fará do caso, se transformará numa história fictícia, para exercer sua função didática. (Násio, 2001).

Trabalhou-se, no presente estudo, com dois casos de pacientes atendidos no Centro de Estudos Aplicados em Psicologia – CEAPSI – escolhidos intencionalmente, por serem considerados análogos e significativamente representativos do fenômeno pesquisado (Severino, 2007). Nesse sentido, os casos foram escolhidos por apresentarem características com a perspectiva do fenômeno em evidência. Essas unidades de análises possibilitam visualizar como a psicanálise se propõe compreender a depressão e desse modo evidenciar como se efetiva a prática clínica da depressão na clínica de orientação psicanalítica.

O caso 1 – Ana - está em psicoterapia há 15 meses e o caso 2 –

Bia – está há 9 meses em psicoterapia. Os dados da apresentação das unidades-caso são fragmentos dos relatos de sessão, construídos pela psicoterapeuta, após o atendimento com as respectivas pacientes. As sessões aconteceram semanalmente, porém em alguns momentos do processo aconteceram duas vezes por semana, por necessidade da paciente, principalmente no que se refere ao caso 1.

Quando do início do tratamento na clínica-escola os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando o uso do material clínico para fins acadêmicos, conforme determina a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Não obstante, no decorrer do processo as participantes foram convidadas a participar do presente estudo, tendo recebido esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, sua liberdade para participar ou não e a autonomia para desistir da participação sem prejuízos juntos à instituição pública e aos serviços prestados.

Para a apresentação dos casos na pesquisa foram tomados os cuidados éticos necessários para não expor as referidas pacientes, quais sejam: a descaracterização dos dados de identificação, a utilização de nomes

fictícios para as análises entre outros cuidados que garantissem o adequado manuseio das informações das pacientes.

Resultados e Discussão

Os dois casos escolhidos para análise da depressão neste estudo, são casos atendidos pela pesquisadora no CEAPSI. O caso 1 é de uma paciente que chega a clínica medicada e com diagnóstico de depressão, o caso 2 é de uma paciente que chega a clínica sem um diagnóstico de depressão, pois evita consultar com um psiquiatra, no entanto, se diz depressiva e apresenta oscilações de humor muito significativas.

Num primeiro momento foram descritas as unidades-caso, apresentando características bem gerais dos respectivos casos e num segundo momento procedeu-se à leitura dos casos descritos à luz da psicanálise, tentando entendê-los por esse viés.

Apresentação das unidades-caso

Caso 1

Paciente: Ana

Número de sessões: 44 (15 meses em psicoterapia)

Motivo da procura: Dificuldade com curso diante das sucessivas reprovações e indicação do psiquiatra.

Ana é estudante de música da universidade Federal do Cerrado. Tem 23 anos e procurou a clínica psicológica por orientação do psiquiatra. Há dois anos frequenta o psiquiatra e faz uso de medicação para TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e Depressão. Mora em Catalão com o irmão mais novo, os pais moram na fazenda, para onde vai aos finais de semana. É a primogênita e tem dois irmãos. Com o mais velho tem uma relação conflituosa, sente-se injustiçada porque o pai, segundo ela, trata o irmão com predileção.

Nasceu quando sua mãe tinha 15 anos. Os avós paternos e o pai queriam que a mãe a abortasse, mas a mãe se negou a fazê-lo. Quando criança diz ter sofrido o que hoje se chama *bulliyng*, por ser da fazenda, era chamada de sem educação. Sofria calada. Hoje se considera realmente sem educação, pois não fica calada.

Na primeira metade do processo, Ana vive um relacionamento conturbado com o namorado, com quem teve a primeira relação sexual e pela qual se sente culpada principalmente porque omite esse fato dos pais que,

segundo ela, não aceitariam por serem muito rígidos. Teme que o namorado termine o namoro. As relações sexuais, atualmente, não são prazerosas, ela as permite para que o namorado a deixe em paz e também para que não procure outra. Algumas vezes sente-se violentada, “(...) sinto-me apenas um corpo que faz sexo”. O que sustenta a relação, da parte dela, é o medo de ficar sozinha, pelo fato de não ser mais virgem; da parte dele, ela imagina que seja pena dela.

Odeia o curso que está fazendo, teve uma sucessão de reprovações e não consegue se projetar para o futuro. Às vezes sente que matou a parte boa dela. Olha para si e não se reconhece, sente-se estranha. Acredita que se não estivesse medicada, não suportaria viver. Considera-se solitária, principalmente para assuntos da sua intimidade.

Fala do seu descontentamento consigo mesma: “[...] estava olhando as meninas da psicologia, da enfermagem... Umás meninas tão lindas, tão perfeitas, bunda, seios, nariz, nenhuma cicatriz de acne. Aí olho para mim e penso: nossa como pode, eu sou tão feia, nada em mim está bem. [...] Ninguém se interessa por mim, não tenho beleza que atrai as pessoas”.

Narra não gostar de comemorações principalmente do aniversário, sente-se como se estivesse velando-se, “não queria ter nascido, gostaria de celebrar a minha morte, acho que seria mais feliz [...] a morte seria um alívio, a solução de todo o meu sofrimento [...] Tenho muita raiva da minha mãe por ela ter permitido que eu nascesse. Quando estou atacada de tristeza, fico muito nervosa, xingo muito, bato as portas. Não sou de quebrar as coisas, mas quero agredir a mim mesma”. Já tentou suicídio e continua com esta ideiação.

No segundo momento da psicoterapia, Ana terminou com o namorado, conseguiu estágio remunerado numa empresa e iniciou o namoro com outro rapaz com o qual se sente muito bem. Teme que ele não a suporte como ela realmente é.

Tem perspectiva de futuro, começa a descobrir-se como pessoa, sente-se valorizada e acolhida pelo atual namorado, que é gentil e boa companhia. Apresenta-se com o humor muito oscilante, dentro da mesma semana. Vive a dúvida se fez a coisa certa em terminar com o ex-namorado, pois na sua fantasia ele seria o seu marido, já que prometera a si que só teria um homem na vida. Continua vivendo crises de culpa e medo quando

se relaciona sexualmente como o namorado.

Caso 2

Paciente: Bia

Número de sessões: 33 (nove meses em psicoterapia)

Motivo da procura: Desânimo e desejo de desistir do curso, mas não o faz por não saber o que realmente quer, não tem interesse por nada, não tem foco.

Bia é estudante de dança na Universidade Federal do Cerrado. É a segunda de quatro irmãs. Entrou em crise quando reprovou em três matérias e veio procurar a psicoterapia porque queria abandonar o curso e precisava pensar um modo de falar para os pais. Durante as sessões foi conseguindo permanecer no curso. Mas diz não gostar de nada que o curso oferece, porém não consegue ver algo de que goste. Não se sente motivada “para nada”, e não se vê trabalhando em nada.

A relação dos pais, segundo ela, é conflituosa; pensou que quando elas (filhas) saíssem de casa eles se separariam, isso ainda não aconteceu, mas Bia teme que se concretize. A irmã mais nova, na sua percepção, foi a que mais teve contato com o pai, pois quando elas eram menores ficavam

sempre sob os cuidados da mãe, devido ao pai ser caminhoneiro.

Quando vê o quanto as irmãs estudam Bia sente-se até mal, mas não consegue mover-se para fazer o mesmo. Às vezes faz uma tabela com um programa, mas não adianta, não consegue cumprir. As coisas que ela faz bem é comer e dormir.

Passou no primeiro vestibular que fez, chateou-se por que a irmã mais velha, que veio com ela pra Catalão, e tinha muito desejo de passar para o curso que ela faz, tentou várias vezes e não conseguiu. Tudo o que a irmã consegue é com muita luta e esforço. Para ela as coisas vêm fáceis. Ela conseguiu bolsa remunerada e estágio sem nenhum esforço.

Nas primeiras sessões Bia chora o tempo inteiro, enquanto fala. Sente-se coagida pelo tempo a produzir, mas não consegue: “ainda não fiz os trabalhos que deveria ter feito, fico enrolando, sei o que preciso fazer, mas não consigo sair do lugar. Parece que eu quero me dar mal. Não sei por que ajo dessa maneira. Parece que não me acho merecedora das coisas boas. Fico sempre me boicotando. [...] Sei que não posso ficar aqui neste curso a vida inteira, mas não estou ainda conseguindo reagir”.

Diz ter muita dificuldade nos relacionamentos. Não consegue às vezes cumprimentar alguém que conhece com um simples “oi”, finge que não está vendo e passa, só que quando faz isso se sente fracassada. Gostaria de poder trabalhar sozinha, sem ver ninguém, queria ser invisível, viver e não ser vista.

Nos relacionamentos afetivos diz ser muito racional. Apaixonar-se por alguém é sinal de fracasso, de derrota. O último namorado que teve, terminou porque estava gostando muito dele. E isso pra ela era desesperador. Ela se acha muito fria e fechada, às vezes sofre com isso. É incapaz de uma manifestação de carinho por alguém, pois considera isso um fracasso. “Eu não sei se eu temo fracassar, eu acho que eu temo é me dar bem. Eu tenho medo de ser vitoriosa. Eu sinto uma tristeza grande”.

Ela se vê diferente de todas as pessoas que conhece, pois todo mundo quer crescer de algum modo, mas ela parece querer caminhar pra trás, fazer o movimento contrário. Seus amigos sonham terminar o curso, conseguir um estágio, ser independente..., ela não cultiva essas aspirações. Questiona-se muito o porquê desse jeito de funcionar, mas não consegue nenhuma explicação. “[...] tenho medo de tudo, não sei o que

gosto e nem o que quero. Não quero me prender a nada, sou fria, seca. [...] Na verdade eu não sei como sou. Eu estou ficando desesperada, quando vejo o semestre no fim, o tempo vai passando e eu fico com essa angústia. Acho que agora me resta procurar um psiquiatra ou neurologista pra uma avaliação e receita de alguma medicação pra ver se consigo pelo menos me motivar pra fazer alguma coisa, enquanto me resta tempo. Por enquanto, ainda sei que tenho tempo, mas se continuar assim, logo não terei mais.” [...] “Eu não desejaria fazer uso de medicação, pois acho que isto não resolve meus problemas, mas acho que não tenho escolha neste momento”.

Fala muito da necessidade de interromper as coisas. Sempre faz assim, as coisas estão dando certo e ela simplesmente interrompe: o namoro, quando estava gostando muito do rapaz; o estágio, que tinha tudo pra dar certo negligenciou e foi demitida; o curso que vive na iminência de abandonar. Também expressa o desejo de abandonar a terapia: [...] “faz três semanas que digo pra mim que não venho mais, mas acabo vindo, tenho feito um esforço enorme pra vir. Na verdade a psicoterapia é minha única esperança, só que parece que estou perdendo este fio de esperança.” “Sei

que as coisas aqui não são rápidas, elas demandam tempo, mas parece que não estou suportando”. Acredita que seja o seu lado controlador. Sabe que as coisas vão acabar e prefere se antecipar. “Parece que funciono por círculo. Sempre volto novamente para o mesmo ponto”.

Em algumas poucas sessões apresenta-se motivada e desejosa de concluir suas atividades: “Estou me sentindo correndo atrás das coisas que quero. Eu já tinha desistido, mesmo continuando aqui, mas agora estou nutrindo esperança, sei que posso fazer alguma coisa, que ainda tenho chances, ainda que pequena.” [...] “Pode ser que eu não consiga, mas estou tentando. Parece que há muito tempo eu não me sentia assim”.

Nas últimas sessões tem trazido a experiência de sentir raiva, muita raiva: da mãe, de si, da irmã, com quem tem mais contato. Acha que sempre fez as coisas pensando nos outros e pouco pensou em si e talvez nunca fez o que realmente desejou. Isso tudo a deixa com muita raiva.

Análise e Discussão dos Casos

Os casos aqui analisados e discutidos chamam a atenção

inicialmente por apresentarem-se como uma experiência de sofrimento diante dos ditames da realidade. Ambos trazem à tona a insatisfação diante da pressão frente à necessidade de produção, de rendimento, fato esse, que faz desencadear uma gama de sofrimentos. No seguimento da trilha desses sofrimentos sob a orientação da técnica de base psicanalítica é possível começar a vislumbrar os desdobramentos desse sofrer, que nasce alhures.

Compreender a depressão torna-se um grande desafio quando se vê que Freud não se detém muito no referido fenômeno, no entanto seus seguidores contemporâneos e atuais, tentam de inúmeras maneiras darem suas contribuições a essa temática que foi pouco enfatizada pelo fundador da Psicanálise. Isso nos coloca frente a outra tarefa nada simples, que é perceber a diferença entre melancolia e depressão.

Os casos apresentados nos colocam diante da dificuldade de caracterização, e nos faz questionar: eles evidenciam um quadro de depressão ou um quadro de melancolia? Essa é uma dúvida que elucida a grande questão da depressão na perspectiva psicanalítica, pois essa dúvida coincide com uma das características da

psicanálise que é a de não ter preocupação com uma nosologia e conseqüentemente com um diagnóstico como fim, estes tem sua importância como ponto de partida. No entanto, como se pretende uma análise dos casos, essa diferenciação é indispensável para que seja possibilitado tal objetivo. Berlinck e Fédida (2000) dizem que conceber a depressão como luto talvez seja o caminho mais viável para pensar a melancolia como afecção psíquica específica.

Seria prudente conforme, Berlinck e Fédida (2000), caracterizar a depressão como um estado, se manifestando em qualquer estrutura clínica e não dizer que existe depressão neurótica, perversa e psicótica, mas a depressão seria uma só ocorrendo nas diversas estruturas clínicas.

Um aspecto pertinente, em relação às pacientes dos dois casos, é a questão do uso de antidepressivos e ansiolíticos como promessa de cura e alívio dos sintomas que as afetam tão intensamente. Os fármacos por si mesmos não as ajudam a pensar e nem a digerir suas questões. Ana diz que se não estivesse medicada, sabe que não conseguiria suportar tanta dor. No entanto, questiona se os medicamentos têm alguma eficácia ou se eles

funcionam apenas como um placebo. Cogita que sua relação com os fármacos seja de dependência psíquica, no entanto não tem coragem de ficar sem eles, “me sinto segura quando os tomo, sei que já sou dependente desses remédios, não consigo ficar sem eles, pois sofro demais”. Nas raras tentativas que teve de abandoná-los diz ter tido crises de abstinência. Bia resistiu muito tempo ir ao neurologista ou psiquiatra, mas o fez, no entanto, não consegue ver diferenças, com exceção da memória que sente ter melhorado, pois consegue lembrar os sonhos. Vale nos perguntar se lembrança dos sonhos é consequência dos remédios, ou do processo psicoterápico?

A participante do caso 1 faz uso de medicação antidepressiva a mais de três anos e continua sofrendo crises de culpa, de desânimo, de dor. Seria este um indicador de que se trata de um caso de melancolia? Pois os antidepressivos, como dizem Berlinck e Fédida (2000), são eficientes no tratamento de depressão e não o são no tratamento de melancolia. E, a disseminação do consumo de antidepressivos por pacientes que estão em tratamento psicoterapêutico, possibilita observar a diferença psíquica entre depressão e melancolia, porque eles saem da

depressão, mas permanecem melancólicos.

Conforme Berlinck e Fédida (2000) e com base nesse caso, seria viável caracterizar a depressão como um estado de luto muito primitivo enquanto a melancolia, pode ser caracterizada, como o próprio Freud o fez, como neurose narcísica, em que o conflito intrapsíquico ocorre entre as instâncias do ego e do superego implicando o sujeito na culpa. Esse conflito entre o ego e o superego pode ser visualizado nesse aspecto, pois Ana sofre intensamente por não ser mais virgem, fato esse, que fere a moral religiosa da família que só permite o sexo após o casamento. Bia parece manifestar esse conflito entre ego e superego quando diz, por exemplo, que diante dos amigos e das irmãs é sempre o lado racional. Não bebe, não se excede porque tem sempre que cuidar dos outros.

Na contemporaneidade a “parafernália farmacológica” é um auxílio em situações pontuais de disrupção do sujeito, porém ficar apenas nela, como auxílio para o alívio dos sintomas, não permite ao sujeito acessar os seus aspectos psíquicos. Os fármacos podem funcionar como uma “camisa de força química” que em muito se equiparam aos “antigos”

manicômios, com seus métodos de contenção dos sujeitos, porém com mais sutileza.

O campo da depressão mostra-se, atualmente, como aquele que mais obstáculos cria quanto à viabilização de uma análise, ou de uma psicoterapia de base psicanalítica, pois são muitos os convites e promessas relacionados a soluções terapêuticas de índoles as mais diversas. Essa heterogeneidade de ofertas de soluções para tal sofrimento traz sérias questões para o campo psicanalítico, principalmente na vertente científico-farmacológica (Coser, 2003). Isso pode ser confirmado por meio do caso 2 que após quase seis meses de psicoterapia, frente ao seu sofrimento recorre a um neurologista no afã de resolver suas questões. Isso poderá ter reflexos no processo contratransferencial, pois há certa inapetência para a espera de alívio por meio do processo implementado. Fédida (2009) salienta que os pacientes depressivos revelam uma particularidade, esperam alívio rápido do seu estado de sofrimento, como se tivessem uma doença corpórea; parecem não confiar que a psicanálise possa lhes trazer algo favorável, mas esperam que algo ou alguém os arranque da servidão

que lhes tira a sensação de vida psíquica.

Bia na sua imobilização diante da vida, das tarefas cotidianas, dos relacionamentos, parece agredir o vínculo quando questiona se realmente terá possibilidade de ter algum sucesso no processo psicoterapêutico, chegando dizer “a terapia é minha última esperança, mas parece que não está acontecendo nada”. A maior dificuldade no trabalho com os estados deprimidos, segundo Fédida (2009, p. 177-178) “consiste em criar espaço para a comunicação psíquica e para devolver vida – pouco a pouco e lentamente – a um vivente inanimado”. Com isso o autor justifica que não está querendo dizer que a psicoterapia psicanalítica cura a depressão, mas, está querendo dizer que os estados deprimidos tocam de modo mais próximo o “que a psicanálise mais cuida: restituir a vida psíquica ao sintoma e em primeiro lugar deixar o sonho produzir suas transferências”.

Peres (2010) sinaliza que entre as características do sofrimento depressivo está a completa ou quase completa falta de autoestima, que se presentifica por meio das recriminações. No caso 1, observa-se que Ana expressa essas características de sofrimento em diversas situações, quando afirma, por

exemplo: “sou feia, burra, pobre”, “meu namorado foi corajoso em namorar-me”, “nada dá certo pra mim”, acho que ninguém vai querer casar comigo”, “eu me odeio”, “fico olhando as meninas aqui na faculdade, sem nenhuma celulite, com a pele linda, com o cabelo maravilhoso e me sinto péssima”. No caso 2, nota-se que Bia também tem sua autoestima atingida, não se acha merecedora das coisas boas “eu não sei se temo fracassar, ou me dar bem. Eu tenho medo de ser vitoriosa. Eu sinto uma tristeza grande, uma vontade de ser invisível. Não me acho merecedora das coisas boas”. O interessante dessa manifestação de baixa-estima é que a participante sabe que se quiser pode ir bem na Faculdade, nos estágios mas, simplesmente, se boicota como se não pudesse “crescer”, progredir. Tem um sentimento de estranheza em relação aos colegas, às irmãs, às pessoas que conhece, pois diz não saber do que gosta, não tem projetos, não tem planos futuros como todos a sua volta parecem ter. Bia não consegue implicar-se com nada, com exceção da família, particularmente, com as situações de conflitos entre os pais.

Kehl (2009) sinaliza que o importante saber sobre a dor de viver é perdido no processo de patologização da tristeza, pois na psicanálise, o

sintoma representa uma tentativa de cura para o mal-estar do sujeito tomado em sua singularidade. O sofrimento exposto pelo caso 1 que diz respeito ao seu sintoma, a dor de viver, traz desdobramentos quando esta diz que “sente uma dor na alma”, tem o sentimento de ser a pior pessoa do mundo, por ter sido uma criança má e por ter tido relações sexuais antes do casamento, entre outros. Atitude que a coloca num lugar desconfortável, conforme demonstra a expressão “é como se eu tivesse matado a parte boa de mim”. A paciente apresenta uma dimensão de culpa, mantendo-se fixada na possibilidade de perda advinda da iniciação sexual. Manifesta a culpa como fazendo parte de uma questão de foro íntimo provocada pela auto (condenação) do inconsciente moral, como sinaliza Kehl.

Bia sente-se culpada, por ter todas as condições para estar bem e não conseguir. Sua falta de motivação é compreendida por ela como uma estratégia de auto-boicote. Essa compreensão, porém não a faz implicar-se nas coisas. É como ela mesma diz: “eu sei o que preciso fazer para melhorar, mas não consigo mover um dedo para isso”. Isso a faz ficar mais

angustiado, pois vê que o tempo vai passando e ela continua do mesmo jeito.

A paciente do caso 1 sente muito ódio: do irmão mais velho, dos colegas de sala, de alguns amigos e recentemente do ex-namorado. Outro ódio recorrente é o de si mesma quando criança. Tentou suicídio, e se depara pensando que “quem devia morrer era aquela criança”, referindo-se a uma fantasia de lembrança da infância, quando tinha por volta de 3 ou 4 anos.

Quanto à paciente do caso 2, nas últimas sessões tem trazido o tema da raiva. E pensa que tem raiva porque nunca fez o que realmente desejou, sente muita raiva, principalmente da mãe. Holmes (2005) diz que o deprimido é cheio de ódio e raiva que podem ser compreendidos como a tentativa de punir o mundo e a si mesmo por permitirem que a ligação entre o primeiro objeto parental terminasse e também como uma investida por inveja aos que não se sentem tão aflitos. Estar deprimido é em linhas gerais, conforme este autor, estar privado de alimento e perder o objeto de amor.

Sentir-se privado de afeto é algo bastante enfatizado por ambas pacientes. Ana diz que muitas vezes se sente “como uma criança levantando os braços para a mãe pedindo que a pegue

no colo” e esse desejo não é atendido. Diz que é assim que se sente e foi assim que se sentiu a vida inteira. Em relação ao namorado, se vê na mesma situação, não suporta ser frustrada no pedido de afeto e carinho. Bia manifesta também esse aspecto quando nega o desejo de afeto, quando diz que “apaixonar-se é fracassar. Gostar de alguém é ser dependente. Tenho medo de depender dos outros”. Teme estabelecer relações com as pessoas, pois teme ser rejeitada no seu pedido de afeto e por isso aprendeu a negar esse desejo. Quando uma relação afetiva está se configurando diz: “eu arquiteto o fim do relacionamento”. Diz fazer isso de modo sutil, o que faz com que o parceiro termine a relação e não ela. Começa, agora, a perceber seu jogo de fuga dos afetos.

O ódio depressivo por si mesmo, na perspectiva psicanalítica é um deslocamento. Portanto, a auto destrutividade aparentemente incompreensível, começa a fazer sentido quando se vê que ela é dirigida não para o eu, mas para outra pessoa com quem o deprimido se sinta decepcionado. O caso 1 traz situações nas quais atentou contra a própria vida (ideação e planejamento suicida) fazer serviços pesados para machucar-se, bater a cabeça na parede

sucessivamente, esfregar um pé no outro até sangrar e agora fazer uso de álcool. Recentemente teve sua primeira embriaguez. Holmes (2005) diz que a vontade de morrer e vontade de ser morto estão relacionadas, pois carregam em si uma passividade implícita, haja vista que tais pacientes, normalmente dizem não dispor de coragem de matar-se, apesar de o desejarem. A vontade de ser morto, segundo esse autor, diz respeito à culpa e necessidade de castigo que acompanham a depressão, bem como o sentimento de que não merecem viver e também uma punição para os ente queridos que na fantasia do deprimido ficariam melhor sem ele.

Na perspectiva desse autor o desejo de morrer é uma intensa dor psíquica associada à depressão. Os pacientes suicidas manifestam uma necessidade de dependência e uma profunda e não resolvida relação com o objeto perdido, de modo que o suicídio pode ser compreendido como um desejo regressivo de encontro com o objeto materno perdido. Ana manifesta claramente essa sua relação não resolvida com o objeto perdido. Desestabiliza-se cada vez que se sente em segundo plano. Diz não suportar dividir os pais com os irmãos. Queria ser apenas ela a ocupar o lugar de filha. Bia não manifesta ideação suicida, mas

diz desejar ser invisível, não ser vista, não ser notada. Odeia ficar perto das pessoas. Talvez esteja também falando da sua inveja em relação às suas irmãs. Parece que sempre precisou ceder às suas vontades em detrimento das suas irmãs. Sempre precisou ser certinha para não incomodar e nas últimas sessões tem manifestado essa raiva que parece se materializar na relação com a mãe.

Se uma criança tem apego seguro, quando adulta tem representação interna daqueles que lhe são próximos. De posse dessa representação interna, as perdas são suportáveis e superáveis por causa dessa representação interna e segura. Quando, porém, há apego ambivalente, a representação interna é fragilizada, fazendo-se necessário uma figura física de apego para que o indivíduo se sinta seguro. Perdida essa pessoa, a depressão reaparece (Holmes, 2005). Ana perdeu seu lugar de criança, para seu irmão, “meu pai faz tudo para o meu irmão; ele roubou meu lugar; eu não deveria ter nascido; tenho raiva da minha mãe que não me abortou”. Vivendo a iminência de perder o namorado em quem deposita toda a sua esperança. Se o namorado a deixar, a vida termina, pois na sua fantasia, a única coisa que tinha

de valor era a virgindade, que “perdi com ele” (sic). A paciente vive num emaranhado de dor e sofrimento que se alterna com raros e curtos momentos de alegria.

A hostilidade dos depressivos consigo mesmos é algo que chama atenção e é explicitado por Ana. Eu sinto uma raiva tão grande que se parece com medo e culpa, tenho vontade de me matar, mas parece que não é a mim que desejo matar, mas algo que causa essa dor dentro de mim, só que não posso aliviar esta dor sem machucar a mim mesma, sem me agredir fisicamente. Parece que a dor que sinto aqui dentro de mim é tão grande que inibe a dor física nestes momentos de fúria, sinto uma dor na alma que cobre qualquer dor física (Depoimento da paciente Ana).

A paciente descreve um pouco da sua percepção da “dor da alma” e como é viver com um mundo interno tão desconfortável pela raiva que parece ocupar lugar central. Relata que quando veio procurar a psicoterapia, sua mente era como um turbilhão, tudo estava muito confuso e ela não conseguia pensar, não conseguia entender as coisas que lhe aconteciam. Hoje ela diz sentir-se um pouco mais organizada, parece que aquela bagunça aos poucos

está tomando um lugar e usa a imagem de um guarda-roupas bagunçado, no qual, aos poucos as gavetas, as prateleiras, as repartições vão tomando nova forma. É assim que se sente ultimamente, apesar de sentir-se incomodada com a oscilação de humor, reconhece que tem experimentado uma alegria não experimentada antes. A imagem do guarda-roupas ela obteve de um sonho no período em que conseguiu terminar com o namorado, cujo namoro lhe era foco de angústias, de medos e sofrimento. Inicialmente tinha medo que se o namorado terminasse com ela, morreria, se desestruturaria. No entanto, ela provoca o fim do namoro e começa a sentir-se viva, mesmo que em profundo sofrimento. Surpreende-se que tenha sido capaz de tal atitude.

A paciente 2 relata da sua dificuldade em falar, diz sentir o estômago se contorcendo, é como se sua fala fosse arrancando a dor e a angústia guardadas, lacradas no fundo da sua experiência. O falar desperta sua angústia e a sua dor. O choro que acompanhava as suas falas, no primeiro momento do processo psicoterápico, parecia expressar corporalmente a sua realidade psíquica. Fédida (1999, p. 107), diz que “falar é abrir a boca para aquilo que sobe do fundo, e de nada serviria acreditar que basta falar para

que a angústia se cale. Geralmente, sabemos, ela desperta ainda mais forte, tão intensa é a alucinação na fala e tanto ela lhe é inerente”. A paciente fala e sua angústia não cessa, o que lhe deixa em certos momentos descrente de que o processo psicoterápico seja capaz de lhe oferecer algum amparo. Isso, como já dito, a leva a procurar auxílio junto ao neurologista.

Ana em inúmeras situações diz não sentir-se amada pelos pais e até se sente negligenciada quando se compara ao primeiro irmão. Bia relata que em muitas situações a mãe parece nunca está satisfeita com o que elas (irmãs) fazem. É como se não conseguisse acertar em nada. Holmes (2005) pontua que a relação com o superego é uma ideia psicanalítica importante, haja vista que vários pacientes deprimidos referem-se à falta de amor incondicional dos pais ou a sensação de que nunca se sentiram suficientemente capazes por mais que se esforçassem.

O que podemos visualizar na experiência de acompanhar esses dois casos é que como diz Fédida (2009) os estados deprimidos dispõem de singularidades, pois a depressão não se manifesta claramente em todos os casos, por tanto não se pode ter um procedimento técnico de ordem

sistemática, apesar das similaridades entre os casos.

Escutar essas pacientes exigiu postura diferenciada, pois cada paciente tem não apenas uma história singular, mas também uma interpretação singular de sua história. Esta maneira singular de reviver o passado é que individualiza cada caso e sustenta a existência da psicanálise. (Hilário, et. al, 2010).

Considerações Finais

A questão que norteou este estudo “como a dimensão psíquica da depressão é concebida pela psicanálise?” foi respondida ainda que parcialmente por conta do recorte limitado, necessário, e também por que se voltou muito para os aspectos gerais da depressão, fugindo um pouco do aspecto psíquico, conforme propunha o estudo.

Embora não havendo uma concepção homogênea da depressão na psicanálise foi possível apresentar elementos pertinentes aos diferentes modos da concepção psíquica da psicanálise acerca deste fenômeno. As sutis variações na compreensão, não geram prejuízos para uma terapêutica de base psicanalítica, mas ao contrário as diferenças corroboram para a

compreensão mais ampla deste fenômeno.

Nessa perspectiva a depressão não se constitui apenas como uma doença ou uma patologia analítica, mas é compreendida também como um fenômeno, um estado, ou seja, é uma manifestação em várias afecções psíquicas. Desse modo, alguns autores são categóricos em dizer que a depressão não é um quadro independente, mas que é como, por exemplo, a febre nas patologias físicas.

O objetivo geral deste estudo “compreender a dimensão psíquica da depressão a partir de uma leitura psicanalítica, em vista de contribuições para a clínica psicanalítica da depressão” foi realizado, ainda que de maneira parcial, pois se percebe que o assunto não se esgota no estudo dada a sua complexidade. Nota-se que o fato da psicanálise não compreender a depressão como uma doença, ou um jargão que enquadra tudo que se relaciona às manifestações humanas, não significa que não reconheça que o paciente deprimido sente-se doente, até mesmo fisicamente.

Não é objetivo da clínica de base psicanalítica, isolar o sintoma e eliminá-lo, ou promover alívio rápido. A psicoterapia de base psicanalítica

pretende possibilitar um movimento rumo à compreensão de si, e das peculiaridades do sofrer de modo bem particular, sem excluir as questões sociais que são inerentes às vivências da pessoa em sofrimento. Ela não procura um ponto isolado, mas um conjunto de aspectos que estão relacionados com o modo da pessoa funcionar, sofrer, viver. Parte do sintoma para seguir sua trama, farejar e auscultar suas entrelinhas, suas origens, suas peculiaridades possibilitando ao sujeito colocar-se frente a si, dentro de si e ao lado de si mesmo. Para este exercício demanda-se tempo e paciência histórica.

A maior diferença na abordagem da depressão numa perspectiva de base psicanalítica não está na questão diagnóstica ou até mesmo na caracterização de um quadro depressivo, que como sabemos, é muito difundido e propagado, no senso comum e até pelos laboratórios e indústrias farmacêuticas. O ponto que demarca a diferenciação da psicanálise de outras abordagens com suas respectivas terapêuticas é exatamente o modo de conceber e efetivar a clínica da depressão.

Para muitos, a depressão é uma doença, devendo ser tratada com antidepressivos, como também o fazem as participantes deste estudo, no entanto

para a psicanálise, a “cura” se dá não a partir dos meios externos, mas ela se constitui e se sustenta no próprio paciente, em seu discurso e nas intervenções do psicanalista (Hilário, et. al, 2010). Portanto, uma investigação de base psicanalítica ajuda a manter o centro da experiência humana, a subjetividade psíquica.

Quanto aos objetivos específicos “pesquisar na literatura especializada como Freud, alguns discípulos e neopsicanalistas concebem a depressão; levantar peculiaridades da clínica psicanalítica da depressão; e, entender como a depressão se torna um fenômeno ascendente na contemporaneidade a partir das histórias de vida de pacientes com depressão (diagnosticados ou não), realizados em estágios de orientação psicanalítica”, constata-se que os dois primeiros foram realizados, porém o terceiro não foi totalmente atingido, pois demanda uma investigação numa outra direção para além do campo da psicanálise.

Este trabalho apresenta algumas contribuições, porém muito pode ser acrescentado, principalmente, no que diz respeito aos elementos da clínica psicanalítica da depressão, pois entendemos que esta é de grande auxílio para a compreensão do ser humano que sofre mortalmente, numa sociedade que

expurga a dor e para a qual a vida tem apenas uma função utilitária dentro dos ditames do mercado. Outra contribuição que pode ser destacada se relaciona ao terceiro objetivo específico, que carece inclusive de investigação fora do campo psicanalítico.

A principal contribuição deste estudo talvez tenha sido evidenciar que por meio de sua técnica, a clínica psicanalítica possibilita ao ser humano deprimido desenvolver condições e estratégias de implicação na própria vida e, desse modo, se coloca na contramão da medicação excessiva e

indiscriminada que tira o sujeito do sintoma, mas não o possibilita atingir suas questões. Em suma, a clínica psicanalítica, poderá ser um auxílio, não apenas para retirar o indivíduo da dor e sofrimento no qual ele se encontra imbricado e ou aprisionado. Uma de suas peculiaridades é dar suporte a esses sujeitos, para que falem a si mesmos, amparados pela escuta do outro, e nesse exercício, tenham a possibilidade de compreenderem a teia de seu sofrer, implicando-se na trama de seu projeto de vida.

Referências

- Abraham, K (1970). *Teoria Psicanalítica da Libido. Sobre o Caráter e o Desenvolvimento da Libido*. Rio de Janeiro: Imago.
- Berlinck, M. T.; Fédida, P. (2000). A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 3 (2) 9-25.
- Cavalcante, K. C.; Lage, V. (2007). Depressão – Uma ‘Psicopatologia’ Classificada nos Manuais de Psiquiatria. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (1),106-119.
- Coser, O (2003). *Depressão: clínica, crítica e ética* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Coleção Loucura & Civilização. ISBN: 85-7541-030-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org> >. Acessado em outubro de 2013.
- Delouya, D. (2000). *Clínica psicanalítica: Depressão V*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Delouya, D. (2002). *Depressão, estação psique: refúgio,espera, encontro*. São Paulo: Escuta: FAPESP.
- Fédida, P. (1999). *Depressão*. São Paulo: Editora Escuta.
- Fédida, P. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2009.
- Freud, S (1917/1996). Luto e Melancolia. In: *Coleção das Obras Psicológicas Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XIV.
- Hilário, L. C., Piovesan, A. de F. & Lago, M. P. do *Como escrever um estudo de caso: reflexões sugestivas sobre o que é, para que serve e qual a relevância do estudo de caso na prática clínica de base psicanalítica*. http://www.unit.br/publica/2010-1/bs_como_escrever.pdf. Acessado em 19 de setembro de 2013.
- Holmes, J. (2005). *Conceitos da psicanálise: depressão*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Kehl. M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- Nasio, J. D. (2001). *Os grandes casos de Psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- PERES, U. T. (2010). *Depressão e Melancolia. Psicanálise*. 3ª Ed Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

SEGAL, H. (1975). *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro. Imago Editora.

Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.

Triviños, A. N. S. (2009). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Vidal, M. & Lowenkron, T (2008). Sobre a depressão pura. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Volume 42, n.1.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamentos e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Os autores:

Joseana Pereira Carvalho é graduada em psicologia, pela Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão – UFG/CAC. Endereço: Av. Doutor Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário, CEP: 75.704-020 - CATALÃO – GO. E.mail: joseanafad@yahoo.com.br

Moisés Fernandes Lemos é graduado em Psicologia (UFU), mestre em Psicologia Clínica (UFU) e doutor em Educação (UFG). Endereço: Rua Eduardo de Oliveira, 289, apto 102, CEP 38400-068, Uberlândia – MG. E.mail: moisesflemos@yahoo.com.br