

O Desafio do Suicídio: Contribuição e Bases Psicanalíticas para as Abordagens das Depressões¹

The Challenge of Suicide: Contribution and Psychoanalytical Basis for the Approach of Depressions

Theodor Lowenkron²

RESUMO

Embora se saiba que o suicídio é um fenômeno complexo, passível de múltiplas abordagens por diferentes saberes, dentro e fora do campo da saúde, privilegia-se, neste trabalho, a relação do tema com o problema das depressões. Isto porque os transtornos depressivos se encontram entre os quadros clínicos que requerem investimento de pesquisa e tratamento devido ao risco de suicídio por parte daqueles que sofrem desse mal-estar.

Parto da teoria psicanalítica da depressão, com ênfase em S. Freud e num entendimento particular de suas contribuições, para, em seguida, apresentar uma proposta de abordagem psicanalítica do tratamento desse mal-estar e finalizar com meu posicionamento sobre o lugar dessa abordagem no conjunto dos recursos terapêuticos para os transtornos depressivos.

Concluindo, afirmo, com base no desenvolvimento do trabalho, que os tratamentos dos transtornos depressivos não podem ser justificados com base nas preferências pessoais dos profissionais de saúde mental, inclusive dos psicanalistas, sem considerar as pesquisas e os avanços já alcançados e, particularmente, o desafio do suicídio, que é parte do tema da mesa-redonda.

Palavras-chave: depressões, suicídio, psicanálise, pesquisa e tratamento.

ABSTRACT

Although it's known that suicide is a complex phenomenon subject to several approaches by different knowledge, inside and outside the health field, in this paper the focus is on the problem of depressions, since the depressive disorders are among the clinical cases that require investment of research and treatment due to the risk of suicide throughout the life of those who suffer from this problem.

¹ Trabalho apresentado na mesa-redonda *O sentido da vida: O desafio do suicídio*, do XXI Congresso Brasileiro de Psicanálise, Porto Alegre – RS, 2007.

² Professor-Associado da UFRJ, Livre Docente e Doutor em Psiquiatria, com Pós-doutorado em Teoria Psicanalítica, Professor do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental da UFRJ. Membro Efetivo e Analista com funções didáticas da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.

I present the psychoanalytical theory of depression, with emphasis on S. Freud and on my own comprehension of his contributions and then I present a proposal of a psychoanalytical approach for the treatment of this suffering. I end with my standing about the place of this approach in the set of therapeutics resources for the depressive disorders.

In conclusion, I affirm based on the development of this paper that the treatments of depressive disorders can't be justified according to the personal preferences of mental health professionals, including the psychoanalysts, without considering the researches and advances already done and, particularly, the challenge of suicide which is part of the subject of this panel.

Keywords: depressions, suicide, psychoanalysis, research and treatment.

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o suicídio é um fenômeno complexo, passível de múltiplas abordagens por diferentes saberes, dentro e fora do campo da saúde, mas neste trabalho o enfoque recai sobre o problema das depressões, tal como foram pesquisadas e teorizadas pela psicanálise, mas também na interface com a Psiquiatria.

OPAS e OMS (1999) consideram que as depressões são problemas de saúde pública – uma entre cada quatro mulheres e um entre dez homens podem sofrer de depressão ao longo de suas vidas – e devem merecer prioridade de recursos. Segundo Murray e López (1996), em publicação da Escola de Saúde Pública de Harvard para a OMS, a depressão ocupava, em 1990, o quarto lugar entre as causas de incapacidade e/ou mortalidade, e está previsto que vá subir para o segundo lugar, no ano de 2020, dentro da carga global das doenças. Mais relevante, ainda, para o tema desta mesa-redonda é a evidência atual, conforme Howard Sudak (2005), de que cerca de 2/3 dos pacientes deprimidos têm ideação suicida e que aproximadamente 15% cometem o suicídio ao longo de suas vidas.

Levando em conta a complexidade e a dimensão do problema, não se pode negar que todas as correntes da Saúde Mental devem empenhar-se em contribuir para o enfrentamento dessa situação. Considerando a condição de interface entre a Psicanálise e a Psiquiatria pela qual o tema pode ser abordado, destaco uma diretriz

dentro do campo da Psiquiatria, com a qual me alinho, a de Henri Ey (1969), quando afirma que a essência da psiquiatria, a originalidade de sua posição dentro do quadro das ciências da saúde, e a especificidade de seus métodos, é o ato pelo qual o espírito vem em auxílio do espírito, num encontro de compreensão e restauração. E, mais ainda, quando sentencia que a terapêutica psiquiátrica é essencialmente psicoterápica, sejam quais forem a importância e o interesse dos métodos biológicos. Se a psicoterapia não é sempre suficiente, pelo menos é sempre necessária (p. 1021).

Com o intuito de tomar a direção dos que desejam contribuir com o enfrentamento dos quadros de depressão e, também, conseqüentemente, com o desafio do suicídio, privilegiei, neste trabalho, as bases psicanalíticas para as abordagens das depressões. Inicialmente, tratarei da teoria psicanalítica da depressão, para, depois, apresentar a abordagem psicanalítica no tratamento e finalizar com meu posicionamento sobre o lugar dessa abordagem no conjunto dos recursos terapêuticos para os transtornos depressivos.

2. TEORIA PSICANALÍTICA DA DEPRESSÃO

Sigmund Freud é referência obrigatória para apresentar a concepção psicanalítica da depressão. Entretanto, não se pode desconsiderar a contribuição de vários autores no desenvolvimento das teorias psicanalíticas da depressão: Karl Abraham (1927), Melanie Klein (1975), Jacques Lacan (1998), Edward Bibring (1953), Edith

Jacobson (1971 a, 1971b), Silvano Arieti (1977), Heinz Kohut (1984, 2001), entre outros. As teorias psicanalíticas da depressão focalizam a agressividade voltada para dentro da pessoa, a dificuldade de lidar com a posição depressiva da infância, o conflito entre os ideais do ego e a realidade, o ego como vítima do superego, o papel do outro dominante, as falhas do objeto do self, entre outras.

Neste artigo, optei por me concentrar exclusivamente na contribuição de Freud, não só por considerá-la a mais importante, mas também para poder abordá-la em profundidade no espaço deste texto.

A referência psicanalítica mais importante e reconhecida para a compreensão da depressão é o trabalho *Luto e Melancolia*, de Freud (1917), em que a categoria melancolia é usada para se referir ao quadro clínico que corresponde ao que em outras nomenclaturas é designado como depressão intensa. É, principalmente, com base nessa monografia que procederei à exposição da teoria psicanalítica da depressão.

Freud investiga a melancolia, comparando-a com o luto. Considera seus casos supostamente psicogênicos. Entretanto, adverte que seu material clínico é pequeno e que as pesquisas se encontravam em estágio preliminar, de modo que não poderia reivindicar uma validade geral para suas conclusões. Mesmo supondo que sua casuística fosse psicogênica, argumentava que a unidade nosológica da melancolia parecia não estar seguramente estabelecida e que algumas dessas formas sugeriam afecções somáticas e não psicogênicas.

A correlação entre melancolia e luto parece justificada pelo quadro geral de ambas as condições. O luto é normalmente a reação à perda de uma pessoa amada. Freud, admitindo o fator somático na melancolia, assinala que, em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em lugar de luto, e suspeita que essas pessoas possuam uma disposição patológica.

As características clínicas da melancolia são apresentadas como depressão profunda, perda do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição das atividades e diminuição do sentimento de auto-estima com auto-reprovação, autodepreciação, culminando com uma expectativa delirante de punição.

Um dado clínico de diferenciação entre luto e melancolia é o de que, no luto, não ocorre o distúrbio da auto-estima, mas, quanto às outras características, luto e melancolia são semelhantes. No luto, existe um importante trabalho psíquico. Freud assinala que o trabalho que o luto realiza revela ao paciente, através do teste da realidade, que o objeto amado não existe mais, exigindo que a libido seja progressivamente retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca no ego uma oposição compreensível, mas, geralmente, prevalece o respeito pela realidade, ainda que não seja de imediato. Cada uma das lembranças e expectativas, através das quais a libido está vinculada ao objeto, é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas. O fato é que, quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido.

Freud busca aplicar à melancolia o que foi dito quanto ao luto. Em certos casos, a melancolia também pode constituir reação à perda de um objeto amado. Quando a causa excitante se mostrar mais difícil de ser identificada, pode-se suspeitar que exista uma perda de natureza mais ideal. Ainda em outros casos, sustenta-se a crença de que uma perda dessa espécie ocorre, uma vez que o paciente não só não pode ver claramente o que foi perdido, como também não pode conscientemente perceber o que perdeu; mesmo que esteja cômico da perda que deu origem à sua melancolia, o paciente reconhece apenas quem ele perdeu, mas não o que perdeu desse alguém. Isso sugere que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda de algo fora do domínio da consciência, em contraposição ao luto, situação

em que pouco existe de inconsciente a respeito da perda.

No luto, a inibição e a perda de interesse são explicadas pelo trabalho psíquico realizado em torno da perda, trabalho no qual o ego se encontra bastante absorvido. Na melancolia, a perda desconhecida resultará num trabalho interno semelhante, e será, portanto, responsável pela inibição melancólica. A diferença consiste em que a inibição do melancólico parece enigmática, porque não se pode ver o que é que o está absorvendo tão completamente. O melancólico, como já se afirmou, exhibe outra característica que está ausente no luto – uma diminuição extraordinária da auto-estima, um empobrecimento do ego em grande escala. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego. O paciente representa seu ego como sendo desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se deprecia, esperando ser excluído e punido. Esse quadro de delírio de inferioridade, principalmente moral, é completado pela insônia e pela recusa a se alimentar.

Para Freud, é por estar doente que o paciente se descreve de modo tão exacerbadamente crítico e auto-acusatório. Embora, em algum nível, o paciente possa ter razão no que diz, seu sentimento não guarda correspondência real com aquilo de que ele se incrimina. O melancólico não se comporta da mesma maneira que uma pessoa abatida pelo remorso e pela auto-recriminação. Ao contrário, verifica-se que falta ao melancólico um sentimento de vergonha diante de outras pessoas, que caracterizaria a pessoa abatida, em que está presente um traço quase oposto, o de uma insistente comunicação que encontra satisfação no desmascaramento de si mesmo. O ponto essencial não consiste em saber se é pertinente a auto-difamação que o melancólico realiza, mas sim que ele perdeu o amor-próprio e deve ter tido razões para tanto.

Observa-se uma contradição que coloca um problema de difícil solução. Na melancolia, o

paciente, ao mesmo tempo em que sofreu uma perda relativa a um objeto como no luto, experimenta também uma perda relativa a seu ego.

Descrevendo cuidadosamente a caracterização que o melancólico oferece sobre a constituição do ego, constata-se que uma parte dessa instância psíquica se coloca contra a outra, que toma como objeto e a julga criticamente. O agente crítico se separa do ego, oferecendo fundamentos para distinguir-se do restante do ego. A insatisfação com o ego, por motivo de ordem moral, constitui-se a característica mais marcante no quadro clínico da melancolia.

Por meio de cuidadosa observação, pode-se explicar a contradição da queixa do paciente relativa a seu ego. Analisando as auto-acusações de um melancólico, chega-se à impressão de que as mais violentas delas dificilmente se aplicam ao próprio paciente, mas que, com ligeiras modificações, se ajustam realmente a outrem, a alguém que o paciente ama, amou ou deveria amar. Percebemos que as auto-recriminações são recriminações feitas a um objeto amado que foi deslocado desse objeto para o ego do próprio paciente.

Exemplificando essa idéia, podemos dizer que uma mulher sofrendo de um estado melancólico, que lamenta em altos brados o fato de o marido estar preso a uma esposa incapaz como ela, pode estar na verdade acusando o marido de ser incapaz, não importando o sentido que ela possa atribuir a isso. Enfim, a paciente não se envergonha, nem se oculta, já que tudo de desairoso que diz sobre ela própria se refere, no fundo, a outra pessoa.

Freud propõe uma compreensão psicanalítica para esse processo. Existe, num dado momento, uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular. Então, em virtude de uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetal fica destruída. O resultado não é o mais esperado, uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento para um novo objeto. O investimento

objetal foi liquidado, mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; reflui para o ego. Ali, serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. Por isso, Freud diz que *a sombra do objeto cai sobre o ego*, e este pode, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, a perda objetal se transforma numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego alterado pela identificação.

No tocante às pré-condições e aos efeitos de um processo como esse, duas modalidades de investimentos podem ser inferidas. Por um lado, uma forte fixação no objeto amado deve ter estado presente; por outro lado, em contradição a isso, o investimento objetal deve ter tido pouco poder de resistência. Essa contradição parece implicar que a escolha objetal seja efetuada numa base narcisista, de modo que o investimento de objeto, ao se defrontar com obstáculos, pode retroceder e reforçar o narcisismo. A identificação narcisista com o objeto se converte no substituto do investimento amoroso; em consequência disso, não obstante o conflito com a pessoa amada, não é preciso renunciar ao vínculo de amor. Essa substituição do amor objetal por identificação constitui importante mecanismo nas afecções narcisistas, pelo tipo de regressão que representa. Sabe-se que a identificação é uma etapa originária da escolha de objeto, que é a primeira forma pela qual o ego se liga a um objeto. O ego deseja incorporar a si esse objeto, em conformidade com a fase oral do desenvolvimento.

Freud conclui essa formulação teórica considerando que parte da tendência a adoecer de melancolia reside na predominância do tipo narcisista de escolha objetal. Além disso, buscando um acordo entre os resultados da observação e o que estava inferindo, faz da caracterização da melancolia uma regressão do investimento objetal para a fase oral ainda narcisista da libido.

A melancolia toma emprestada do luto alguns dos seus traços e, do processo de regressão

para o narcisismo, os outros. É, por um lado, como o luto, uma reação à perda real de um objeto amado; mas, acima de tudo, é determinado por um componente que se acha ausente no luto normal ou que, se estiver presente, transforma este em luto patológico. Trata-se da ambivalência. A perda de um objeto amoroso constitui excelente oportunidade para que a ambivalência afetiva se faça efetiva e manifesta. Esta ou é constitucional, isto é, um elemento da relação amorosa presente nesse ego particular, ou provém daquelas experiências que envolveram a ameaça da perda do objeto. Assim, as causas excitantes da melancolia têm uma amplitude maior do que as do luto, que é ocasionado por uma perda real. Já se pode perceber o reconhecimento, na melancolia, da *série complementar*, conhecida expressão utilizada por Freud para explicar a etiologia dos transtornos mentais e superar a alternativa que obrigaria a escolher entre fatores exógenos ou endógenos.

A intensidade do conflito devido à ambivalência, como o que é encontrado quando há uma disposição à Neurose Obsessiva, empresta um cunho patológico ao luto. A melancolia, além do caso nítido de uma perda por morte, inclui as situações de desconsideração e desprezo, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente. O conflito devido à ambivalência, que, por vezes, surge mais de experiências reais, por vezes mais de fatores constitucionais, não deve ser desprezado entre as pré-condições da melancolia. Verificamos, mais uma vez, Freud apontando a possibilidade da presença de fator constitucional na melancolia, mesmo estando voltado para a construção de uma teoria psicogênica do transtorno.

Sob a influência da ambivalência, se o amor pelo objeto se refugia na identificação narcisista, o ódio incidirá nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer. A autotortura na melancolia significa, semelhante ao que ocorre na neurose obsessiva, uma satisfação das tendências sádicas e do ódio relacionadas a um

objeto, que retorna ao eu do indivíduo. Via de regra, em ambas as desordens, os pacientes, pelo caminho indireto da autopunição, conseguem vingar-se do objeto original e torturar o ente amado através de sua doença. Afinal, a pessoa que favoreceu a desordem emocional do paciente, e na qual sua doença se centraliza, em geral se encontra em seu ambiente imediato.

O fato de a melancolia, freqüentemente, desaparecer após certo tempo também é uma característica que compartilha com o luto. No luto, necessita-se de tempo para que o teste da realidade seja levado a efeito, e, assim, o ego consegue libertar sua libido do objeto perdido. Freud considera que o ego se ocupa de trabalho análogo num episódio de melancolia.

A insônia atesta a impossibilidade do sujeito de efetuar o retraimento geral das catexias necessárias ao sono. O complexo da melancolia se comporta como uma ferida aberta, atraindo para si as energias catexiais. Esse complexo pode mostrar-se resistente, por parte do ego, ao desejo de dormir.

Freud assinala um provável fator somático na melancolia, não explicado psicologicamente, visível na melhoria regular da condição por volta do anoitecer. Nesse ponto de suas reflexões, admite a possibilidade de uma perda no ego, independente do objeto, em virtude de um golpe puramente narcisista, o que pode ser suficiente para produzir o quadro de melancolia, e se questiona sobre um empobrecimento do ego que, em decorrência direta de toxinas, poderia ser capaz de produzir certas formas da doença. Esse questionamento, introduzindo as toxinas, pode ser visto como uma antecipação das hipóteses da ação dos neuro-hormônios atuando no nível dos receptores cerebrais.

Freud, também, traça um quadro geral, que nos lembra as classificações contemporâneas das depressões. De modo sumário, descreve quadros análogos aos Transtornos de humor bipolares e as Depressões maiores – as primeiras subdivididas em tipo I e tipo II –, quando assinala que a característica mais notável da melancolia é sua

tendência a se transformar em mania, o que, no entanto, não acontece em toda melancolia, já que alguns casos seguem seu curso em recaídas periódicas, entre cujos intervalos sinais de mania estão ausentes ou levemente presentes. Outros casos revelam a alteração regular de fases melancólicas e maníacas, caracterizando a insanidade circular. Mesmo nessas situações, o método psicanalítico consegue efetuar melhoria terapêutica. Assim, considera necessário estender suas formulações analíticas sobre a melancolia também à mania.

Na melancolia, travam-se inúmeras lutas isoladas em torno do objeto, nas quais o ódio e o amor se digladiam. A localização dessas lutas isoladas só pode ser atribuída ao sistema inconsciente (Ics.), a região dos traços de memória de coisas, em contraste com os investimentos de palavra. Desse modo, a experiência é mais corporal do que psíquica. No luto, também, esforços para separar a libido são envidados nesse mesmo sistema; entretanto, nada impede que esses processos sigam o caminho normal, do pré-consciente (Pcs.) até a consciência. Desse modo, a experiência psíquica pode ser comunicada em palavras e compartilhada com os outros. Ocorre que esse caminho está bloqueado ou dificultado para o melancólico.

As experiências traumáticas em relação ao objeto podem ativar a ambivalência afetiva pré-existente. As lutas decorrentes da ambivalência permanecem retiradas da consciência, até que o resultado característico da melancolia se fixe, consistindo no abandono do objeto pelo investimento libidinal ameaçado, e recuando ao local do ego de onde proviera. Dessa forma, refugiando-se no ego, o amor escapa à extinção. Após essa regressão da libido, o processo pode tornar-se consciente, sendo representado na consciência como um conflito entre uma parte do ego e o agente crítico, expressando-se, por exemplo, pelas auto-recriminações do paciente.

Freud assinala que não é difícil perceber uma analogia essencial entre o trabalho da

melancolia e o do luto. Do mesmo modo que o luto compele o ego a desistir do objeto, declarando-o morto e oferecendo ao ego o incentivo de continuar a viver, assim também na melancolia cada luta isolada da ambivalência distende a fixação da libido ao objeto, depreciando-o, denegrindo-o e mesmo, por assim dizer, matando-o. É possível que o processo no lcs. chegue a um fim, quer após a fúria ter-se dissipado, quer após o objeto ter sido abandonado, como destituído de valor.

Das três pré-condições da melancolia – perda do objeto, ambivalência e regressão da libido do ego –, as duas primeiras também se encontram nas auto-recriminações obsessivas que surgem depois da ocorrência de uma morte. Desse modo, devemos considerar o terceiro fator como o principal responsável pelo resultado da melancolia. Assim, a característica mais importante do trabalho *Luto e Melancolia* de Freud é a descrição do processo pelo qual, na melancolia, um investimento de objeto é substituído por uma identificação, ou seja, na famosa expressão de Freud, *a sombra do objeto cai sobre o ego*.

Por fim, considerando a possibilidade do suicídio em paciente melancólico, a psicanálise mostra que o ego só pode voltar-se destrutivamente contra si mesmo, em virtude do retorno do investimento objetal e se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, a qual representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo. Desse modo, o melancólico procura livrar-se do objeto; mas não obstante, o objeto se revela mais poderoso do que o próprio ego.

3. ABORDAGEM PSICANALÍTICA DAS DEPRESSÕES

Apesar da limitada literatura sobre técnica específica de tratamento psicanalítico da depressão, existe abundante literatura clínica, com rica descrição de material de caso, que evidencia a eficácia terapêutica da abordagem psicanalítica para essa categoria diagnóstica. Glen O Gabbard

(2005, 2006) é um dos autores contemporâneos que busca demonstrar a validade da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica na terapêutica das depressões.

Contrariando uma noção psiquiátrica difundida, a abordagem psicanalítica da depressão não é limitada às formas mais leves e neuróticas, podendo ser utilizada nas depressões mais graves e psicóticas, nestes últimos casos associada obrigatoriamente ao tratamento farmacológico, conforme procuro sustentar e justificar através de minha leitura e apreciação da obra *Luto e Melancolia*, do próprio Freud.

Na etapa inicial do tratamento, além da avaliação do quadro clínico com as hipóteses diagnósticas descritiva e psicanalítica, o estabelecimento de uma aliança terapêutica é indispensável. O clínico deve escutar e buscar uma atitude empática com o ponto de vista do paciente, procurando compreender a razão de ele estar deprimido.

A abordagem inicial deve ser mais de apoio do que de *insight*. As interpretações nessa etapa podem ser sentidas como prematuras, desprovidas de empatia e vividas com sentimento de rejeição.

Durante a fase inicial da obtenção de dados, o clínico desenvolve uma formulação sobre a depressão do paciente. Que situações, pessoas ou ideais foram ou estão ameaçados de serem perdidos? Quem é a outra pessoa dominante de quem o paciente não está recebendo a resposta desejada? De quem o paciente tem raiva? Existe culpa associada à raiva?

Enquanto o clínico escuta a história do paciente e desenvolve uma formulação psicanalítica da depressão, o paciente desenvolve um vínculo transferencial com o terapeuta. O terapeuta, gradualmente, passa a ocupar o lugar de um outro dominante, à semelhança de outro objeto preponderante na vida do paciente. As características das primeiras relações do paciente poderão se evidenciar na transferência. Quando dados suficientes forem reunidos e a relação com o paciente estiver mais consolidada, o terapeuta

poderá mudar, gradativamente, para uma abordagem mais expressiva ou de *insight* e interpretar, para o paciente, o padrão do outro dominante que se encontra no centro das dificuldades.

Caso o terapeuta seja conivente e diga ao paciente o que fazer, ele irá reforçar o sentimento de baixa auto-estima e a insegurança. Pedidos do paciente para que seus dilemas sejam solucionados devem ser respondidos com o posicionamento de que ele saberá melhor, no momento adequado, encontrar a alternativa certa.

No tratamento, o paciente encena seu padrão de relacionamento com as pessoas significativas de sua vida atual, bem como com as relações objetivas internas e primitivas. Por outro lado, o terapeuta pode sentir uma gama de emoções e sentimentos que poderão refletir como os outros também se sentem ou se sentiram no relacionamento com o paciente. O terapeuta deverá encontrar o momento adequado para incluir essas vivências em suas interpretações.

Outro elemento ao qual o terapeuta deve estar atento é o ganho secundário associado à depressão, pois os pacientes também se gratificam com sua doença, vivida como expressão velada de impulsos sádicos em direção aos outros. Por outro lado, alguns pacientes deprimidos podem estabelecer um círculo vicioso que afasta seus parceiros exatamente quando seu amor é mais necessário.

A literatura sobre família de paciente deprimido indica que a taxa de recaída, o curso da depressão e a conduta suicida são afetados pelo funcionamento familiar. O clínico deve avaliar a necessidade de intervenção diretamente com a família do paciente deprimido.

4. CONCLUSÕES

Feita essa proposta de abordagem psicanalítica da depressão, devo afirmar meu posicionamento sobre o lugar dessa abordagem no conjunto dos recursos de investigação e tratamento para a depressão.

Sem dúvida, ao lado da abordagem psicanalítica da depressão, devem ser considerados os fatores biológicos e neurofisiológicos. Fatores ambientais e psicossociais podem favorecer alterações neuroquímicas e neurofisiológicas em nível cerebral que resultam em alterações significativas no equilíbrio dos neurotransmissores.

Glen Gabbard (2006) assinala que pesquisas sugerem que, mesmo em pacientes melancólicos, 75% vivenciaram evento estressante nos meses que precederam o início da doença, fato considerado relevante como favorecedor da depressão tanto pelo paciente quanto por um membro da família ou outra pessoa significativa na vida do paciente. Em muitos casos de depressão, um elemento favorecedor do quadro pode ser identificado em estressores interpessoais ou ambientais e a patogênese envolve uma disfunção cerebral concomitante aos estressores interpessoais ou ambientais. Alguns investigadores postulam que perdas ou separações precoces na infância sensibilizam sítios de receptores neuronais do cérebro, produzindo uma vulnerabilidade para transtornos do humor na vida adulta. As influências psicológicas atuam em conjunto com a vulnerabilidade genética e as alterações neurofisiológicas, para produzirem o quadro clínico da depressão.

OPAS e OMS (1999), em *Iniciativa para el Control de los Transtornos Afectivos*, assinalam que as psicoterapias podem ser efetivas no tratamento de certas depressões. Algumas pessoas experimentam alívio com seu uso, enquanto outras necessitam de medicamentos antidepressivos. Muitos pacientes requerem tratamento combinado, isto é, medicamentos para o alívio dos sintomas e psicoterapia para a descoberta das melhores formas de lidar com os problemas da vida.

Os sistemas diagnósticos contemporâneos – DSM-IV-TR, da APA, e CID-10, da OMS – classificam as alterações dos afetos e/ou do humor, principalmente, em Depressão Maior, Transtorno Bipolar e Distímia ou Episódios Depressivos, Transtornos Bipolares e Distímias, respectivamente. Para as duas primeiras categorias diagnósticas dos

dois sistemas classificatórios, é indicado o tratamento combinado – psicoterapia e medicação –, enquanto, para o tratamento da última categoria diagnóstica, a Distímia, nova denominação da Depressão Neurótica, são suficientes as psicoterapias, particularmente a abordagem psicanalítica. Essa perspectiva ganha reforço quando H. Akiskal (2005), líder em pesquisa clínica de transtorno de humor nos EUA, afirma que as formas moderadas de depressão podem ser exclusivamente tratadas pela psicoterapia, enquanto a forma severa de depressão, a melancolia, necessita de tratamento somático para reverter os distúrbios biológicos, beneficiando-se, então, do tratamento combinado. Mais, ainda, quando propõe que as pesquisas até hoje não indicam interação negativa entre as duas formas de tratamento e, em alguns casos, sugerem interação sinérgica.

Com base nessas considerações e na experiência clínica, um plano de tratamento abrangente deve levar em conta os conflitos inconscientes investigados pela Psicanálise, as alterações dos neurotransmissores supostas pela Psicopatologia, pesquisados pela Neurociência e antevistos por Freud, conforme destaquei através de passagens de *Luto e Melancolia*.

Por fim, ressalte-se que as pesquisas recentes sobre os transtornos depressivos têm gerado uma abundância de resultados, apesar de continuarem abertas muitas alternativas de investigação para serem trilhadas. O importante é que os tratamentos dos transtornos depressivos não podem ser justificados com base nas preferências pessoais dos profissionais de saúde mental, inclusive dos psicanalistas, sem considerar as pesquisas e os avanços já alcançados e, particularmente, sem enfrentar com os meios mais apropriados o desafio do suicídio, que é a proposta dessa mesa-redonda.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Abraham, Karl. Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions, In: Selected Papers of Karl Abraham, London: Hogarth, 1927.
2. Akiskal, Hagop S. Mood Disorders – Historical introduction and conceptual overview, In: Sadock, Benjamin J. & Sadock, Virginia A. (editors) Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
3. Arieti, Silvano. Psychotherapy of severe depression. American Journal of Psychiatry, 134: 864-868, 1977.
4. Bibring, Edward The mechanism of depression, In: Affective Disorders: Psychoanalytic Contribution to their study. New York: International Universities Press, 1953
5. Ey, Henri; Bernard, P. e Brisset, Ch. *Tratado de Psiquiatria*, 2^a ed, Toray-Masson Ed., Barcelona, 1969.
6. Freud, Sigmund (1917 [1915]). Duelo y melancolia. In: Sigmund Freud Obras Completas, Volumen 14, Amorrortu editores: Buenos Aires, 1976.
7. Gabbard, Glen O. Psicoterapia Psicodinâmica de longa prazo, Porto Alegre: ArtMed Editora, 2005.
8. Gabbard, Glen O. Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica. 4^a edição, ArtMed Editora, 2006.
9. Jacobson, Edith. Psychotic identifications, In: Depression – Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions. New York: International Universities Press, 1971a.
10. Jacobson, Edith. Transference problems in depressives, In: Depression – Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions, New York: International Universities Press, 1971b.
11. Klein, Melanie. Mourning and its relation to manic-depressive state, In: Love, Guilt and Reparation and other works. New York: Free Press, 1975.
12. Kohut, Heinz Self e Narcisismo, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

13. Kohut, Heinz. Análisis del self – El tratamiento psicanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad, Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001.
14. Lacan, Jacques. Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
15. Murray, C.J.L. & López, A.D., *The Global Burden Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Boston, Harvard School of Public Health (World Health Organization & World Bank), 1996.
16. OPAS/OMS. *Iniciativa para el control de los Trastornos Afectivos-Conozca la Depresión* Preparado por Benjamin Vicente, Divisan de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Mental, 1999.
17. Sudak, Howard S. Suicide, In: Sadock, Benjamin J. & Sadock, Virginia A. (editors) Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.