

## A DEPRESSÃO COMO MAL ESTAR NA CIVILIZAÇÃO

Denise Teodoro Sampaio<sup>1</sup>

**Resumo:** Este trabalho mostra a depressão como mal-estar recorrente à vida do homem em sociedade ante sua necessidade de sobrevivência.

**Palavras-chave:** Depressão; mal-estar; evolução; civilização.

### Civilização, sentimento de culpa, neurose e depressão

Em seu artigo *O mal-estar na civilização* Freud (1974) nos fornece várias pistas sobre a problemática do porque a felicidade ser algo extremamente difícil de alcançar, pelo indivíduo em nossa sociedade. O autor ao procurar demonstrar as contradições entre as necessidades do instinto e as imposições restritivas da civilização, apresenta-nos vários argumentos para a explicação do estado de infelicidade que o indivíduo está fadado a enfrentar desde que foi obrigado a conviver em sociedade.

Argumentos que se não estão ligados diretamente ao nosso objeto de estudo, por outro lado, nos fornece indiretamente uma explicação psicossocial para o entendimento não só do porque a depressão - que podemos afirmar ser algo que gera grande infelicidade aos homens - é algo recorrente entre os indivíduos, assim como também outras doenças mentais.

De acordo com Freud, a vida em civilização é

(...) árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar medidas paliativas. 'Não podemos passar sem construções auxiliares', diz-nos Theodor Fontane. Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela. (Freud, 1974: 93)

Freud continua a denunciar a infeliz condição existencial do homem da seguinte forma:

(...) O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução; e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com outros homens. (Freud, 1974: 95)

Mas se percebemos que existiria relação entre a neurose e as frustrações sexuais, de acordo com Freud (1974, p. 129), e de acordo com alguns autores, da relação da neurose com a depressão (Coleman, 1973: 314), essa relação apesar de não ter se colocado, de acordo com alguns autores, como objeto efetivo da psicanálise em sua história, (Berlinck; Fédida, 2000: 10) de forma alguma deveríamos pensar a depressão não possuir uma relação efetiva, mesmo possuindo causas biológicas, com o desenvolvimento psicossocial e o processo civilizatório do homem, a despeito de não poder ser tão simples se levantar evidências a partir de seus estudos.

Freud, porém, ao tecer considerações sobre a melancolia não deixou de perceber algumas especificidades em relação à depressão:

(...) Freud (...) dedicou sua atenção à melancolia fazendo pouquíssimas referências à depressão. Observa-se em seus textos que depressão e melancolia não precisam ser distinguidas de forma clara e precisa, ainda que, em “Luto e Melancolia” (1915/1969) tenha estabelecido uma nítida diferença. Conceber a depressão como luto talvez seja o caminho mais claro e preciso para se pensar a melancolia como afecção psíquica específica. (Berlinck; Fédida, 2000: 10 e 11).

A depressão - a partir de fatores internos à estrutura psíquica dos indivíduos como a partir de fatores externos relacionados à sua necessidade de ter de conviver com outros indivíduos – ao se constituir em estado de luto, também em nossa opinião constituiria um mal-estar na vida em sociedade, como também demonstrou Freud ser o sentimento de culpa e a neurose, como discutimos acima. Sobretudo se percebermos como Berlinck e Fédida (2000) nos mostram como a depressão enquanto manifestação primitiva do transtorno do humor estaria relacionada à

melancolia como neurose narcísica, e esta, por sua vez, com o ancestral sentimento de culpa do homem que se desenvolveu quando de sua necessidade de evoluir e civilizar-se.

A partir disto, podemos afirmar que a depressão se põe como algo recorrente à vida do homem em sociedade, desde o momento em que precisou abrir mão, a partir de sua necessidade de sobrevivência diante do que Freud descreveu como a catástrofe glacial, momento em que evoluiu de sua condição de animal para ser humano, de forma que a depressão foi um dos estados que acompanhou essa evolução, devido às transformações do meio ambiente e conseqüente perda do contato com a regularidade sexual, como também perda do objeto primário de satisfação. (Berlinck; Fédida, 2000: 13)

De acordo com Berlinck e Fédida:

(...) Essas ocorrências lançam o humano em uma situação de insuficiência muito primitiva denominada desamparo e produzem dor, depressão e angústia, estados solicitando, junto com a ameaça de extinção da espécie, mutação no sistema imunológico visando a sua sobrevivência. Nessa perspectiva, a catástrofe não é só uma reviravolta que ameaça a existência da espécie. É, também, condição de ocorrência de mutação implicando, neste caso, a constituição de um aparelho psíquico, parte do sistema imunológico permitindo ao humano enfrentar um mundo sem contato com a regularidade sexual e sem o objeto da satisfação, ou seja, um ambiente adverso, com escassos recursos para a sobrevivência, onde a espécie encontra-se permanentemente ameaçada. (Berlinck; Fédida, 2000: 13)

Dessa forma, podemos pensar ser a depressão algo inerente ao processo de sobrevivência do homem, bem como das imposições do processo civilizatório, de forma que ao invés de pensarmos poder realizar a cura desse mal deveríamos ser mais sensatos ao compreender, como conviver com o mesmo.

Iremos, entretanto, discutir as várias concepções da depressão em nossa contemporaneidade para percebermos como se constitui diante das discussões mais recentes, uma enfermidade que não pode desconsiderar suas relações com a ancestralidade do homem.

## **1.2. Conceito de depressão na contemporaneidade**

A análise de certos fenômenos pela ciência faz muitas vezes com que não questionemos a origem de suas designações, de forma que com o termo depressão não se faz diferente. Sendo que neste sentido seguiremos de perto as discussões de Marcelo Turkienicz Berlim.

De acordo com Marcelo Berlim (2005) a palavra depressão teria tido origem a partir do desenvolvimento dos negócios mercantis oriundos do capitalismo comercial, em meados de 1680, para designar uma redução acentuada nas transações comerciais. No século seguinte, o termo teria sido utilizado, por outro lado, para nomear indivíduos que se mostrassem cabisbaixos. De forma que só começou a ser associado com a medicina a partir de 1860, sendo citado para descrever problemas relacionados à diminuição da capacidade de funcionamento do coração. (Berlim, 2005: 30)

Assim, diante do avanço do desenvolvimento da psicologia no século XIX, a análise do estado que seria representativo da melancolia foi gradativamente migrando para o uso que o sentido da palavra depressão havia revertido para várias áreas em termos de suas possibilidades designativas, ou seja, em termos da ocorrência de uma diminuição no funcionamento das mais variadas estruturas, desde econômicas, fisiológicas, emocionais e mentais. Passou a ser utilizado como outra forma de designar a melancolia e à tristeza intensa (lipemania), justamente por sugerir diminuição da atividade fisiológica e metafórica, em termos da função emocional e também por ter sido mais eficaz na possibilidade de nomeação de uma doença em vez de apenas um sintoma. (Berlim, 2005: 30)

A partir deste sentido, a depressão passou a ser estabelecida como um “estado que seria oposto à excitação”, estado “que reduziria a atividade geral, provocando falha em termos de concentração e paralisia”; “estado que provocaria a ruína do espírito e geraria falta de coragem e a produção de pensamentos melancólicos”. (Berlim, 2005: p. 30)

Entretanto, a utilização da designação “estados depressivos” oriundos da popularização na psicologia do termo depressão, passou a ser utilizada, por outro lado, para representar toda uma categoria de doenças que estariam correlatas com as manifestações depressivas, tais como: “patologia primária do afeto”; “psicopatologia estável e sua representação cerebral de forma definida”;

“psicopatologias que possuiriam estados periódicos, endógenos e genéticos a partir de sua natureza”; “psicopatologias que acometeriam personalidades predispostas”. (Berlim, 2005: 30 e 31)

Assim sendo, baseado em Marcelo Berlim, vemos que o desenvolvimento das análises sobre a depressão, até o início do século XX, passou a considerar o problema da depressão, sobretudo a partir de suas causas endógenas, tidas como estados psicopatológicos resultantes de alguma forma de degeneração fisiológica, tais como a histeria e a doença maníaco-depressiva. Quanto às causas exógenas da depressão, estas poderiam classificar o restante dos transtornos psiquiátricos. (Berlim, 2005: 31)

Dessa forma, a depressão, a partir de meados do século XIX e durante o século XX, passou a ser vista a partir de várias manifestações afetivas que poderiam ser percebidas através da tristeza, como também em termos de transtornos de ajustamento, caminhando para conceitos como a chamada depressão maior e do transtorno bipolar.

### **1.2.1 – A influência da Síntese Kraepelianeana**

Para a consolidação, porém, do sentido moderno da depressão como conhecemos foi decisiva a formulação da síntese em torno da “Doença Maníaco-Depressiva” de Kraepelin. Dentro desta concepção a depressão passou a ser encarada como possuindo uma evolução a partir de algumas fases que, entretanto, não levariam à deterioração psicológica do indivíduo, produziria episódios depressivos, ora intensos, ora não, de forma que poderiam estar ou não associados a episódios maníacos. Sua causa seria biológica, de acordo com Kraepelin, influenciando a idéia de que teria como causa fatores internos, ou seja, endógenos. (Berlim, 2005: 32)

Nos anos da Primeira Guerra Mundial, por outro lado, a idéia de que os estados depressivos poderiam ter causas não endógenas deram origem a termos como depressão reativa, neurótica, entre outros. Estabeleceu-se uma dicotomia, segundo Marcelo Berlim, clínico-etiológica que passou a realizar uma oposição entre as depressões consideradas endógenas e as não endógenas, ou seja, reativas.

De acordo com Berlim, dentro do contexto desse quadro teríamos a partir da influencia da psicanálise o estabelecimento de uma dicotomia em torno de depressões neuróticas e psicóticas.

(...) O eixo central dessa dicotomia seria a perda do “teste de realidade”, com a presença, nas depressões psicóticas, de distúrbio de funções mentais superiores como memória, linguagem, orientação, percepção e pensamento. Argumentos etiológicos também confundiram essa distinção, sendo atribuída às depressões psicóticas causas “cerebrais” e às depressões neuróticas causas psicológicas, sociais e psicossociais. (Berlim, 2005: 32)

A dicotomia estabelecida entre as depressões psicóticas e as depressões neuróticas também foram marcadas pela idéia dos tipos de mecanismos de defesas utilizados, tanto na psicose, como na neurose, a partir de concepções etiológicas e não a partir da intensidade que poderiam alcançar diante de suas manifestações.

Outros estudiosos do tema, por outro lado, realizaram construções conceituais, ao longo do século XX, em que tentaram clinicamente intercambiar as designações endógeno/psicótico e reativo/neurótico, sem demonstrarem, no entanto, evidências de sobreposição, (...) “uma vez que os estados psicóticos podem surgir reativamente.” (Berlim, 2005: 33) Estados psicóticos que surgidos reativamente, foram demonstrados, por exemplo, por autores como James Coleman, que nos anos de 1960, que ao também intercambiar clinicamente tais termos, o fez procurando demonstrar, por exemplo, como reações psicóticas afetivas, como a maníaco-depressiva, possuiriam além de causas biológicas, causas psicológicas e até sociológicas. (Coleman, 1973: 442-463)

Na tentativa, porém, de mudar este quadro influenciado pela síntese Kraepelineana, Edward Mapother e Aubrey Lewis, ambos da escola psiquiátrica do Hospital de Maudsley de Londres, na primeira metade do século XX, procuraram defender uma “concepção unitária de depressão”, através da tentativa de subdivisão dos quadros depressivos. Outro adversário da síntese Kraepelineana, Karl Leonhard, durante a primeira metade do século XX, acabou por dividir a doença maníaco-depressiva a partir de dois pontos de vista: um que consideraria a existência de uma depressão pura e outro que consideraria a existência de uma depressão intercalada por manifestações maníacas. (Berlim, 2005: 33)

Assim, autores como James Coleman (1973), nos anos de 1960, em seu livro *A psicologia do anormal e a vida contemporânea*, influenciado pela idéia da síntese Maníaco-Depressiva do início do século XX, mas também pela concepção de Karl Leonhard, procurou descrever este estado depressivo a partir não só dos postulados de Kraepelin, mas também a partir da representação do que poderia ser o estado maníaco-depressivo em autores mais antigos como Hipócrates e Alexandre Tralliano:

(...) Hipócrates, o grande médico grego, classificou todas as perturbações mentais em três categorias – mania, melancolia e frenite -, e suas descrições de mania e melancolia baseadas em registros clínicos de seus pacientes, são notavelmente semelhantes à sintomatologia clínica moderna. Alexandre Tralliano foi talvez o primeiro a reconhecer repetidos de mania e melancolia na mesma pessoa, antecipando-se por vários séculos à folie maníaco-mélancolique de Bonet (1684) e à folie circulaire de Falret (1854). No entanto, coube a Kraepelin a introdução, em 1899, do termo psicose maníaco-depressiva e o esclarecimento do quadro clínico. (Coleman, 1973: 442)

De acordo com Coleman, Kraepelin procurou delinear a reação psicótica maníaca depressiva como um estado de perturbação associado a uma série de ataques de euforia e depressão, com intervalos de normalidade e evolução favorável ao acometido por esta enfermidade. As reações maníacas diferir-se-iam, desencadeando em alguns indivíduos reações depressivas, em outros, reações maníacas, ou mesmo ambos os tipos de reações poderiam estar presentes ocorrendo a combinação ao mesmo tempo delas. O autor descreve então a existência de três tipos básicos de reações maníaco-depressivas: reações maníacas; reações depressivas; reações circulares e mistas. Sendo que para o autor, as reações depressivas teriam maior recorrência. (Coleman, 1973: 442)

Importante destacarmos que Coleman, nos anos de 1960, acreditava a partir de seus estudos influenciados pela chamada síntese maníaco-depressiva, que embora se pensasse que os casos de psicoses maníaco-depressivas estivessem diminuindo em nossa sociedade, na verdade, o autor acreditava que os pacientes maníaco-depressivos estavam mesmo é sendo transferidos para clínicas psiquiátricas, de forma que tais transferências ocultavam o crescimento dos casos, já que não apareciam nas estatísticas baseadas em hospitais públicos.

De acordo ainda com os escritos de Coleman nos anos de 1960, as reações neuróticas depressivas seriam aquelas em que o indivíduo reagiria em relação a uma série de situações que provocam grande tensão, portanto, diante de situações psicológicas, sociais e mesmo psicossociais, com tristeza profunda e intenso abatimento. De forma que o indivíduo não conseguiria voltar ao normal depois de razoável período de tempo, já que ao reagir à morte de pessoas queridas, decepções no amor, acidentes, adversidades na vida e no trabalho, sentimentos de culpa relacionados ao fracasso, comportamentos libidinosos e desejos imorais, o faria de forma excessiva em relação a essas mesmas tensões, já que não possuiria a plasticidade apresentada por grande parte das pessoas que também enfrentam tais situações na vida. (Coleman, 1973: 315)

Já as depressões psicóticas que juntamente com as reações maníaco-depressivas, constituiriam o quadro das chamadas reações psicóticas afetivas, de acordo com Coleman, seria caracterizada por uma depressão grave, em que o indivíduo apresenta constantemente crises de delírios ou alucinações e dificuldade de vivenciar a realidade.

(...) essa reação difere das reações maníaco-depressivas, principalmente quanto a: a) ausência de ocorrência clínica; b) presença mais freqüente de fatores precipitantes identificáveis no ambiente. Quando uma “depressão reativa” neurótica passa para níveis psicóticos, é aqui classificada. (Coleman, 1973: 315)

Essa análise de Coleman, então, demonstra-nos que a depressão enquanto mal-estar presente em nossa civilização, também passou a ser pensada a partir de fatores etiológicos, tanto internos, quanto externos, capazes de alterar funções das atividades psicológicas, afetivas e emocionais.

A partir de 1966, autores como Jules Angst e Carlo Perris passaram a desenvolver através da concepção da depressão pura e depressão mista, postulados sobre a idéia de uma depressão unipolar e bipolar, de maneira que estas se diferenciariam através de determinados componentes hereditários. (Berlim, 2005: 33)

Marcelo Berlim, entretanto, nos faz perceber que a dicotomia endógena/reactiva acabou por ficar datada enquanto concepção central dos estudos sobre a depressão na década de 1970:

Até a década de 1970, todos os trabalhos favoreciam a dicotomia endógena-reativa, inclusive para nortear a escolha de tratamentos, priorizando os biológicos na primeira e os psicológicos na segunda. Os anos de 1970 viram esse “edifício conceitual” clínico etiológico ser sacudido. A escola da Universidade de Washington, em Saint-Louis (EUA), preocupada em devolver à nosologia psiquiátrica o rigor e a objetividade, tratou de “livrar-se” de tudo aquilo que foi considerado como “hipóteses não demonstradas”. Seus principais proponentes, dentre os quais Samuel Guze (1924-2000), Eli Robins (1930-), dividiram as depressões em primárias e secundárias com base no curso do aparecimento dos sintomas. As depressões primárias seriam aquelas em que não existiria nenhum transtorno mental prévio a não ser depressão ou eventualmente mania, reservando o termo depressão secundária para os casos em que um transtorno mental prévio estivesse presente, tendo a depressão o seguimento cronologicamente. (Berlim, 2005: 33)

O problema é que essa concepção passou a desprezar importantes contribuições que os estudos psicológicos haviam realizado até então, como por exemplo, o problema dos fatores desencadeantes em termos da dicotomia endógeno-reativa, como também o problema da intensidade que marcaria os sintomas relacionados à dicotomia neurótico-psicótico. Essa concepção da depressão em termos primários e secundários, por outro lado, marcou um retorno à concepção unitária das depressões, de forma que em seu estágio primário a depressão abarcaria as chamadas depressões endógenas/reativas. Já o *Research Diagnostic Criteria* procurou a partir destes avanços, introduzir a concepção de uma depressão maior com a intenção de abarcar grupos mais definidos de pacientes, de forma que a partir de um ponto de vista transversal essa concepção compreenderia um conjunto de características clínicas que possibilitaria se estabelecer diferenças entre a depressão maior e as outras depressões.

Concepção que acabou por influenciar também sistemas classificatórios internacionais de diagnósticos mentais:

(...) O sistema classificatório norte-americano Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (“Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais”, a partir de sua 3ª edição, incorporou esse conceito, concedendo a permanência de alguns termos, como “melancolia” (na forma de um descritor secundário dos quadros de depressão), conceitualmente descontextualizados. A décima edição da Internacional Classification of Mental and Behavioural Disorders (“Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e Comportamentos” ou CID-10) seguiu essa mesma orientação. Assim, as classificações atuais utilizam como eixo central classificatório a dicotomia uni e bipolar. (Berlim, 2005: p. 34)

Dessa forma, determinam para as depressões unipolares critérios em que a concepção classificatória se dá a partir pontos de vista “ateóricos”, ou seja, definidos a partir de sua duração e intensidade. Critérios que possuem confiabilidade, mas que, entretanto, são considerados superficiais devido à complexidade que envolve a síndrome depressiva em suas variáveis.

O estágio de classificação no campo das depressões, entretanto, necessita de critérios mais avançados e capazes de realizar diagnósticos válidos para a depressão e sua situação no contexto de nossa contemporaneidade. (Berlim, 2005: 34-35)

### 1.2.2 – Questões atuais sobre a depressão

Para discutirmos os problemas envolvendo o conceito de depressão nos dias atuais, utilizaremos as análises de Manoel Tosta Berlinck e Pierre Fédida (2000), por considerarmos extremamente relevantes do ponto de vista da necessidade de se perceber para uma decisiva conceitualização da depressão, sua relação com a melancolia e evolução do homem diante de sua necessidade de civilizar-se.

Esses autores, em artigo intitulado “A Clínica da Depressão: questões atuais” procuraram criticar a tradição psiquiátrica e psicanalítica que não estabeleceu diferenças entre a depressão e a melancolia, reunindo-as dentro de um mesmo campo semântico. Neste sentido, também procuraram criticar os manuais de psiquiatria como o DSM-IV e o CID-10, já que dissolvem a melancolia na depressão. (Berlinck; Fédida, 2000: 9).

Dessa forma, para esses autores

[...] seria precipitado afirmar que a depressão constitui, na psicanálise pós-freudiana, uma estrutura clínica, como o são o recalque, a recusa da realidade e a negação ou forclusão.

Desde logo parece prudente caracterizar a depressão como um estado se manifestando em qualquer estrutura clínica. Porém, não seria correto dizer que existe depressão neurótica, uma depressão perversa, uma depressão psicótica. A depressão seria uma só ocorrendo nas diversas estruturas clínicas. (Berlinck; Fédida, 2000: 9).

Berlinck e Fédida apresentam a depressão como um estado marcado pela letargia e pouca sensorialidade, que teria como manifestação a apatia, tristeza, impotência diante dos acontecimentos da vida e pouco esperança por parte do indivíduo, de forma que o corpo penetraria em um estado que os autores denominam de insensibilização da sensorialidade. Sendo que neste estado ela possui variações como, por exemplo, a chamada depressão subclínica, que muitas vezes não pode ser percebida pelo analista senão a partir de vários sintomas psicovasomotores, reunião de sintomas, enfim, que se diferenciam do amuo depressivo. Assim, de acordo com os autores, (...) “são típica deste estado as seguintes queixas: opressão no tórax, pesadelos, pressão no crânio, sinusite, dores de cabeça, tonteiras, distúrbios do sono e da potência sexual.” (Berlinck; Fédida, 2000: 9).

Por outro lado, para estes autores, a depressão na outra ponta de seu extremo, pode se manifestar de forma intensa através de catatonia ou doença do sono. Estado psíquico que ao ter alterado a natureza de sua condição vegetativo-vital permitira tais manifestações psico-somáticas. Dessa forma, para os autores (...) “a letargia da sensorialidade é acompanhada por alteração no sistema vegetativo-vital associando-se a uma série de manifestações somáticas constituído, em seu conjunto, a linguagem própria da depressão.” (Berlinck; Fédida, 2000: 13)

A depressão vista dessa forma não seria uma condição só dos homens. Letargia e alteração das condições vegetativas-vitais estão presentes em animais e vegetais, através, por exemplo, quando entram em estado de hibernação enquanto ocorre a duração do inverno.

Como já havíamos descrito acima, a depressão se põe como algo recorrente à vida do homem em sociedade, desde o momento em que precisou abrir mão, a partir de sua necessidade de sobrevivência diante da catástrofe glacial, momento em que evoluiu de sua condição de animal para ser humano, de forma que a depressão foi um dos estados que acompanhou essa evolução, devido às transformações do meio ambiente e conseqüente perda do contato com a regularidade sexual, como também perda do objeto primário de satisfação. (Berlinck; Fédida, 2000: 13)

Vista dessa forma a depressão se constituiria como representação do corpo castigado pela angústia e maltratado pela catástrofe que fez com que o homem perdesse seu objeto primitivo de satisfação, bem como a perda da possibilidade de manutenção do contato com a regularidade sexual que era assegurada por sua sensorialidade primitiva e que havia desenvolvido antes da catástrofe glacial.

Assim, para os autores, a psique do homem assimilaria através de um tempo que lhe é peculiar a realidade que se constituiu a partir do estado vazio que se formou através dessa perda do objeto primitivo de satisfação e da regularidade sexual, permitindo que ela, a psique, pudesse ser constituída por uma economia que acabou por possibilitar a formação de uma estruturação narcísica desse vazio surgido por essas perdas de acordo com uma determinação particular. (Berlinck; Fédida, 2000:15)

O aparelho psíquico seria, portanto, a parte do sistema imunológico constituída, no humano, durante a catástrofe glacial. Trata-se de uma organização narcísica do vazio correspondente ao objeto de satisfação, à perda de contato com a regularidade sexual e visando proteger o humano da dor, da própria depressão e da angústia.

Esta não é uma estrutura psíquica porque é o estado próprio à estruturação do aparelho psíquico, permitindo dizer que não há estado a depressivo; que a depressão, por ser constitutiva do psiquismo e porque este peculiar aparelho prossegue, continuamente, se constituindo, caracteriza o humano. (Berlinck; Fédida, 2000: 15)

Dessa forma, o desenvolvimento do aparelho psíquico, como também a estruturação narcísica do vazio que estamos descrevendo, seria o local onde surgiria a angústia e uma nova sensorialidade no transcorrer do ciclo de hibernação. Assim, o psíquico que irá se desenvolver do contato e dependência de sua relação com o ambiente externo, como também pelo condicionamento que as pressões da experiência da vida lhe impuserem, será o campo do que se convencionou chamar de os aspectos endógenos e que se estruturaram a partir de uma gama de ações reativas em relação às agressões externas. Tais aspectos endógenos, segundo Berlinck e Fédida, estariam inteiramente próximos e relacionados com (...) “a catástrofe, a insuficiência e o somático.” (Berlinck; Fédida, 2000: 16)

(...) O aparelho psíquico é, assim, junto com a dor, a depressão e a angústia provocadas pela catástrofe, a primeira formação do endógeno, ou seja, é o endógeno constituindo-se na depressão como organização narcísica do vazio. (Berlinck; Fédida, 2000: 16)

Mas se a depressão realiza uma organização narcísica do vazio, em uma situação em que enquanto manifestação primitiva possibilita o desenvolvimento de uma sensorialidade inanimada e ao mesmo tempo viva. Essa sensorialidade em contato com a dura realidade de sobrevivência do humano diante de suas perdas irá aos poucos ceder lugar a outra sensorialidade denominada autista, produto de um constante renascer da sensorialidade nas condições descritas acima, que, no entanto, não se relacionaria com as imagens e só seria capaz de produzir “falas ecolálicas”. Dentro deste processo e em condições favoráveis, Eros concorreria para que as manifestações de sensorialidade pudessem se acentuar e se transformar em sensações que possibilitariam o desenvolvimento na psique de imagens mais vivas e dos sonhos.

De acordo com os autores:

(...) Este novo estado afetivo do aparelho psíquico, onde brotam sensações e imagens, denomina-se depressividade, um estado primaveril do psiquismo, onde o vivo deixa de ser inanimado para manifestar, com pujança, sua sensorialidade e seu imaginário.

O desligamento da maneira como o hominídeo se relacionava com a realidade antes da catástrofe glacial, a constituição do aparelho psíquico e subsequente erotização é a mais primitiva recusa da realidade provocada pela dor. Essa reviravolta leva, como já foi dito, à depressão e à depressividade que, se por um lado, protegem o hominídeo da realidade ameaçadora, o preparam, também, para o relacionamento humano com a realidade, intermediado pelo mundo interno próprio ao psiquismo. (Berlinck; Fédida, 2000: 17-18)

Com o desenvolvimento da depressividade surgiria o movimento de euforia e motilidade a partir de sua sensorialidade específica já descrita acima, fato que muitas vezes é representado por um estado maníaco, inclusive, podendo ser confundido com um transtorno bipolar. Mas que, por outro lado, não revelaria aspectos típicos da melancolia ou melancolia-maníaca, que levariam ao princípio de destruição e podem ser representados pelo ego e superego diante de seus conflitos, atração pelo Ego ideal, bem sofrendo pressão com as formas de se manifestar a

culpa. De forma que a culpa ao não ser tão primitiva como a depressão, já que teria surgido dentro do processo civilizatório e seria, dentro deste processo, representada como um fardo que o homem carregaria por ter que assassinar seu próprio pai, para poder evoluir da fase patriarcal (fase de uma comunidade de indivíduos) para uma fase de uma sociedade formada por comunidades (Freud, 1974: 155-156), foi processo representativo do surgimento do superego na psique, enquanto fruto da culpa inicial que internalizou a autoridade do pai primitivo em termos de sua sabedoria, força e brutalidade. (Berlinck; Fédida, 2000: 17-18)

Essa diferença, então, entre depressão e melancolia, levou Berlinck e Fédida a afirmarem:

(...) A depressão é, hoje, uma doença assolando, de forma particularmente notável, os países ocidentais mais ricos e onerando não só os sistemas de saúde como a produtividade do trabalho. É a partir do consumo da disseminação de antidepressivos, por clientes que estão em tratamento psicoterapêutico, que se observa uma clara diferença psíquica entre depressão e melancolia. Estes pacientes, invariavelmente, saem da depressão, mas permanecem com sintomas melancólicos. Há, portanto, depressão na melancolia. Porém, enquanto a primeira pode ser vista como estado, a segunda pode ser caracterizada - tal como Freud o fez - como neurose narcísica onde conflito intrapsíquico ocorre entre instâncias do ego e do superego implicando o sujeito na culpa. Em outras palavras, enquanto a depressão é estado de luto muito primitivo, manifestando-se sem culpa, a melancolia é neurose composta de conflito, culpa e depressão. A psiquiatria regida pelo DSM-IV e pelo CID-10 não reconhece, por sua vez, a existência da culpa ou até mesmo o conflito inconsciente que caracteriza a neurose. Por que, então, admitir a existência da melancolia? (Berlinck; Fédida, 2000: 10-11).

Para finalizar, segundo os autores, essa diferença entre depressão e melancolia deveria ser considerada pelos tratamentos psicoterapêuticos para que se possa perceber, sobretudo, em relação à melancolia, o problema que o conflito entre o ego e o superego assumiria diante dessa neurose narcísica. Por outro lado, se faz necessário também, considerar-se no tratamento do depressivo melancólico, as diferenças entre depressividade e mania.

Portanto, ao retomar nossa discussão inicial em que o sentimento de culpa estabelecer-se-ia como verdadeiro mal-estar da necessidade do homem em evoluir e civilizar-se percebemos, que ele esta presente nas mais recentes discussões que criticam o conceito de depressão no momento de diferenciá-lo da melancolia. E, embora exista o sentimento de culpa na melancolia, de forma alguma podemos

pensar que, por outro lado, a depressão deixaria de representar por tudo o que viemos discutindo, um mal-estar surgido a partir da evolução do homem a caminho de seu processo civilizatório.

## REFERÊNCIAS

- BERLIM, Marcelo Turkienickz. **Transtornos depressivos, ideação suicida e qualidade de vida em pacientes depressivos ambulatoriais**. Porto Alegre, 2005. 71 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. .
- BERLINCK, Manoel Tosta e FÉDIDA, Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. III, n. 2, jun. 1999. P. 9-25.
- COLEMAN, James Covington. **A Psicologia do Anormal e a Vida Contemporânea**. Tradução Dante Moreira Leite e Miriam L. Moreira Leite. São Paulo: Pioneira, 1973. 484 p.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1974. 110 p.
- SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2002. 483 p.

## NOTAS

---

<sup>i</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - MAPSI - da Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Rondônia.