

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

JÉSSICA VILA REAL DE QUADROS

UMA LEITURA DA DEPRESSÃO NA PERCEPÇÃO PSICANALÍTICA

Paracatu

2022

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

JÉSSICA VILA REAL DE QUADROS

UMA LEITURA DA DEPRESSÃO NA PERCEPÇÃO PSICANALÍTICA

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Ciências Humanas

Orientador: Prof. Alice Sodré dos Santos

Paracatu

2022

Q1u Quadros, Jéssica Vila Real de

Uma leitura da depressão na percepção psicanalítica. /Jéssica Vila Real de Quadros - Paracatu: [s.n.], 2022.

28 f.

Orientador: Prof^a. Alice Sodré dos Santos.

Trabalho de conclusão de curso (graduação)
UniAtenas.

1. Depressão. 2. Psicanálise. 3. Psicologia. I.
Quadros, Jéssica Vila Real de. II. UniAtenas. III. Título.

CDU: 159.9

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

JÉSSICA VILA REAL DE QUADROS

UMA LEITURA DA DEPRESSÃO NA PERCEPÇÃO PSICANALÍTICA

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Ciências Humanas

Orientador: Prof. Alice Sodré dos Santos

Banca Examinadora:

Paracatu-MG, _____ de _____ de _____

Esp. Alice Sodré dos Santos
Centro Universitário Atenas

Msc. Analice Aparecida dos Santos
Centro Universitário Atenas

Dra. Eleusa Spagnoulo Souza
Centro Universitário Atenas

AGRADECIMENTOS

É com muita alegria que finalizo este trabalho, foram dias de muitas correrias, trabalho, estágio, relatórios, supervisões que as vezes parecia que o tempo era pouco para muitas coisas, más com todo esforço e dedicação e carinho pela Psicologia deu tudo certo, é tão gratificante quando fazemos algo que gostamos. Quero agradecer a minha família por todo apoio, desde o começo da realização desse sonho, que era me formar em Psicologia. Meus pais Andréia e Vladimir e minhas irmãs Juliana, Carol e ao meu namorado Diogo por sempre estar comigo nessa caminhada, ao grupo Psicomigas que compõe minhas amigas e colegas. Agradeço também a minha maravilhosa orientadora Alice, que fez um lindo trabalho me orientando durante a conclusão deste e que fiquei muito feliz por ter estado até o final comigo, já sentia uma empatia por ela, por saber que ela é da linha da Psicanálise.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender dentro da perspectiva psicanalítica o que é a depressão. A pesquisa trata-se de um levantamento bibliográfico de cunho hipotético-dedutivo. A pesquisa se justifica pela percepção que o indivíduo com depressão assistido por profissionais da área da psicologia e da psicanálise tende a buscar uma vida melhor. Conclui-se que a depressão começou a ser tratada com abordagens mais amplas pelos profissionais de psicologia, assim seus elementos passaram a ser estudados com maior amplitude.

Palavras-chave: Depressão; Psicanálise; Psicologia.

ABSTRACT

The present work has as a general objective to understand, within the psychoanalytic perspective, what depression is. The research is a bibliographical survey of a hypothetical-deductive nature. The research is justified by the perception that the individual with depression assisted by professionals in the field of psychology and psychoanalysis tends to seek a better life. It is concluded that depression started to be treated with broader approaches by psychology professionals, so its elements started to be studied with greater amplitude.

Keywords: *Depression; Psychoanalysis; Psychology.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA.....	8
1.2 HIPÓTESES	8
1.3 OBJETIVOS.....	9
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	9
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	10
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	10
2 A HISTÓRIA DA DEPRESSÃO	11
2.1. A depressão e a implicação da medicação.....	14
3 FREUD E AS CONCEPÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A DEPRESSÃO.....	17
3.1. As origens do termo depressão e as ideias de Lacan	19
4 PRÁTICA PSICANALÍTICA DOS CASOS DE DEPRESSÃO	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), que afeta cerca de 5,8% da população brasileira, desse modo, cerca de 300 milhões de pessoas no mundo apresentam esse transtorno psicológico. (FURTADO, 2018)

Além disso, esse número cresce principalmente em regiões onde a população possuiu baixa renda, e muitas vezes essa comunidade não recebe o devido cuidado que precisa. (TEIXEIRA, 2008)

Sabe-se que uma das causas de morte de muitos jovens com a faixa etária entre 15 e 29 anos, vem dessa doença a depressão, que acaba levando a esses jovens cometer suicídio. (MEDEIROS; MATTOS, 2008)

Assim, atualmente, a depressão vem sendo um dos grandes assuntos de discussão em diversos campos da saúde, quanto na psicologia como na psiquiatria, assim se busca compreender como surgiu essa doença, além de seus aspectos psicossociais que também está interligado. (FURTADO, 2018)

Desse modo, abordaremos como surgiu a depressão, como se desenvolveu ao longo da história, como ultimamente tem se cuidado dessa patologia e até que ponto a medicação consegue tratar essa doença. (MEDEIROS; MATTOS, 2008).

1.1 PROBLEMA

Com se dá a atuação do psicanalista em relação aos casos de depressão?

1.2 HIPÓTESES

Pessoas que desenvolvem a depressão podem ser auxiliadas com o devido tratamento psicológico, desse modo a implementação de medicamentos adequados pode ajudar os pacientes que sofrem com a patologia, mas, a importância do profissional de psicologia no tratamento da depressão não pode ser descartada, já que o que vemos é uma medicalização do sujeito nessa situação. Assim, a visão psicanalítica da depressão serve como uma das formas de acompanhamento e

tratamento desses casos, proporcionando uma perspectiva do ponto de vista criado ao longo da história da psicanálise.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender sob o viés dentro psicanalítico como se dá a definição e intervenção em casos de depressão.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conceituar historicamente a depressão;

Abordar sobre a depressão no viés psicanalítico de Freud e Lacan;

Estudar a percepção Psicanalítica dos casos de depressão;

Apresentar uma crítica à lógica medicamentosa como única fonte de tratamento;

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O interesse pela temática se originou devido a percepção que o indivíduo com depressão assistido por profissionais psicanalistas tende a buscar uma vida melhor nas mais diferentes esferas, a exemplo da profissional e a afetiva. (GIL, 2002).

Além do interesse da pesquisadora pela temática, o estudo justifica-se pelas seguintes razões: o interesse em conhecer as principais causas e formas de tratamento em relação ao indivíduo com depressão. (GIL, 2002).

É preciso frisar que a depressão representa uma patologia bastante presente no cotidiano das pessoas, contudo, destacamos o papel do profissional da psicanálise, no acompanhamento dos sujeitos envolvidos neste contexto. (GIL, 2002).

No campo acadêmico; a pesquisa se reveste de importância pelas contribuições que trará para professores, pesquisadores e estudantes da área de Psicologia: No campo social: a pesquisa justifica-se pelo fato de que a identificação das principais demandas de depressão representa é um elemento importante para os profissionais da psicanálise. (GIL, 2002).

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

A pesquisa classifica-se em uma revisão bibliográfica, pois está baseado em pesquisas acerca em discussão de outros autores sobre o tema, proposto já concretizados, referenciando com o que nos informa Gil (2002), ao destacar que a revisão bibliográfica tem como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. (GIL, 2002).

Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. Além disso a pesquisa terá uma metodologia de natureza qualitativa. (GIL, 2002).

Para a realização dessa revisão bibliográfica, serão utilizados artigos científicos e livros encontrados nas bases de dados SciELO e Google Acadêmico.

As palavras chaves utilizadas na busca serão: Psicologia; Depressão; Psicanálise.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho foi dividido em cinco capítulos, o primeiro referente a história da depressão, trazendo conceitos e assuntos.

O segundo será abordado sobre as contribuições de Freud e suas concepções psicanalíticas sobre a depressão.

O terceiro são as ideias de Lacan sobre a origem da depressão.

O quarto capítulo como se dá a atuação psicológica em casos de depressão.

E o quinto capítulo a depressão e a implicação da medicação.

2 A HISTÓRIA DA DEPRESSÃO

A depressão é descrita desde a época do Egito, a Grécia antiga e a era moderna, sendo nessa época uma tristeza profunda, desesperança, sensação de vazio, desânimo, falta de apetite, desinteresse de atividades, isolamento e ideação suicida (QUEVEDO, 2018). Nos escritos bíblicos do Egito antigo o estado emocional relacionado a depressão eram ditos como mal espíritos. Assim Hipócrates (séc. V a.c.) como uma descrição equivocada que a depressão seria uma melancolia resultante da disfunção cerebral. Hipócrates não via a depressão como algo distinto, mas a outras condições como medo, “delírio sem febre”. (QUEVEDO, 2018).

As condições melancólicas eram vistas como um estado de tristeza, ansiedade, medos indeterminados, impulsos suicidas, tendências paranoides. (QUEVEDO, 2018). Em seu trabalho, Ciotti (2012) relata que nesse contexto, as crenças de disfunções cerebrais eram causadas por um excesso de Bile negra, um dos quatro humores dos fluídos corporais: sangue, catarro, bile negra e bile amarela, apesar de ser descartado pela medicina esses humores, a psicologia usa muito nas suas teorias das personalidades associadas aos quatros humores.

Entendendo os quatro humores aquele que se irritava facilmente era considerado como tendo bile amarela em excesso, muito catarro tornava a pessoa muito frio ou apático. (CIOTTI, 2012).

Excesso de bile negra era associado aquele que era uma pessoa melancólica, depressiva. (CIOTTI, 2012). Aquele que tivesse muito sangue tornava-se um paciente otimista, alegre, sendo assim os antigos pensadores médicos gregos e romanos teorizavam que o desequilíbrio físico e mental era causado por um dos quatro humores. (QUEVEDO, 2018).

Onde o excesso de cada humor representava um certo temperamento de cada paciente. (CIOTTI, 2012). Onde a psicologia usa muito de acordo com os gregos antigos eles precisavam estar em equilíbrio. (MONTEIRO, 2017).

De Lacerda (2013) traz uma visão dos transtornos mentais voltada para o século V (476 d.c.), quando ocorreu a queda do Império Romano. Com isso, o pensamento greco-romano, incluindo contribuições no campo da ciência e da medicina, foi abandonado e substituído pela visão religiosa sobre a ubiquidade de uma entidade divina e um modelo maniqueísta. Os transtornos mentais passaram a ser incluídos na demonologia da época.

O monge Ionnes Cassianus introduz o termo acídia, palavra de origem grega que significa “estado de descuido”, para designar estados variados de apatia, preguiça, indolência, negligência e enfraquecimento, de modo que essa palavra pode ser considerada um termo medieval para a melancolia. (DE LACERDA, 2013).

De Lacerda (2013) ainda relata que o São Gregório Magno (Roma, 540-604) incluiu a acídia entre os sete pecados capitais, tornando-a sujeita à penitência. São Tomás de Aquino (Roccasecca, 1225-Fossanova, 1274), apesar de seu profundo moralismo, demonstrou-se mais benevolente com os melancólicos. Isso porque a vitória sobre a acídia trazia o contentamento, a maior de todas as virtudes, que expressava a união mística com Deus, e, portanto, a penitência para o pecado da acídia foi atenuada (DE LACERDA, 2013).

Essa postura perdurou até 1233, quando teve início o período de Inquisição na Igreja Católica, uma época em que se condenava à morte tanto os mais proeminentes intelectuais que ousavam refutar os dogmas religiosos quanto os doentes mentais, seja por motivos heréticos, seja por motivos demonológicos (DE LACERDA, 2013).

Encurralados pela Igreja Católica, muitos pensadores encontraram refúgio no mundo árabe, onde as principais obras científicas e filosóficas greco-romanas foram traduzidas e continuaram sendo aprimoradas (DE LACERDA, 2013). Nesse âmbito, a teoria galênica dos humores continuou a prevalecer no âmbito de entendimento da doença mental, sendo o transtorno psiquiátrico mais frequentemente identificado, a melancolia (DE LACERDA, 2013).

De Lacerda (2013) levando em consideração esse contexto, destaca o pensador persa Avicenna (980-1037), cujos escritos revelam como a teoria humoral e as descrições greco-romanas dos sintomas da melancolia viajaram da Europa Ocidental para o mundo árabe.

Avicenna defende que a presença anormal de bile negra é provocada por um processo de superaquecimento e sedimentação e postula uma lista de sinais e sintomas da melancolia que vão desde desconfortos físicos até desequilíbrios mentais, como medos irracionais, prejuízo no julgamento, falsas crenças e percepções distorcidas da realidade. Outra importante contribuição nesse período é a obra do médico árabe Ishaq Ibn Imran, intitulada *Melancholia*, em que se encontra uma descrição dos principais sintomas da doença, como o mutismo, a imobilidade, distúrbios do sono, agitação, desânimo, choro e risco de suicídio. Ainda na Idade Média, a freira alemã Hildegard (1098-1179) foi pioneira ao apontar a melancolia em seus estudos sobre causas e curas para as doenças, assim como diferenças na manifestação desta entre homens e mulheres (DE LACERDA, 2013, p. 02).

De Lacerda (2013) relata que o final da Idade Média inaugurou a Idade Moderna, consagrando o início de um intenso e significativo movimento social, cultural e intelectual: o Renascimento. Não há consenso sobre a cronologia desse momento histórico; estima-se que abranja os séculos XIV, XV e XVI. A visão religiosa e maniqueísta que marcou o pensamento medieval é convertida em uma visão humanista, e a doença mental passa a ser compreendida prioritariamente a partir de uma perspectiva biológica, filosófica e psicológica. Na era moderna, testemunha-se o período de transição da percepção da melancolia baseada no modelo humoral galênico para a ciência moderna, na qual a alquimia é substituída pela química e os humores são substituídos por nervos.

Immanuel Kant (1724-1804), proeminente filósofo metafísico, também contribuiu com uma proposta de classificação dos transtornos mentais, separando-os do quadro de retardo mental e identificando três entidades nosológicas principais: melancolia, mania e insanidade. Em De Lacerda (2013), ele descreve ainda a hipocondria, de modo semelhante a como é descrita na atualidade, como uma forma de manifestação da melancolia.³ No século XIX, o termo melancolia e as elucubrações relacionadas perderam sua valência no panorama científico. O termo depressão, por sua vez, emergiu definitivamente e consolidou-se nas décadas seguintes como entidade nosológica independente. Desde então, a edificação da teoria da depressão, fundamentada na investigação científica e na observação clínica, que sustenta as práticas médicas, tem evoluído.

A depressão se tornou um destaque frente as psicopatologias contemporâneas, ficar deprimido é uma condição do sujeito pós-moderno (BAUMAN,1998). Uma das principais formas de adoecimento e sofrimento humano, em cada vez mais sendo considerada a expressão do mal-estar contemporâneo, como indica (KEHL, 2015).

Nesse mesmo sentido, Moreira (2018) indica, que a depressão aparece em um mundo desprovido de ideias, no qual o sujeito tenta ser seu próprio ideal e fracassa. Dessa forma é possível reforçar a relação de influência entre constituição subjetiva e contexto-sócio-cultural.

2.1. A depressão e a implicação da medicação

A depressão é uma patologia psiquiátrica muito prevalente na população, cerca de 3% a 5% desta. Em populações clínicas observamos um número maior cerca de 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais de 9% a 16% internados (KATON,2003). Por mais que tenha essa incidência alta a depressão ainda é subdiagnosticada e, quando bem diagnosticada, muitas vezes tratada de forma inadequada, com dosagens altas.

Cerca de 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente (HIRSCHFELD et al., 1997). Estudos mostram maior mortalidade em pacientes com sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças crônicas (COOPER et al., 2002).

A avaliação adequada para os quadros depressivos em pacientes é difícil pela superposição dos sintomas da patologia clínica (fadiga, dor, insônia, lentidão) bem para chegar a internação. Usando-se de critérios intuitivos com os sintomas desproporcional entre o início dos sintomas e a patologia clínica, fazem induzir a erros como postergar o diagnóstico de depressão. (Cooper et. al., 2002).

Já em pacientes internados pode se avaliar medidas de sintomas depressivos obtendo prazer das visitas dos familiares e amigos e colegas de quarto vislumbrando-se de uma melhora e a possibilidade de realizar novamente as tarefas como e planos para o futuro. Uns sintomas podem estar associados a baixa autoestima, desesperança, pensamento de morte e ideação suicida. (FURLANETTO, 2001).

O fenômeno da medicalização da vida é latente na sociedade contemporânea. Em seu bojo está o crescimento acelerado da indústria farmacêutica, alocando a produção de medicamentos como o segundo setor mais rentável do mundo, como também o segundo em concentração de capital, competindo apenas com grandes bancos internacionais (SANTOS & FARIAS, 2010).

Machado (2014) aponta que houve um aumento significativo do consumo de certos fármacos nos últimos anos, dentre eles, os psicofármacos estão no topo da lista. Esse aumento no consumo de psicofármacos aliados ao crescente números de diagnósticos e ao aparecimento constante de novas síndromes no campo da psiquiatria contemporânea gera na visão de Machado (2014) um crescimento do

“mercado das doenças”, descrito como a busca da indústria farmacêutica em tornar medicações um produto de consumo cada vez maior.

Os antidepressivos detêm o terceiro lugar entre os fármacos mais vendidos no mundo. Somente nos Estados Unidos onde os antidepressivos foram durante alguns anos o tipo de medicamento mais consumido o volume de vendas desses fármacos foi, em 2004, de 10 milhões de dólares, mais da metade das vendas mundiais (MACHADO, 2014).

Na visão de Camargo Jr. (2010) a indústria farmacêutica vem buscando elevar seus medicamentos a um patamar de produto a ser consumido, para isso, faz uso de dados estatísticos patrocinados pela própria indústria.

(...) o mercado farmacêutico não se esgota nos medicamentos. Médicos psiquiatras norte-americanos são financiados pelos laboratórios farmacêuticos para proferir conferências sobre seus medicamentos. Cursos para diagnosticar transtornos mentais são ministrados, revistas médicas são financiadas para a publicação de resultados favoráveis aos medicamentos e empresas de exames médicos crescem desenfreadamente nos Estados Unidos com o mercado de diagnósticos de transtornos mentais por meio de imagens cerebrais. A empresa norte-americana CereScan, por exemplo, integra essa lista, prevendo a abertura de vinte novos centros nos Estados Unidos (APPAIX, 2011. p. 07).

Essa busca da indústria farmacêutica em aumentar o consumo de medicamentos não ocorre apenas com antidepressivos, Machado (2014) também aponta para diagnósticos de transtornos mentais na infância, como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o autismo, esses diagnósticos aumentaram de forma que apresenta efeitos proporcionais no mercado farmacêutico.

No Brasil, o segundo maior consumidor de metilfenidato, usado principalmente em crianças diagnosticadas com TDAH, o Boletim de Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aponta um crescimento de 75% no consumo deste medicamento entre 2009 e 2011 (FERREIRA, 2013).

De acordo com Piagnarre (2012) a depressão permanece como um dos principais motores da indústria farmacêutica, para o autor, o “surto” de depressão a que assistimos se configura como uma verdadeira epidemia. No dicionário Michaelis da língua portuguesa, a palavra epidemia é definida como: "1. Doença que ataca ao mesmo tempo muitas pessoas da mesma terra ou região; 2. Ideias, sistemas ou coisas que se difundem com abundância e rapidez, dominando os espíritos ou os costumes"

(Michaelis, 1998, p. 831). Dito de outro modo, uma das características da epidemia é a relação que se estabelece entre as grandezas tempo e quantidade. (MACHADO, 2014).

Na visão de Piagnarre (2012), constata-se a possibilidade e a potencialidade da indústria farmacêutica para criar nichos de consumidores para um fármaco específico, investindo no público-alvo.

Para Machado (2014) o aspecto psicológico da depressão diz respeito às vantagens, ou ainda - no vocabulário psicanalítico - à resistência gerada pelo benefício secundário que ela proporciona ao deprimido. Em outras palavras, para justificar comportamentos, é mais legítimo assumir-se "deprimido" do que engendrar reflexões sobre o modo de vida contemporâneo.

Barbosa (2011) evidencia que no geral, temos uma visão de sofrimento emocional, como a própria depressão, carregada de estigmas, as pessoas têm vergonha de admitir suas angústias e aflições, admitir e expressar o que passam.

A forma como é dada o acesso a informações sobre saúde mental, a falta da avaliação adequada para os diagnósticos de depressão, estigmas e tabus sociais, todos esses fatores rondam a mente depressiva. (BARBOSA, 2011).

Quanto ao acesso a informações sobre saúde mental, Barbosa (2011) aponta a importância do papel do psicólogo nesse meio, atuando não só como terapeuta, mas com interesse em garantir a propagação dessas informações referente a processos psicológicos.

Então, referindo-se ao trabalho de Barbosa (2011) e outros autores, como Machado (2014), é necessária uma atuação psicológica atualmente que não seja só voltada para diagnósticos e encaminhamentos, mas voltada para garantia de atendimento de qualidade, busca de quebra de estigmas sociais quanto ao tema e intervenções na área que sejam voltadas para esse público. No contexto atual, podemos dizer que essas são as funções que cabem ao psicólogo.

3 FREUD E AS CONCEPÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A DEPRESSÃO

Segundo sua teoria Freud não menciona a depressão como a psiquiatria e como hoje se mantem. Freud apresenta estudos sobre estados depressivos e processos inibitórios no qual aborda a neurose de angústia, melancolia, para assim chegarmos no ponto da depressão. (FURTADO, 2018). Neurose de angústia é uma excitação que permanece livre, não ligada, que quer se conectar a algo, más não consegue, é uma excitação não consumada. (COELHO & JUNQUEIRA, 2006)

A melancolia foi considerada uma patologia predominante durante o século XIX, e a depressão tornou-se a patologia mais debilitante e também a expressão do mal-estar nos tempos atuais. O sofrimento psíquico de ambas funciona como uma manifestação desse mal-estar sob forma de sintomas:

O mal-estar da civilização para Freud aponta para o sentimento de culpa dentro do projeto civilizatório, que fere a autenticidade dos valores e conduz o sujeito a viver em uma incomoda condição. Seria difícil o ser humano se sentir feliz na civilização. Todo o ser humano aspira a felicidade, o funcionamento do psiquismo é governado desde a origem pelo princípio do prazer, e a satisfação imediata do prazer. (FURTADO, 2018. p. 06).

Ainda em seu trabalho, Furtado (2018) relata que os paradoxos criados pela cultura e pelos seres humanos para proteger-se da infelicidade, é responsável pela infelicidade deles, porque exige o sacrifício das suas pulsões, a cultura se baseia na repulsa pulsional, ela limita o ser humano, para explorar a sua energia para fins próprios.

Ana Freud faz um estudo sobre a melancolia e a depressão onde o luto e a melancolia se prevalece na forma de que a perda de um objeto seria o luto e a melancolia como uma resposta mais patológica:

Para a psicanálise, tanto a melancolia quanto a depressão estão relacionadas pelo sentimento de perda. Segundo Freud, a depressão é um sintoma que pode estar presente na estrutura psíquica de qualquer sujeito, vinculada a um afeto ou estado que envolve tristeza, desgosto, inibição e angústia. Já a melancolia está associada a um estado inconsciente de impossibilidade de elaboração do luto, uma neurose narcísica. Na psicanálise o afeto significa destinar a energia psíquica do desejo a um determinado objeto (pessoa ou coisa). Estado inconsciente segundo Freud é um reservatório de sentimentos, pensamentos, impulsos e memórias que estão fora da percepção consciente (FURTADO, 2018, p. 08).

O luto é um processo lento e doloroso, que tem como características uma tristeza profunda, afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a

pensamentos sobre o objeto perdido, a perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de substituição com a adoção de um novo objeto de amor (FREUD, 1915).

Medeiros & Matos (2008) em sua pesquisa, apontam para o estudo de Freud no qual relata que o luto se dá a partir da perda de um objeto, ou de um ideal, assim para se fazer bem esse luto deve se trazer à tona lembranças relativas ao objeto, onde se deve investir nessas lembranças para assim se desligar essa libido e o eu estar livre para novos investimentos, finalizando o trabalho do luto, onde a libido fica livre para substituir novos objetos.

Em seu trabalho, Lewkovitch (2016) descreve o que definimos como ideal sendo a forma como o sujeito construirá sua imagem, partindo de um referencial que o faz buscar corresponder às expectativas para ser amado por esse referencial imaginário, gerando um sujeito que se cria na visão do outro.

Na melancolia, Freud fala que a uma perda inconsciente de um ideal, uma vez que a identificação de um objeto perdido seria narcísica, assim esse “eu” torna-se desinvestido, rebaixando a auto estima. (TEIXEIRA, 2008).

O objeto estará sempre a serviço dos movimentos das pulsões sexuais, tal como Freud as define em sua primeira teoria das pulsões. Os objetos de atração e objetos de amor são em geral indivíduos que se articulam não apenas a relações pulsionais, mas sobretudo a relações do ego total com os objetos. Narcisismo termo empregado em 1887, pelo Psicólogo Frances Alfred Binet que consiste em se tornar a própria pessoa como objeto sexual. (COELHO JR, 2001. p. 42).

Teixeira (2008) exemplifica a baixa autoestima relacionado o conceito com a concepção freudiana da autocritica dos melancólicos, que demonstra um Eu que se contrapõe a si mesmo, havendo uma insatisfação moral consigo, as autocríticas sejam de forma inconsciente, principalmente ao objeto perdido e não ao Eu (Freud,1917/2010).

Freud (2004) vem definir o narcisismo como um estágio no qual o alvo da pulsão libidinal do sujeito é voltado para ele mesmo, propondo que o Eu também é alvo de pulsões e apenas uma parte se dirige a outros objetos.

Freud (1917) explica o deslocamento do amor para a identificação narcísica, e o ódio, irá atuar sobre um objeto substitutivo ao objeto perdido, obtendo uma satisfação sádica que será subvertida - devido à regressão narcísica - em forma de auto martírio. A libido livre pela perda não foi atribuída ao outro objeto, mas voltou-

se ao Eu de uma forma não usual: este Eu agora se identifica com o objeto perdido, fazendo com que a ambivalência se manifeste em desvalorização de si.

Freud (1914) definiu Libido como uma energia originada nas pulsões e que direciona nossos comportamentos, as pulsões são o que move o aparelho psíquico. A libido está presente em todas as experiências sensoriais da infância, resultando em sensações de prazer e desprazer. Ideal de Eu o Eu ideal Freud fala de um narcisismo infantil, onde o eu era seu próprio ideal, e se atribuía a uma perfeição imaginária

3.1. As origens do termo depressão e as ideias de Lacan

Medeiros & Mattos (2008) falam sobre o cunho do termo depressão no final do XIX, com o intuito de categorizar uma condição de desânimo e desinteresse.

O termo depressão é relativamente novo na história, tendo sido usado pela primeira vez em 1680, para designar um estado de desânimo ou perda de interesse. Em 1750, Samuel Johnson incorporou o termo ao dicionário. O desenvolvimento do conceito de depressão emergiu com o declínio das crenças mágicas e supersticiosas que fundamentavam o entendimento dos transtornos mentais até então. Desse modo, a história do conceito de depressão tal como o concebemos na atualidade tem seu início no século XVII. (LACERDA; SOUZA, 2021, p. 14)

Para Lacan (2003), o conceito de Depressão representa algo amplo, pois de acordo com o autor:

A tristeza, por exemplo, é qualificada de depressão, ao se lhe dar por suporte a alma, ou então a tensão psicológica do filósofo Pierre Janet. Mas esse não é um estado de espírito [état d'ame], é simplesmente uma falha [faute] moral, como se exprimiam Dante ou até Espinosa: um pecado, o que significa uma covardia moral, que só é situado, em última instância, a partir do pensamento, isto é, do dever de bem dizer, ou de se referenciar no inconsciente, na estrutura. (LACAN, 2003, p. 524)

Sabe-se que na antiguidade, a ideia de melancolia já era discutida pelos autores clássicos, por Aristóteles, Sócrates dessa forma essa condição era analisada da seguinte maneira. (LACERDA; SOUZA, 2021)

Com o passar dos anos, a depressão começou a ser alvo de abordagens mais amplas pelos profissionais de psicologia, como a abordagem psicanalítica, humanista e a cognitivista, assim seus fatores ou elementos passaram a ser estudados com maior profundidade pelos especialistas. (MEDEIROS; MATTOS, 2008)

Acerca das condições depressivas como a tristeza, melancolia, mania e paranoia, Teixeira (2008), busca explicar as concepções de Lacan, ao destacar que Depressão corresponde a um estado resultante de uma covardia moral.

Assim conforme o autor:

É Lacan ([1973] 2003) quem diz, sem meias palavras, em *Télévision*, quando se refere ao afeto depressivo, que este resulta de uma covardia moral (*lâcheté morale*). E muito embora esse termo traga consigo uma conotação claramente ética, é preciso não o encerrar numa abordagem puramente moralista das patologias depressivas, já há muito em desuso nas abordagens contemporâneas do sofrimento psíquico. É preciso entender que Lacan, ao qualificar a depressão como efeito de uma *lâcheté*, está antes se referindo a ela como efeito de uma frouxidão, de uma ausência de tensão necessária ao exercício lógico do pensamento. (TEIXEIRA, 2008, p. 30)

Lacan (2003) toma, durante seu ensino identificando o depressivo como aquele que desiste de seu desejo. Não determina como a nosologia, ou um estado psicológico, mas no decorrer dos seus textos, a depressão se configura como uma posição subjetiva diante do próprio desejo, em que o sujeito se recua frente ao trabalho psíquico pela falta do outro, como mostra a leitura lacaniana das Teses de Freud (1917) em “Luto e melancolia”.

Coser (2003) fala que o luto em Lacan figura como um furo no real, a referência que Coser (2003) toma de Lacan é de 1959, ano o qual ele ainda não tinha o conceito de real. Assim, o real corresponde à realidade. Pautando na afirmação de Freud “no luto que o mundo se torna vazio”. (FREUD, 1917, p. 114).

Para Coser (2003) Lacan parte da lógica significante e significado, o caracteriza como uma “operação de significantização da perda, sendo uma tentativa de ligar, ela via do significante, a dimensão intolerável que acarreta. Assim em outras palavras a perda do objeto cria um buraco na existência, um espaço que falta significantes para dar conta do luto, abalando a estrutura do universo significante. Assim sendo, no luto, o buraco existencial criado pela perda encontra-se no real e “Esse buraco oferece o lugar onde se projeta o significante faltante, essencial à estrutura do Outro. Trata-se deste significante cuja ausência torna o Outro impotente para dar-lhe a resposta (...)” (LACAN, 1959, apud COSER, 2003, p. 118).

4 PRÁTICA PSICANALÍTICA DOS CASOS DE DEPRESSÃO

Segundo Elisabeth Roudinesco (2000) a depressão é uma das doenças como a principal patologia que mais cresce, ela se manifesta como um sofrimento psíquico. A depressão como “Mal-estar na civilização “que antes na idade média era falado como melancolia KEHL, 2009).

Para Kehl (2009) esse mal-estar na civilização é um sintoma produzido no grande Outro lacaniano, esse grande Outro, de acordo com Urtado (2017) se apresenta como uma forma de ser constituído onde o Outro por sua vez é a identificação com algo externo ao ser que é necessária para a constituição da própria subjetividade. Dentro desse mal-estar na civilização descrito por Kehl (2009), esse grande Outro se divide do inconsciente do sujeito, gerando uma falha na identificação com a própria subjetividade humana.

Dias (2003) relata que as pessoas não ficam mais tristes e sim deprimidas, aparecendo assim mais pacientes em consultórios psicanalíticos com rótulos de depressivos e fazendo uso de medicações. Assim cabe entendermos como a prática da psicanálise pode compreender frente a depressão, assim a psicanálise se pensa o sujeito a partir do inconsciente.

A partir da transferência do paciente com o analista e a realidade psíquica é possível ter um diagnóstico psicanalítico da depressão. Dessa forma, Dias (2003) aponta que a depressão em psicanálise refere a uma posição do sujeito conectadas a estruturas de fantasmas na estrutura psíquica do paciente.

O fantasma, como descrito por Lucas (2019) pode ser descrito como um guia para a questão do desejo do paciente, ele não se manifesta como necessidade, nem demanda, nem prazer, ele aparece como um obstáculo, uma proteção em face de um desejo perturbador do paciente, e como dito por Freud, impossível de ser socializado totalmente.

Em sua obra, Kehl (2009) postula que o bebê após nascimento julga que a mãe é o prolongamento do seu próprio corpo, cuja a finalidade é apenas atendê-lo em todas suas necessidades criando assim uma identificação projetiva, conforme o bebê vai crescendo a percepção do bebê vai mudando percebendo que sua mãe é independente dela.

Na visão de Dias (2003), a posição depressiva se dá porque o bebê projeta na mãe seus desejos e ansiedades a devolução que ela lhe faz vai construindo assim

significados assim onde a criança vai se organizando, assim vendo que os pais têm um vínculo (libidinal) assim projetando nos dois desejos de agressividade, surgindo assim a privação ciúme, inveja, a criança sente-se que destruiu os pais com a sua agressividade iniciando a posição depressiva.

De acordo com Dias (2003), a escolha do tipo clínico se dará somente na segunda passagem do segundo tempo edipiano, que seria a passagem da frustração para privação, a identificação com o objeto da mãe ocupar desse lugar e demitir-se desse desejo. Durante essa estruturação do tempo assim chamada a posição depressiva, o deprimido seria um prisioneiro dessa passagem, se mantendo no estágio de frustração, não se colocando em forma de despertar o investimento do outro sobre ele.

Segundo o autor o sujeito se demite para não se haver com o objeto materno, evitando o confronto com circunstância de amor e ódio, amor e perda. A saída pela depressão é uma saída que o sujeito cai antes da queda, não se confrontando ou brigando (DIAS,2003, p.70).

Lacan (1973) aponta que o depressivo não se disponibiliza ao confronto, diferente do neurótico que evita a queda se havendo dela. Quando se fala em depressivo o sujeito se coloca em uma posição de demissão subjetiva.

Para Lacan (1973) a demissão subjetiva seria o compromisso ou o descompromisso com a condição desejantes as escolhas de vida que mais importa e interessa a cada sujeito. De acordo com Lacan (1973), o desejo é a 'metonímia do nosso ser'. Na impossibilidade de reencontro com a totalidade do SER, sempre perdido, as moções do desejo representam o ser a partir de pequenos fragmentos, de frações metonímicas, como as ruínas das grandes edificações desaparecidas permitem deduzir que um dia elas estiveram inteiras, ali. Ceder dessa dimensão equivale a desistir de ser.

Para Roudinesco (2000) é visto que a concepção de Freud a respeito de um sujeito inconsciente é constantemente atormentada por questão relacionadas a sexualidade. A autora aponta que o sujeito é tomado por um vazio de significações na tentativa de abandonar seu desejo e de evitar um conflito. Assim o sujeito não quer saber de nada que venha do outro nem com as relações entre o desejo e o outro. Por assim o sujeito não consome e não investe do mundo, não se apaixona.

Com as questões da temporalidade onde o tempo do trabalho e do consumo invadem nas horas tidas como lazer, implica o sujeito a ser produtivo a todo tempo, utilizando suas horas para de maneira que “renda a vida” (KEHL,2009, p.25).

O depressivo no momento se contraria a sociedade atual e resiste ao imperativo de horas que se encontra, lançando a produtividade e ao consumo, como uma barreira. (KEHL, 2009, p. 27).

Assim para ele o tempo não passa, não produz diferença, assim essa falta do desejo é como um presente estagnado e vazio, ao invés de buscar uma saída para aquilo que não foi resolvido em si, o depressivo prefere permanecer nesse estado. (KEHL, 2009).

Onde como cita Kehl (2009) esse sentimento resulta de empobrecimento da vida, onde as condições da modernidade por ser capitalista e a cada ano que passa lançar carros, celulares, tablets, computadores e outras tecnologias que exigem atenção constante a depressão então se tornou um problema social econômico.

Ainda se vê uma sociedade de “desempenho”, a escritora Eliane Brum (2016) nos alerta que o subjetivo é atropelado pelo tempo. Para ela o tempo existe para criar, produzir, ser útil, assim sem tempo ócio, o lazer e principalmente para o Eu.

A liberdade de hoje é sufocada por uma constante obrigações de desempenho. A autora traz uma diferença se referindo que antes a escravidão o açoite era escancarado, e hoje as armas pelos senhores são camufladas. (ELIANE BRUM, 2016, p. 15).

Para Brum (2016) se intrometeu a palavra de produção, que não se tem liberdade se não trabalhar mais e mais. Exige-se que a as pessoas trabalhem mais que seus corpos se dediquem que produza e se desgastem.

E assim quando o seu copo não trabalha mais, ou não acontece da forma do esperado você adocece. Assim aqueles que não tem energia a estar nesse meio social os depressivos, são considerados doentes. (BRUM, 2016, p. 18).

E assim nos vemos uma sociedade abastecida de medicações. Dopando o corpo para que aguente e obedeça aos ideais da sociedade, fazendo o corpo não sentir o que ocorre durante seu percurso na produção capitalista. (BRUM, 2016, p. 18).

Para Kehl (2009) o depressivo não consegue responder uma vontade do outro onde se vive em uma sociedade onde se impera a felicidade. Onde não demos tempo para o sujeito construir e ter novas referências de vida, compatíveis com o momento. Nos tempos antigos que se via confronto hoje se vê apaziguamento.

Dias (2003) fala que atualmente a depressão é vista como um conjunto de sintomas que dificulta a vida do indivíduo em sociedade, e que a medicação da conta de tudo isso. Assim elimina-se do sujeito a responsabilidade do seu mal estar, deixando de lado tudo que o manifesta nele e o que diz a sua neurose e não a sua depressão, ratificando sua posição de demissão subjetiva.

E isso vai de encontro ao pensamento psicanalítico onde o sujeito é responsável pelo afeto que abate. Assim sendo sábio o que a psicanálise nos orienta que nossos investimentos não são exigências do mundo capitalista, mas sim o desejo que orienta o sujeito. (DIAS, 2003).

Assim considerando que há no sujeito responsabilidade pelo seu sofrimento, Lacan (1999) nomeou assim a depressão como uma falta moral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão do que é a depressão não vem dos dias atuais, são anos e anos de construção e alteração desse conceito nas mais diversas sociedades e campos de conhecimento, mas, dentro dessas visões de diferentes épocas e sociedades, é recorrente a necessidade de estudo nesse campo, nesse caso, o estudo partiu da proposta psicanalítica.

A medicalização se demonstra necessária em alguns casos, tendo em vista que o sujeito com depressão se encontra em um estado no qual ter o controle total de sua própria mente nem sempre será possível, então a medicação serve como um ponto de apoio a esse tratamento, mas nunca excluindo o fator do tratamento terapêutico.

Dentro da própria depressão ainda existem muitos estigmas sociais quanto a doença, o que pode gerar no sujeito com depressão uma sensação de vergonha e uma repressão do seu próprio problema, deixando de buscar ajuda e permanecendo em um estado de acomodação dentro do quadro depressivo.

A atuação do psicólogo com pacientes em estado depressivo se dará pela busca da compreensão do surgimento desse quadro depressivo, aprofundamento em questões desse paciente e tentativas de fazer com o que o paciente seja capaz de sair desse quadro depressivo, mas, para essa atuação ser completa, ainda é exigido tanto da psicologia mais estudos dentro do campo, buscando uma melhor avaliação e diagnóstico para o quadro depressivo, a quebra de estigmas sociais e até, em trabalhos interdisciplinares envolvendo situações medicamentosas, a garantia de que o paciente compreenda que a medicação não substitui o tratamento terapêutico e de que informações importantes para a medicação sejam passadas de forma adequada a psiquiatras e médicos.

Quanto a hipótese do trabalho, fica evidente com a pesquisa realizada a necessidade tanto do tratamento psicológico quanto da intervenção medicamentosa, portanto os campos devem buscar sempre aprimoramento e ressaltar a importância que possuem em suas respectivas áreas, para que assim, seja evidenciada cada vez mais a sua importância

REFERÊNCIAS

- APPAIX, O. (2011, dezembro). O florescente mercado das "desordens psicológicas". In *Le Monde Diplomatique Brasil*, (pp. 26-27).
- BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011.
- BRUM, Eliane. Exaustos-e-correndo-e-dopados. *El País*, jul. 2016. Disponível em: . Acesso em: 29 jul. 2016. DIAS, Mauro Mendes.
- Caderno do seminário: neuroses e depressão – Lições I à V. 2. ed. Campinas: IPCAMP, 2003a.
- Caderno do seminário: neuroses e depressão – Lições VI à XIII. 2. ed. Campinas: IPCAMP, 2003b.
- CAMARGO JR., K. R. de. A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. In S. Caponi (org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica* (pp. 36- 48). Palhoça: Unisul, 2010.
- CAMPOS, Érico Bruno Viana. **Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade**. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina , v. 7, n. 2, p. 22-44, dez. 2016.
- CAVALCANTI*, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK*, Milena Lieto; BONFIM**, Tânia Elena. **O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein**. **Psicol inf.**, São Paulo , v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14158809201300020007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 maio 2022.
- COELHO JR, Nelson Ernesto. A noção de objeto na psicanálise freudiana. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 4, n. 2, p. 37-49, 2001.
- COSER, Orlando. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Editora Fiocruz, 2003.
- CIOTTI, Claudia Bona. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo**, 2012.
- DE LACERDA, Acioly Luiz Tavares; DEL PORTO, José Alberto. **Depressão ao longo da história**, 2021.
- DIAS, Mauro Mendes. A posição do sujeito na depressão: uma abordagem psicanalítica. Caderno do Seminário: Neuroses e Depressão. Lições I a IV. Campinas: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 2003.
- FERREIRA, R. R. **A medicalização sob a ótica das relações de saber-poder: um olhar acerca da infância medicalizada**. Monografia de Especialização, Especialização em Saúde Mental e Intervenções Psicológicas, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa, 4ª Ed.** São Paulo. Editora Atlas, 2002. Disponível em: http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 08 de Jan. de 2021.

FÉDIDA, Pierre. **Depressão.** São Paulo: Escuta, 1999.

FUTADO, Cíntia. **Melancolia e Depressão, o Mal-estar para Psicanálise de Freud.** Disponível em: <https://melkberg.com/2018/10/09/melancolia-depressao-mal-estar-psicanalise-freud/>. Acesso em: 10 de Nov. de 2021.

Freud, S. (2004). **À guisa de introdução ao narcisismo.** In: Freud, S. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. (L. A. Hanns, trad., Vol. 1, pp. 95-131). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões.** São Paulo: Boitempo, 2009.

LACAN, Jacques. **A lógica da castração.** In: LACAN, Jacques. O seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 147-257.

LACAN, Jacques. **As formações do inconsciente.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. (2003). **Televisão.** In *Outros Escritos* (pp. 508-543). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (2005). **O Seminário, livro 10: A angústia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

LEADER, Darian. **Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia.** Rio de Janeiro: BestSeller, 2011.

LEWKOVITCH, Andréa Di Pietro; GRIMBERG, Angélica Bastos de Freitas Rachid. A atualidade dos conceitos freudianos de eu ideal, Ideal do eu e supereu. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 4, p. 1189-1198, 2016.

LUCAS, Flávia de Toledo Oliveira. **Fantasma e Fantasia: operadores clínicos para a investigação psicanalítica no desenho infantil.** 2019. Tese de Doutorado.

MACHADO, Letícia Vier; FERREIRA, Rodrigo Ramires. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis. **Psicologia em Estudo**, v. 19, p. 135-144, 2014.

MEDEIROS, Alberto Antunes; MATTOS, Roberto Pires Calazans. A depressão como posição subjetiva: contribuições lacanianas. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235907692018000200008.

Michaelis. (1998). *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos.

Pignarre, P. (2012). *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris: La Découverte.

QUEVEDO, João; NARDI, Antonio Egidio; DA SILVA, Antônio Geraldo. **Depressão-: Teoria e Clínica**. Artmed Editora, 2018.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: J. Zahar, 2000.

SOUZA, Thaís Rabanea; LACERDA, Acioly Luiz Tavares. *Depressão ao longo da história*. Disponível em: https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_72_.pdf. Acesso em: 10 de Nov. de 2021.

TEIXEIRA, Antônio. *Depressão ou lassidão do pensamento? reflexões sobre o Spinoza de Lacan*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/YgXf3pTrjLXzJHsChVVNHHs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 12 de Nov. de 2021.

URTADO, Henio Segura; CHIACHIRI FILHO, Antonio Roberto. *Corporificação do grande Outro. Anais de Artigos do Seminário Internacional de Pesquisas em Midiatização e Processos Sociais*, v. 1, n. 1, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global burden disease report*. Geneva: WHO, 2004