



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Thomas Speroni

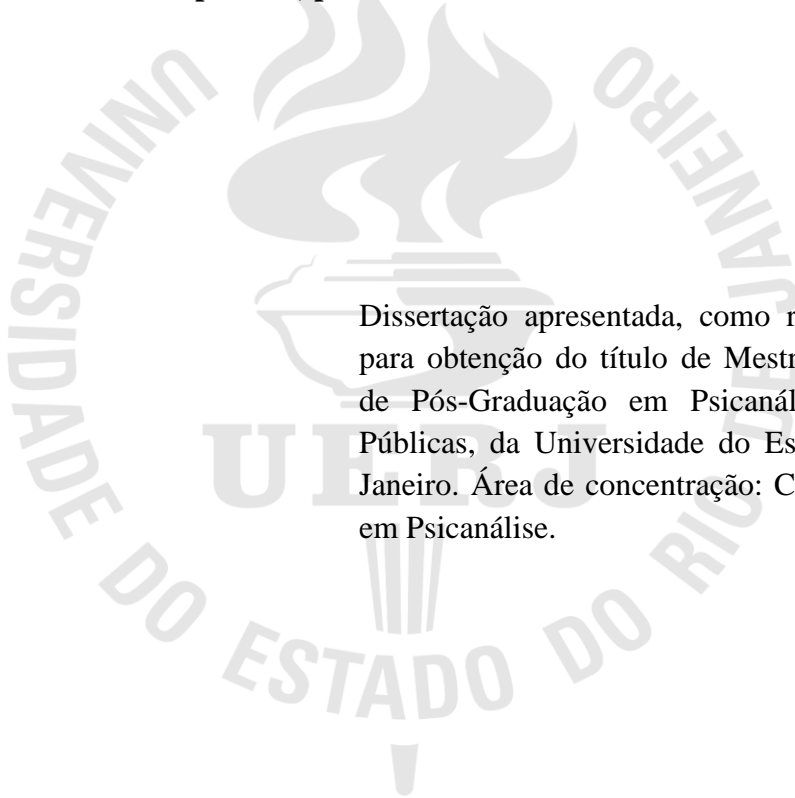
Depressão, psicanálise e atualidade

Rio de Janeiro

2019

Thomas Speroni

Depressão, psicanálise e atualidade



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Clínica e Política em Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S749

Speroni, Thomas.

Depressão, psicanálise e atualidade / Thomas Speroni. – 2019.
111 f.

Orientador: Marco Antonio Coutinho Jorge.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Depressão – Teses. 3. Psicopatologia – Teses. I. Jorge, Marco Antonio Coutinho. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Thomas Speroni

Depressão, psicanálise e atualidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em 03 de abril de 2019

Banca examinadora

Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge (Orientador)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Nadiá Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Jean-Michel Vivès
Université Nice Sophia Antipolis (*França*)

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

*Para meus pais
Joni e Maria Ines
Que fizeram de suas heranças, a minha*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge, meu orientador, por ter escutado e acolhido com generosidade ímpar meu desejo de desenvolver este trabalho, pelos preciosos ensinamentos, intervenções e contribuições, pelas precisas lapidações, pelo rigor teórico, pela transmissão da psicanálise, pelo compromisso dedicado com a causa psicanalítica, pela atenção, pela disponibilidade, pela amizade e pelo carinho.

À Prof.^a Dr.^a Nadiá Ferreira, por ter aceitado o convite para compor a banca examinadora deste trabalho, pelas valiosas contribuições e apontamentos no exame de qualificação desta dissertação, pelos preciosos ensinamentos em sala de aula e também fora dela, pela transmissão da psicanálise, pela disponibilidade, pelo incentivo, pelo carinho, pela adoção e pelo amor.

Ao Prof. Dr. Jean-Michel Vivès, por ter aceitado o convite para compor a banca examinadora deste trabalho, pelas preciosas contribuições e apontamentos no exame de qualificação desta dissertação – que foram e serão marcadamente valiosos para a orientação e prosseguimento de toda a minha pesquisa –, por sua presença, pela transmissão da psicanálise, pela generosa disponibilidade e pelo incentivo.

Ao Prof. Dr. Luciano Elia, coordenador do curso, pelo acolhimento carinhoso, pela escuta, pela compreensão, pela generosidade, pela transmissão da psicanálise, pelo compromisso dedicado com a causa psicanalítica, pela disponibilidade, pela amizade.

À minha família – minha avó Marta, meu pai Joni, minha mãe Maria Ines e minha irmã Nicole, que fizeram e fazem tudo, absolutamente tudo que lhes é possível por mim: pelo amor sem igual, pelo carinho terno, pelo suporte incomparável, pelo sustento, pela generosidade incomensurável, pelo trabalho incansável, pela paciência, pela dedicação sobre-humana, pelo incentivo, por acreditarem em mim.

A Cassia Amara Azevedo, Claudio Piccoli, Deborah Klajnman, Dercirier Freire, Heloneida Neri, Inês Salgado, Juliana Leal, Juliana Mesquita, Julio Braga, Leila Equi, Ligia Julianelli, Lucia Perez, Macla Nunes, Marçal Vale, Márcia Xavier, Maria Cecília Sousa, Mauro Reis, Mayra Carvalho, Mirtes Medeiros, Natália Travassos, Patrick Werner, Paula Rego-Monteiro, Raphael Andrade e Renata Vasconcellos – lindos, amáveis e preciosos amigos que a psicanálise me deu e que acompanharam tão de perto este percurso: pelo amor, pela amizade, pelo carinho, pelo incentivo, pelo suporte, pela parceria, pela paciência, pela compreensão, por acreditarem em mim. Em especial a Lara Silveira, que saiu do Ceará, a propósito de psicanálise, para que nos encontrássemos neste caminho: por trazer para a minha

vida esse amor lindo e tanta graça, que só ficam ainda maiores com essa cadência que só o cearense tem.

Ao Corpo Freudiano Escola de Psicanálise, pelo acolhimento afetuoso, pelo compromisso com a causa psicanalítica, pela transmissão da psicanálise.

A Aline Azeredo, Bárbara Rocha, Dominique Lenz, Júlia Fortes, Késia Amaral, Laís Coutinho, Maycow Fernandes, Nathan Barbosa, Pedro Kappler, Rafaela Kappler, Roger Fidelis, Sabriny Ferreira, Thiago Ribeiro e Vinícius Martins – que me acompanham há tantos anos na vida e na vida de estudos: pelo amor, pela amizade, pelo carinho, pelo incentivo, pelo suporte, pela paciência, pela compreensão, por acreditarem em mim.

À comunidade desta gloriosa Universidade do Estado do Rio de Janeiro – acadêmicos, alunos, ascensoristas, auxiliares de serviços gerais, bibliotecários, cozinheiros, professores, seguranças, técnicos administrativos e tantos outros... – por resistirem bravamente em tempos tão difíceis: sem vocês, nada disto seria possível.

A todos aqueles professores especiais que me inspiraram desde que entrei na primeira sala de aula de minha vida: vocês não têm ideia do valor que possuem para mim.

A Tatiana Porto, por tudo aquilo que só se vive numa psicanálise.

A vida, como nos é imposta, é muito difícil: nos traz fartas dores, decepções, tarefas insolúveis.

Sigmund Freud

Que antes renuncie a isso [a ser analista], portanto, quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois, como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico. Que ele conheça bem a espiral a que o arrasta sua época na obra contínua de Babel, e que conheça sua função de intérprete na discórdia das línguas.

Jacques Lacan

RESUMO

SPERONI, Thomas. **Depressão, psicanálise e atualidade**. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Departamento de Psicanálise, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Neste trabalho pesquisou-se o tema da depressão no contexto histórico, na obra de Sigmund Freud, no ensino de Jacques Lacan, na epidemiologia de maneira breve, no DSM-5 e nas produções contemporâneas de psicanalistas. No âmbito histórico percorre-se a Antiguidade, a Idade Média, o Renascimento, o Classicismo, a Contemporaneidade, e faz-se uma análise dos DSMs psiquiátricos desde sua primeira edição no tocante à depressão. Empreende-se, também, um mapeamento das ocorrências do tema da depressão na obra de Freud e no ensino de Lacan. Na terceira e última parte deste trabalho aborda-se a atualidade. Principia-se expondo os dados epidemiológicos, e então passa-se a uma análise minuciosa da depressão no DSM-5. Em seguida, reúnem-se teses, concepções, afirmações e considerações de psicanalistas contemporâneos sobre o que é – ou seria? – a depressão hoje no campo da psicanálise. Conclui-se que: a tristeza – fenômeno icônico da depressão – atravessou todas as eras históricas, atraindo a atenção dos pensadores e tomando os mais diferentes contornos que os paradigmas de suas épocas puderam delinear; que a depressão incide, de uma maneira ou de outra, em parte considerável das obras de Freud e Lacan – apesar de não ocupar um lugar de destaque em seus desenvolvimentos teóricos; que os dados epidemiológicos são alarmantes; que a psiquiatria, no que tange à depressão, tem abordado somente o suporte biológico do sujeito e reduzido a questão a leituras fenomênicas; que, entre os psicanalistas de hoje, há concordâncias, pontos de aproximação e pontos de divergência, mas não há um discurso coeso dentro do campo psicanalítico a respeito da concepção, caracterização e da etiologia da depressão.

Palavras-chave: Psicanálise. Depressão. Psicopatologia.

RESUMEN

SPERONI, Thomas. **Depresión, psicoanálisis y actualidad**. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Departamento de Psicanálise, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

En este trabajo se investigó el tema de la depresión en el contexto histórico, en la obra de Sigmund Freud, en la enseñanza de Jacques Lacan, en la epidemiología de manera breve, en el DSM-5 y en las producciones contemporáneas de psicoanalistas. En el ámbito histórico se recorre la Antigüedad, la Edad Media, el Renacimiento, el Clasicismo, la Contemporaneidad, y se hace un análisis de los DSMs psiquiátricos desde su primera edición en lo que toca a la depresión. Se emprende también un mapeo de las ocurrencias del tema de la depresión en la obra de Freud y en la enseñanza de Lacan. En la tercera y última parte de este trabajo se aborda la actualidad. Se empieza exponiendo los datos epidemiológicos, y entonces se pasa a un análisis minucioso de la depresión en el DSM-5. Enseguida, se reúnen tesis, concepciones, afirmaciones y consideraciones de psicoanalistas contemporáneos acerca de qué es – ¿o sería? – la depresión hoy en el campo del psicoanálisis. Se concluye que: la tristeza – fenómeno icónico de la depresión – atravesó todas las eras históricas, atrayendo la atención de los pensadores y tomando los más distintos contornos que los paradigmas de sus épocas pudieron dibujar; que la depresión incide, de una manera o de otra, en parte considerable de las obras de Freud y Lacan – a pesar de no ocupar un lugar destacado en sus desarrollos teóricos; que los datos epidemiológicos son alarmantes; que la psiquiatría, en lo que toca a la depresión, viene abordando solamente el soporte biológico del sujeto y reduciendo la cuestión a lecturas fenoménicas; que, entre los psicoanalistas de hoy, hay concordancias, puntos de aproximación y puntos de divergencia, pero no hay un discurso cohesivo dentro del campo psicoanalítico respecto a la concepción, caracterización y etiología de la depresión.

Palabras-clave: Psicoanálisis. Depresión. Psicopatología.

ABSTRACT

SPERONI, Thomas. **Depression, psychoanalysis and contemporarity**. 2019. 111 p.
Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Departamento de Psicanálise, Instituto de Psicologia,
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This work has researched depression in the historic context, as well as in Sigmund Freud's and Jacques Lacan's works, in addition to the scope of epidemiology, the DSM-5 and the contemporary production of psychoanalysts. The historic context ranges from the Ancient Age, spanning into the Middle one, Renaissance and Classicism up to Contemporaneity, not to mention an analysis which has been carried out on the psychiatric DSMs since their first edition regarding depression. Moreover, the subject of depression has been mapped in both Freud's readings and Lacan's teachings. In the third and last part of this work, contemporaneity is approached, starting with the yielding of epidemiologic data, which leads way to a careful analysis of depression on the DSM-5. Afterwards, theses, conceptions, statements and considerations of present-day analysts on what depression is or would be are joined together within the scope of psychoanalysis. The conclusion points out that sadness – iconic phenomenon of depression – has stretched along all the ages of history, drawing the attention of thinkers and taking the most diverse shapes that the paradigms of their times could delimit; that depression has been imposed, in a way or another, on considerable part of Freud's and Lacan's work – although it doesn't play a major role in their theoretical development; that the epidemiologic data are alarming; that psychiatry, once depression is concerned, has approached only the biological frame of the subject, reducing the question to a mere phenomenological interpretation; that, among nowadays psychoanalysts, there is, beyond agreement, converging and diverging points, although there's no solid speech in the field of psychoanalysis towards depression's concept, characteristics and etiology.

Keywords: Psychoanalysis. Depression. Psychopathology.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	CONTEXTO HISTÓRICO	14
1.1	Antiguidade	14
1.2	Idade Média	16
1.3	Renascimento	16
1.4	Classicismo	18
1.5	Contemporaneidade	19
1.6	A era dos DSMs	22
1.6.1	<u>DSM-I</u>	23
1.6.2	<u>DSM-II</u>	24
1.6.3	<u>DSM-III</u>	25
1.6.4	<u>DSM-III-R</u>	28
1.6.5	<u>DSM-IV</u>	30
1.6.6	<u>DSM-IV-TR</u>	32
2	A DEPRESSÃO EM FREUD E LACAN	33
2.1	Sigmund Freud	33
2.1.1	<u>Luto e melancolia</u>	43
2.2	Jacques Lacan	48
3	A ATUALIDADE DA DEPRESSÃO: A EPIDEMIOLOGIA, A PSIQUIATRIA E O QUE DIZEM OS PSICANALISTAS	60
3.1	Epidemiologia	60
3.2	Psiquiatria: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª edição ..	61
3.3	Psicanálise: o que dizem os psicanalistas	69
3.3.1	<u>Semiologia</u>	69
3.3.2	<u>Sobre o que seria a depressão</u>	75
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	94
	ANEXO A - Classificações mencionadas do DSM-I	102
	ANEXO B - Classificações mencionadas do DSM-II	103
	ANEXO C - Classificações mencionadas do DSM-III	104
	ANEXO D - Classificações mencionadas do DSM-III-R	105
	ANEXO E - Classificações mencionadas do DSM-IV	106
	ANEXO F - Classificações mencionadas do DSM-IV-TR	108
	ANEXO G - Classificações mencionadas do DSM-5	110

INTRODUÇÃO

É comum, nos dias de hoje, falar de “depressão”: “um aperto no peito”, “uma tristeza”, “um desânimo”, “baixa autoestima”, “uma angústia”, “falta de vontade de viver”, “minha vida está sem sentido”, “um sentimento de vazio” são todas expressões da linguagem comum recorrentemente utilizadas pelos sujeitos para referenciar um mal-estar deveras sofrido. A esse acinzentamento da vida salpicado de tristeza convencionou-se, nesses atuais tempos bicudos, chamar por “depressão”.

Vivemos, no mundo contemporâneo, tempos de depressão. O começo do século XXI trouxe consigo a presença cada vez mais patente desse significante na nossa rotina: nos consultórios, nas empresas, nos programas de televisão, nas conversas do dia-a-dia, nos jornais e revistas, na internet, nas esquinas da cidade, nos hospitais, nas escolas... Na mídia e na epidemiologia pululam os números e as manchetes. Sob o domínio do discurso científico as queixas acerca da existência, a tristeza, o mal-estar, a dor de existir, a lentificação mental, o prejuízo no humor e a perda de interesse na vida tornam-se uma entidade nosológica e nosográfica. O sujeito deprimido é um ícone da nossa sociedade contemporânea.

O tema em questão não foi escolhido ao acaso. Atentando para a inquestionável singularidade do sujeito, a depressão chama a atenção pelas dimensões epidêmicas com as quais vem se apresentando na atualidade. O caráter do sofrimento impingido aos sujeitos que dela padecem, somado à crescente proporção que vem ganhando nos dias correntes, reivindicam espaço no debate e convocam os esforços daqueles que se propõem a enveredar-se pela imensidão dos estudos da *psyché*.

A contemporaneidade do tema, entretanto, sofre com a imprecisão e inconsistência do termo no qual se baseia: “depressão” é algo que, de tão atual, passou a circular indiscriminadamente. Qualquer estado triste de humor pode rapidamente receber a pecha de “depressão”, seja pelo leigo ou pelo cientista da saúde. É uma tristeza crônica, profunda? É um eterno luto? É uma variação da melancolia? É a vida cinza, sem brilho, sem graça? É um sentimento, um afeto? O que é a depressão? Qual o estatuto da depressão na psicanálise? Esta última questão, em especial, norteia o que aqui se apresenta.

Ao planejar empreender o esforço de produzir algo a partir de tal pergunta, estabeleceu-se como ponto de partida, imperiosamente, o estudo histórico da depressão. Qualquer análise da conjuntura atual não pode, jamais, prescindir da mirada ao passado e de seu estudo cuidadoso. Desde antes mesmo de cunhar-se o significante “depressão”, desde a Antiguidade, com a melancolia que atravessa séculos e séculos, passando pela Idade Média,

pelo Renascimento, pelo Classicismo até a contemporaneidade e o nascimento do vocábulo “depressão” na psiquiatria. As trilhas da história desembocam, na segunda metade do século XX, no paradigma dos DSMs, os quais analisou-se, um a um, no tocante à evolução e transmutação da depressão no campo psiquiátrico.

Após ambientar-se historicamente, este estudo se propõe, então, a uma incursão na essência da psicanálise: a obra de Sigmund Freud e o ensino de Jacques Lacan. Empreendeu-se um mapeamento das ocorrências do vocábulo “depressão” – e algumas de suas desinências – nos textos publicados de Freud e Lacan, a fim de compilar tais passagens. Assim, com este recorte e catalogação, pode-se desenhar uma noção mais apurada do lugar da depressão na essência da teoria psicanalítica.

A depressão incide, de uma maneira ou de outra, em parte considerável das obras de Freud e Lacan – apesar de não ocupar um lugar de destaque em seus desenvolvimentos teóricos. Em Freud ela se faz presente em mais de vinte de seus textos – desde os primórdios, em *Histeria* (1888), até quase o final, em *Análise terminável e interminável* (1937), apenas dois anos antes do fim da vida de Freud. Em Lacan não é muito diferente: a depressão comparece em oito de seus seminários – começando n’*O Seminário: livro 2*, prosseguindo ininterruptamente d’*O Seminário: livro 4* a *O Seminário: livro 8* e comparecendo também n’*O Seminário: livro 10* e n’*O Seminário: livro 12* –, numa fase mais inicial de suas aulas, mas desde cedo em seus textos escritos, começando com *A psiquiatria inglesa e a guerra*, de 1947 e indo até *Televisão*, em 1974, perfazendo dez textos.

Na terceira e última parte deste trabalho aborda-se a atualidade. Principia-se expondo os dados epidemiológicos – em escala nacional, regional e global – a fim de desenhar a dimensão da depressão nos dias de hoje e sustentar a pertinência e a importância de seu conhecimento e discussão. O discurso dito científico, no âmbito da psiquiatria – paradigma destes tempos –, oferece um dado contorno à depressão que é necessário conhecer, pois tem gozado de enorme proeminência nos debates sobre o tema – talvez até hegemonia. Para tanto, empreende-se uma análise minuciosa da depressão no DSM-5, a mais recente edição da bíblia psiquiátrica.

No âmbito da atualidade o ponto nevrálgico, entretanto, para o que concerne à esfera da psicanálise, é a discussão acerca do que os psicanalistas que vieram após Freud e Lacan têm entendido, articulado e produzido sobre a depressão. Reúnem-se, portanto, na parte fulcral do último capítulo, as teses, concepções, afirmações e considerações de psicanalistas contemporâneos sobre o que é – ou seria? – a depressão hoje no campo da psicanálise; ou

seja, como a psicanálise – a partir desse óculo tão singular que ela oferece para o estudo do sujeito – entende isso que se estabelece como entidade mórbida sob o nome “depressão”.

É imprescindível dizer que este trabalho foi engendrado, desenvolvido e delimitado na perspectiva de uma linha de pesquisa concebida para ir muito mais além. Intenciona-se, com esta dissertação, apenas lançar as bases e apontar os direcionamentos para o desenvolvimento de um profundo e dedicado estudo sobre o entendimento da depressão pela ótica da psicanálise, em articulação crítica e inevitável com o discurso vigente na cultura.

Por ora, começa-se com esse recorte. Nas páginas que se seguem, como diz o poeta¹, “tire o seu sorriso do caminho, que eu quero passar com a minha dor”...

¹ Versos do sambista carioca Guilherme de Brito cantados por Nelson Cavaquinho, também carioca, na canção *A flor e o espinho*.

1 CONTEXTO HISTÓRICO

É certo que o termo *depressão* acompanha a história da humanidade há não muito tempo. Em épocas longínquas, o primeiro traço que se pode rastrear de alguma entidade nosológica próxima à depressão foram os estados de sofrimento, abatimento e tristeza profunda e crônica – fenômenos vistos também no quadro clínico da depressão –, que chamaram a atenção dos pensadores da época e foram nomeados como *melancolia*.

O baú da história remete à obra mais antiga da literatura ocidental o primeiro registro de um estado de tristeza no homem, há cerca de 2.900 anos. No poema *Ilíada*, do grego Homero, que conta os acontecimentos passados no nono ano da guerra de Troia, encontram-se versos que descrevem a tristeza e o mal-estar de Belerofonte, herói da mitologia grega, que foi condenado pela ira dos deuses a vagar solitário:

Belerofonte, já dos Céus malquisto,
Na alma comendo-se e evitando os homens,
Sôzinho errava pelo campo Aleio. (HOMERO, *Ilíada*, VI, 172-174).

1.1 Antiguidade

Na Antiguidade entra em voga, nos primórdios do desenvolvimento de toda a ciência acerca da natureza humana, a teoria dos humores, desenvolvida por Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.), considerado o pai da medicina. Segundo a teoria hipocrática, explanada na obra *Corpus Hipocraticus*², o homem possuiria quatro humores, correspondentes a quatro substâncias corporais:

O corpo do homem contém sangue, fleuma, bile amarela e negra – esta é a natureza do corpo, através da qual adoece e tem saúde. Tem saúde, precisamente, quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e sobretudo quando são misturados. O homem adoece quando há falta ou excesso de um desses humores, ou quando ele se separa no corpo e não se une aos demais. (CAIRUS, 1999).

A saúde se daria pela exata proporção e perfeita mistura dos quatro humores, sendo esse equilíbrio passível de alteração por ação de causas externas ou internas (REZENDE, 2009).

As quatro substâncias postuladas por Hipócrates teriam as seguintes características e propriedades:

² Tradução nossa: *Corpo hipocrático*.

[...] o sangue é armazenado no fígado e levado ao coração, onde se aquece, sendo considerado quente e úmido; a fleuma, que compreende todas as secreções mucosas, provém do cérebro e é fria e úmida por natureza; a bile amarela é secretada pelo fígado e é quente e seca, enquanto a bile negra é produzida no baço e no estômago e é de natureza fria e seca. (REZENDE, 2009, p. 51).

A cada substância, corresponderia um humor: ao sangue, o humor sanguíneo; à fleuma, o humor fleumático; à bile amarela, o humor colérico; e à bile negra, o humor melancólico (REZENDE, 2009). O excesso ou a deficiência de qualquer um dos quatro humores, bem como sua separação ou mistura inadequadas, seriam as causas das doenças, com seus característicos quadros sintomáticos (REZENDE, 2009).

É precisamente a partir dessa teoria humoral de Hipócrates que surge, por sua vez, a primeira teoria médica sobre a melancolia (CASTELO BRANCO, 2013). O vocábulo *melancolia* tem sua etimologia nas palavras gregas *melan*, negro, e *cholé*, bile (CUNHA, 1986); “melancolia” significa, etimologicamente, exatamente “bile negra”. O termo surgiu pela primeira vez com a teoria de Hipócrates, no século IV a.C. (PRIGENT, 2005 apud EDLER, 2014), e é o vocábulo mais antigo surgido para nomear a patologia dos humores tristes (TEIXEIRA, 2005).

Algum tempo depois, Galeno, médico e filósofo que viveu durante o século II d.C., revisitou a teoria hipocrática sublinhando o destaque dos quatro humores de acordo com o predomínio de uma das quatro substâncias. O homem melancólico, portanto, seria aquele que teria a predominância da bile negra no seu organismo.

O primeiro texto dedicado à melancolia aparece alguns anos mais tarde, com Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.). O *Problema XXX*³ começa questionando

por que todos os homens que foram excepcionais no que concerne à filosofia, à política, à poesia ou às artes aparecem como sendo melancólicos, ao ponto de serem tomados pelas enfermidades oriundas da bilis negra [...]?” (ARISTÓTELES, 3-- a.C./1999, p. 269-270).

Interessantíssimo notar que, apesar dessa obra se dedicar a pensar a relação da melancolia com a genialidade, Aristóteles define, nessa passagem do texto, a melancolia como uma enfermidade. Mesmo estando ligada à virtude da genialidade, Aristóteles não deixa de definir a melancolia como doença num primeiro momento. O homem genial é o homem doente, entretanto. Ao final do Problema XXX, contudo, após traçar o paralelo entre a bilis negra e o vinho, Aristóteles afirma que “[...] excepcionais, então, são todos os melancólicos, não por enfermidade, mas por natureza.” (ARISTÓTELES, 3-- a.C./1999, p. 277). Essa

³ Apesar de o texto estar editado junto aos demais *Problemas* de Aristóteles, pairam algumas dúvidas acerca da autoria da obra. Hipóteses dão conta da possibilidade de ser Teofrasto o autor.

melancolia de natureza traria genialidade ao homem, ao passo que a melancólica como reles doença afetaria o indivíduo prosaico, não trazendo virtude alguma (TEIXEIRA, 2005).

1.2 Idade Média

Na Idade Média emerge como instituição icônica no ensino da medicina a *Scuola Medica Salernitana*, a Escola de Salerno, no século XI (DECOURT, 2005?; REZENDE, 2009). Os médicos da Escola da Salerno compartilhavam da teoria dos humores de Hipócrates (PERES, 2003).

Por intermédio da medicina árabe, nos séculos IX e X, a teoria dos humores se associa à astrologia (PERES, 2003; TEIXEIRA, 2005). Na aglutinação entre teoria humoral e astrologia, o humor melancólico se coaduna com Saturno, que regeria o baço, órgão produtor da bÍlis negra segundo a teoria de Hipócrates (PERES, 2003; TEIXEIRA, 2005). As características desse astro – distante, grandioso, de lento movimento – também seriam características atribuídas ao melancólico (CASTELO BRANCO, 2013). Saturno seria, portanto, o astro que governa o melancólico (PERES, 2003). Entretanto, não escolheria os indivíduos ordinários, mas, sim, as pessoas extraordinárias – concepção, essa, que mantém ligação com a articulação feita por Aristóteles entre a melancolia e a genialidade (PERES, 2003).

Apesar das nuances, a teoria dos humores, na concepção original hipocrática, segue em voga até o período renascentista (PERES, 2003), “[...] intocada durante quatorze séculos.” (SCLIAR, 2003, p. 78 apud TEIXEIRA, 2005, p. 45).

1.3 Renascimento

A melancolia chega ao Renascimento marcadamente através da teoria de Hipócrates, ainda que outros vieses de pensamento tivessem sido desenvolvidos na Antiguidade. Marsilius Ficinus (1433-1499), médico e filósofo florentino, escreve a obra *Da vita triplice*⁴, na qual reúne as quatro óticas sob as quais se poderia ver a melancolia: a hipocrática (teoria dos humores), a platônica (poesia e furor), a aristotélica (melancolia e genialidade) e a astrológica (melancolia e Saturno) (PERES, 2003; TEIXEIRA, 2005). O artista alemão

⁴ Tradução nossa: *Da vida tripla*.

Albrecht Dürer (1471–1528) materializou na gravura *Melencolia I*, em 1514, essas quatro concepções.

Figura 1 – Melencolia I, Dürer (1514)



Fonte: National Gallery of Art.

Martinho Lutero (1483-1546), na reforma protestante, ao postular a impossibilidade do homem de expiar seus pecados através de suas ações, ocasiona a habitação da tristeza e da culpa melancólicas no homem religioso (PERES, 2003; TEIXEIRA, 2005). O movimento artístico barroco traz no seu âmago o estado melancólico na medida em que ensimesmamento, autocontemplação exagerada e culpabilização são traços marcantes de suas obras (PERES, 2003; TEIXEIRA, 2005).

1.4 Classicismo

A Idade Moderna, ou Classicismo, para Foucault (2013), apresenta uma mudança de paradigma no tocante à causalidade dos estados psíquicos. A concepção da melancolia permaneceu solidificada sobre as bases da teoria dos quatro humores até o início do século XVII (FOUCAULT, 2013). A partir de então, no avanço dos debates da época, passa-se da causalidade calcada nas substâncias – que, nesse caso, teria seu expoente na teoria hipocrática – para uma causalidade ancorada nas qualidades.

A causalidade das substâncias é cada vez mais frequentemente substituída por um percurso das qualidades que, sem o auxílio de suporte algum, transmitem-se imediatamente do corpo para a alma, do humor para as ideias, dos órgãos para o comportamento.” (FOUCAULT, 2013, p. 264).

No século XVIII o que predomina na análise da melancolia, portanto, é a ênfase qualitativa dos seus fenômenos: solidão, inibição, ensimesmamento, amargura, atonia, tristeza, apatia... (PERES, 2003).

É nesse contexto que o *Dictionnaire universel de médecine*⁵, publicado entre 1746 e 1748, traz no verbete “Mania” uma comparação entre o estado maníaco e o estado melancólico (JAMES, 1746-1748 apud FOUCAULT, 2013). A obra sustenta que “[...] o cérebro é a sede de todas as doenças dessa espécie... É aí que o Criador fixou, embora de maneira inconcebível, a morada da alma, o espírito, o gênio, a imaginação, a memória e todas as sensações...” (JAMES, 1746-1748, p. 1125 apud FOUCAULT, 2013, p. 267). Fundeado nesse paradigma, o texto postula que a circulação violenta e impetuosa do sangue e dos humores no cérebro seria a origem do estado maníaco, ao passo que o movimento lento do sangue seria a causa do estado melancólico.

É esse curso lânguido, esses vasos obstruídos, esse sangue pesado e carregado que o coração tem dificuldade em espalhar pelo organismo e que tem dificuldade para penetrar nas artérias tão finas do cérebro, onde a circulação deve ser bem rápida para permitir o movimento do pensamento; é toda essa situação deplorável que explica a melancolia. (FOUCAULT, 2013, p. 267).

Duas décadas mais tarde, em 1765, o médico francês Anne-Charles Lorry (1726-1783) propõe duas espécies de melancolia, cada qual com sua etiologia (FOUCAULT, 2013): a melancolia humoral, já largamente discutida, com origem nos fluidos corporais, e a melancolia nervosa, que seria originada nos sólidos do corpo. A melancolia nervosa teria sua etiologia situada na dinâmica de “contrações excessivas das fibras do sistema nervoso, por um

⁵ Tradução nossa: *Dicionário universal de medicina*.

grande espasmo, [que] se fariam seguir por uma atonia, languidez, que explicaria as alternâncias de paroxismos e desfalecimentos no comportamento melancólico.” (PERES, 2003, p. 17). Percebe-se aí, com a postulação de Lorry, um movimento, ainda que tímido, de expansão das elaborações etiológicas para além das fronteiras da concepção humoral de Hipócrates. Sem dispensar completamente a teoria hipocrática dos humores, começa-se a ensaiar outras teorizações para a melancolia.

Os ensaios nosográficos do século XVII classificavam a melancolia no rol das mentes alienadas de causas internas sem febre (PLATERO, 1609 apud FOUCAULT, 2013). No século XVIII, a melancolia passou a figurar no espaço das doenças que perturbam a razão, na subclasse dos delírios que perturbam o juízo (BOISSIER DE SAUVAGES, 1763 apud FOUCAULT, 2013) e também como doença mental do âmbito das ideias (LINNÉ, 1763 apud FOUCAULT, 2013).

Faz-se imprescindível ressaltar que no curso da época clássica a melancolia foi incluída no espectro da loucura (FOUCAULT, 2013). Aos melancólicos eram atribuídos também delírios; eram vistos já não mais como sujeitos que tinham em si somente uma tristeza profunda, mas também loucos. Foucault (2013) ressalta que com o passar dos anos

o tema do delírio parcial desaparece cada vez mais como sintoma maior dos melancólicos em proveito dos dados qualitativos, como a tristeza, o amargor, o gosto pela solidão, a imobilidade. Ao final do século XVIII serão classificadas como melancolia, sem maiores problemas, as loucuras sem delírio, porém caracterizadas pela inércia, pelo desespero, por uma espécie de estupor morno. (FOUCAULT, 2013, p. 268).

1.5 Contemporaneidade

Acredita-se que vocábulo “depressão” aparece nosograficamente, pela primeira vez na contemporaneidade, em 1790, na obra *Der philosophische art*⁶, do médico alemão Melchior Adam Weikard (1742-1803), classificada como uma doença do sentimento, e caracterizada por tristeza, inveja, desespero, suicídio etc. (WEIKARD, 1790 apud FOUCAULT, 2013). O uso do termo por Weikard, entretanto, não o introduziu na nosografia da época, visto que as obras posteriores continuaram a adotar a expressão “melancolia”.

O século XIX adentra à história com o paradigmático médico francês Philippe Pinel (1745-1826) estabelecendo o primeiro asilo destinado exclusivamente aos loucos, possibilitando a observação sistemática da loucura pela ciência médica e inaugurando, assim, a clínica psiquiátrica (AMARANTE, 1996). Pinel determina que a loucura deveria ser

⁶ Tradução nossa: *O médico filósofo*.

sistemática e rigorosamente observada, descrita e classificada, situando a nosografia como um propósito da ciência médica psiquiátrica: “[...] com Pinel, no século XIX, inicia-se a era das classificações [...]” (TEIXEIRA, 2005, p. 47).

A classificação nosológica estabelecida pelo médico francês assinalava quatro tipos de alienação mental, dentre elas o “delírio melancólico”, caracterizado por um pequeno número de ideias fixas, dominantes, sem maiores comprometimentos aparentes (COSER, 2003):

O caráter próprio da melancolia consiste em geral em uma lesão das funções intelectuais e afetivas; quer dizer que o melancólico é como possuído por uma idéia exclusiva ou uma série particular de idéias com uma paixão dominante e mais ou menos extrema, como um estado habitual de espanto, de profundos remorsos, uma aversão das mais fortes, ou bem o entusiasmo religioso, um amor dos mais apaixonados, uma alegria extravagante e radiante. (PINEL, 1813, p. 97 apud COSER, 2003, p. 55).

Afirma-se que, com Pinel, “pela primeira vez, desde o Problema XXX de Aristóteles, uma teoria sobre a melancolia dispensa a teoria humoral grega como modelo de compreensão desse conceito.” (CASTELO BRANCO, 2013, p. 42).

Ao pesquisar as obras de Pinel, em *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*⁷ (PINEL, 1809) não se encontra registro algum do vocábulo “depressão”, e em *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée a la médecine*⁸ (PINEL, 1818) a palavra aparece apenas em passagens de descrição anatômica para indicar contornos abaixo do nível normal, como antônimo de “elevação”.

Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), também médico francês e aluno de Pinel, tendo sucedido seu mestre, dedicou-se a construir uma nosografia propriamente psiquiátrica (TEIXEIRA, 2005). Esquirol adotou a classificação nosológica de seu professor imprimindo-lhe algumas alterações (COSER, 2003). O “delírio melancólico” de Pinel torna-se “monomania”, em razão de nem sempre figurar a tristeza na sua fenomenologia (COSER, 2003). Para os “delírios tristes” Esquirol reserva a categoria “lipemania” (COSER, 2003) – do grego *lýpe*, que significa tristeza (CUNHA, 1986).

É interessantíssimo ressaltar que na principal obra de Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*⁹, o psiquiatra usa o adjetivo “depressiva” ao descrever a lipemania, transpondo para o campo psíquico a ideia anatômica de algo abaixo do nível normal: “[...] délire sur un objet ou un petit nombre d'objets avec prédominance d'une passion triste et dépressive.”¹⁰ (ESQUIROL, 1838, p. 22).

⁷ Tradução nossa: *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*.

⁸ Tradução nossa: *Nosografia filosófica, ou método de análise aplicada à medicina*.

⁹ Tradução nossa: *As doenças mentais consideradas sobre os relatórios médico, higiênico e médico-legal*.

¹⁰ Tradução nossa: “[...] delírio sobre um objeto ou um pequeno número de objetos com predominância de uma paixão triste e depressiva.”

Apesar de a justaposição e a contraposição entre o estado maníaco e o estado melancólico já serem notadas desde os tempos mais primórdios, foi somente em 1864, com a obra *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*¹¹ (FALRET, 1864), do psiquiatra francês Jean-Pierre Falret (1794-1870), que a associação entre mania e melancolia se constituiu numa entidade mórbida própria (COSER, 2003). Nomeando-a como “folie circulaire”¹², Falret (1864) descreve a nova entidade nosológica como “[...] la succession régulière d'un état d'excitation, d'un état de dépression, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé.”¹³ (FALRET, 1864, p. XXIX). Na mesma obra o autor diz que a melancolia pode ser chamada também de “[...] aliénation partielle dépressive.”¹⁴ (FALRET, 1864, p. XXXV).

Um par de décadas após Falret, George Henry Savage (1842–1921), psiquiatra inglês, introduz, em 1884, o termo “mental depression”¹⁵ (SAVAGE, 1884, p. 41) em seu livro *Insanity and allied neuroses*¹⁶. Na mesma obra, Savage (1884) ensaia a promoção do vocábulo “depressão” para uma palavra a designar um estado psíquico próprio, ainda que sem critérios estabelecidos, grafando frases e expressões como “many women go through other causes of depression without suffering nervously [...]”¹⁷ (p. 69), “it is generally preceded by a period of depression [...]”¹⁸ (p. 92), “this depression may be of two kinds [...]”¹⁹ (p. 116-117), “patients have attacks of violence, succeeded by periods of health or depression, succeeded again by periods of excitement, followed by others of depression.”²⁰ (p. 117), “emotional depression [...]”²¹ (p. 131), “a case begins with recurring periods of depression [...]”²² (p. 133), “[...] attacks of depression [...]”²³ (p. 133), “he is admitted in a depressed and anxious state [...]”²⁴ (p. 140), “nothing in this world so depresses a man as the belief that he is impotent [...]”²⁵ (p. 145), “she was depressed for some days [...]”²⁶ (p. 164), “again depression came on [...]”²⁷ (p. 164), “[...] we have physical causes of weakness associated with constant

¹¹ Tradução nossa: *As doenças mentais e os asilos de alienados*.

¹² Tradução nossa: “loucura circular”.

¹³ Tradução nossa: “[...] a sucessão regular de um estado de excitação, de um estado de depressão, e de um intervalo lúcido mais ou menos prolongado.”

¹⁴ Tradução nossa: “[...] alienação parcial depressiva.”

¹⁵ Tradução nossa: “depressão mental”.

¹⁶ Tradução nossa: *Insanidade e neuroses aliadas*.

¹⁷ Tradução nossa: “muitas mulheres passam por outras causas de depressão sem sofrer nervosamente [...]”.

¹⁸ Tradução nossa: “isso é geralmente precedido por um período de depressão [...]”.

¹⁹ Tradução nossa: “essa depressão pode ser de dois tipos [...]”.

²⁰ Tradução nossa: “pacientes têm ataques de violência, sucedidos por períodos de saúde ou depressão, sucedidos novamente por períodos de excitação, seguidos por outros períodos de depressão.”

²¹ Tradução nossa: “depressão emocional [...]”.

²² Tradução nossa: “o caso começa com recorrentes períodos de depressão [...]”.

²³ Tradução nossa: “[...] ataques de depressão [...]”.

²⁴ Tradução nossa: “ele é internado em um estado de depressão e ansiedade [...]”.

²⁵ Tradução nossa: “nada nesse mundo deprime tanto um homem quanto a crença de que ele é impotente [...]”.

²⁶ Tradução nossa: “ela ficou deprimida por alguns dias [...]”.

²⁷ Tradução nossa: “outra vez a depressão veio [...]”.

mental anxiety, and as a result, depression and sleeplessness [...]”²⁸ (p. 184-185), “[...] cases in which, after many years of depression, patients have recovered.”²⁹ (p. 203), “after admission she was desperately depressed and sleepless [...]”³⁰ (p. 230), “recovering from his depression, he becomes restless and energetic [...]”³¹ (p. 289), “two months before admission he was noticed to be irritable, nervous, and depressed.”³² (p. 297), “[...] causes of depression [...]”³³ (p. 365, p. 373), “while there he was depressed and tried to kill himself.”³⁴ (p. 387), “she became depressed [...]”³⁵ (p. 408), “[...] deep depression [...]”³⁶ (p. 429), entre outras. Assim como diz “a mania”, “a ansiedade”, “a melancolia”, “a excitação”, Savage também diz “a depressão”; da mesma maneira que expressa “irritado”, “nervoso”, também expressa “deprimido”. A vastidão do uso do termo “depressão” na obra de Savage mostra a consolidação da passagem do vocábulo do terreno das curvas anatômicas para o campo psíquico.

É com Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão, que alguns anos mais tarde o adjetivo “depressivo” entra no rol dos vocábulos que compõem o nome de uma entidade nosológica. Em sua obra *Manic-depressive insanity and paranoia*³⁷ (KRAEPELIN, 1921), o psiquiatra fornece uma descrição detalhada do quadro clínico da psicose maníaco-depressiva, dedicando um capítulo inteiro aos “estados depressivos”. Clara e fortemente influenciados pelos trabalhos de Kraepelin, algumas décadas depois os psiquiatras norte-americanos lançariam um manual que inauguraria uma nova era na nosologia e na nosografia psiquiátrica.

1.6 A era dos DSMs

Em 1952 a Associação Psiquiátrica Americana lança o *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*³⁸, o paradigmático DSM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952), apresentando oficialmente sua nosologia e nosografia dos transtornos mentais. Na análise das edições do DSM que aqui se propõe, pinçar-se-á, neste momento, apenas as categorias diagnósticas pertinentes a este estudo.

²⁸ Tradução nossa: “[...] nós temos causas físicas de fraqueza associadas com constante ansiedade mental, e como resultado, depressão e insônia [...]”.

²⁹ Tradução nossa: “[...] casos nos quais, após muitos anos de depressão, os pacientes se recuperaram.”.

³⁰ Tradução nossa: “após a internação ela estava desesperadamente deprimida e sem dormir [...]”.

³¹ Tradução nossa: “recuperando-se de sua depressão, ele se torna agitado e enérgico [...]”.

³² Tradução nossa: “dois meses antes da internação ele foi observado por ser irritável, nervoso e deprimido.”.

³³ Tradução nossa: “[...] causas da depressão [...]”.

³⁴ Tradução nossa: “enquanto isso ele estava deprimido e tentou de matar.”.

³⁵ Tradução nossa: “ela se tornou deprimida [...]”.

³⁶ Tradução nossa: “[...] depressão profunda [...]”.

³⁷ Tradução nossa: *Insanidade maníaco-depressiva e paranoia*.

³⁸ Tradução nossa: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

1.6.1 DSM-I

Essa primeira edição do manual traz a grande classe dos “disorders of psychogenic origin or without clearly defined physical cause or structural change in the brain”³⁹; dentro dessa grande classe, há os “psychotic disorders”⁴⁰ e os “psychoneurotic disorders”⁴¹. Tanto os transtornos psicóticos quanto os transtornos psiconeuróticos possuem a categoria dos “disorders of psychogenic origin or without clearly defined tangible cause or structural change”⁴².

No caso dos transtornos psicóticos, dentro dos transtornos de origem psicogênica ou sem causa tangível claramente definida ou alteração estrutural, estabelece-se as “affective reactions”⁴³, e é dentro dessas reações afetivas que se encontram quatro entidades mórbidas referentes à depressão: “manic depressive reaction, manic type”⁴⁴, “manic depressive reaction, depressive type”⁴⁵, “manic depressive reaction, other”⁴⁶, “psychotic depressive reaction”⁴⁷.

No caso dos transtornos psiconeuróticos, dentro dos transtornos de origem psicogênica ou sem causa tangível claramente definida ou alteração estrutural, estabelece-se as “psychoneurotic reactions”⁴⁸. Dentro dessa última classificação, encontra-se a “depressive reaction”⁴⁹.

Na segunda seção do manual, dedicada a introduzir a nova nomenclatura, no tópico que discorre sobre a definição dos termos, encontra-se uma passagem atraente:

Grouped as Psychoneurotic Disorders are those disturbances in which “anxiety” is a chief characteristic, directly felt and expressed, or automatically controlled by such defenses as **depression**, conversion, dissociation, displacement, phobia formation, or repetitive thoughts and acts.⁵⁰ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952, p. 12, grifo nosso).

³⁹ Tradução nossa: “Transtornos de origem psicogênica ou sem causa física claramente definida ou mudança estrutural no cérebro”.

⁴⁰ Tradução nossa: “transtornos psicóticos”.

⁴¹ Tradução nossa: “transtornos psiconeuróticos”.

⁴² Tradução nossa: “transtornos de origem psicogênica ou sem causa tangível claramente definida ou alteração estrutural”.

⁴³ Tradução nossa: “reações afetivas”.

⁴⁴ Tradução nossa: “reação maníaca depressiva, tipo maníaco”.

⁴⁵ Tradução nossa: “reação maníaca depressiva, tipo depressivo”.

⁴⁶ Tradução nossa: “reação maníaca depressiva, outra”.

⁴⁷ Tradução nossa: “reação psicótica depressiva”.

⁴⁸ Tradução nossa: “reações psiconeuróticas”.

⁴⁹ Tradução nossa: “reação depressiva”.

⁵⁰ Tradução nossa: Agrupados como Transtornos Psiconeuróticos estão aqueles distúrbios nos quais “ansiedade” é uma característica-chefe, diretamente sentida e expressada, ou automaticamente controlada por defesas tais como **depressão**, conversão, dissociação, deslocamento, formação de fobia ou pensamentos e atos repetitivos.

É importante observar e ressaltar que esse primeiro DSM, além de classificar a depressão como uma “defesa”, situa o estado afetivo depressivo não mais somente no âmbito da psicose, da dita loucura, mas também do lado das neuroses, ou psiconeuroses. O estado afetivo depressivo sai do campo exclusivo da psicose para constar também no espectro neurótico.

1.6.2 DSM-II

A segunda edição do DSM, lançada 16 anos mais tarde, (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968), apresenta modificações importantes na nomenclatura. Primeiramente ressalta-se a circunscrição das neuroses como uma classe diagnóstica própria (código “300”) adotando termos consagrados na nosologia freudiana para designar as doenças, como “hysterical neurosis”⁵¹ (300.1), “phobic neurosis”⁵² (300.2), “obsessive compulsive neurosis”⁵³ (300.3) e “neurasthenic neurosis (neurasthenia)”⁵⁴ (300.5). É nessa classe nosográfica que surge a “depressive neurosis”⁵⁵ (300.4). O DSM-II assim caracteriza a neurose depressiva:

This disorder is manifested by an excessive reaction of depression due to an internal conflict or to an identifiable event such as the loss of a love object or cherished possession. It is to be distinguished from *Involucional melancholia* (q.v.) and *Manic-depressive illness* (q.v.). *Reactive depressions* or *Depressive reactions* are to be classified here.⁵⁶ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p. 40, grifo do autor).

Interessante notar que, apesar de ainda ser descrita como uma reação, a depressão não é mais classificada como tal no âmbito das neuroses; não mais se classifica a depressão como um tipo de reação psiconeurótica, mas como um tipo de neurose.

Na introdução do DSM-II, Morton Kramer, do National Institute of Mental Health dos Estados Unidos, afirma que, após a polêmica da sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), lançada em 1948 e considerada insatisfatória por parte considerável dos profissionais de saúde ao redor do mundo – e tendo a sétima edição da CID, em 1955, se

⁵¹ Tradução nossa: “neurose histérica”.

⁵² Tradução nossa: “neurose fóbica”.

⁵³ Tradução nossa: “neurose obsessiva compulsiva”.

⁵⁴ Tradução nossa: “neurose neurastênica (neurastenia)”.

⁵⁵ Tradução nossa: “neurose depressiva”.

⁵⁶ Tradução nossa: Esse transtorno se manifesta por uma reação excessiva de depressão devido a um conflito interno ou a um evento identificável, como a perda de um objeto de amor ou posse estimada. Distingue-se da *Melancholia involucional* e da *Doença maniaco-depressiva*. *Depressões reativas* ou *reações depressivas* serão classificadas aqui.

abstido de revisar a seção dos transtornos mentais –, a Organização Mundial da Saúde convoca seus estados-membros a reunir-se em Genebra, em setembro de 1963, pautando a elaboração de uma proposta única para a classificação dos transtornos mentais, dado que a oitava edição da CID já estava prevista para ser lançada em julho de 1965. Sobre a reunião, Morton Kramer afirma:

It was quite gratifying that the meeting elicited very considerable agreement on the classification of schizophrenia; paranoid states; the psychoses associated with infections, organic, and physical conditions; nonpsychotic conditions associated with infections, organic, and physical conditions; mental retardation; physical disorders of presumably psychogenic origin; special symptom reactions; addictions; and transient situational disturbances. The areas that still remained in disagreement were the affective disorders, **neurotic depressive reaction**, several of the personality disorders (paranoid, antisocial reaction, and sexual deviation), and mental retardation with psychosocial deprivation.⁵⁷ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p. xiii, grifo nosso).

Cinco anos antes da publicação do DSM-II e dois anos antes do estabelecimento da oitava edição da CID, ainda não havia, portanto, no âmbito internacional, um consenso a respeito do estatuto da depressão neurótica.

No âmbito das psicoses, as reações maníacas depressivas agora são classificadas como “major affective disorders (affective psychoses)”⁵⁸. O termo “reação” é dispensado e a nova nosografia estabelece, então, a “manic-depressive illness, depressed type (manic-depressive psychosis, depressed type)”⁵⁹. Nessa nova edição a depressão surge também como qualificadora da “schizophrenia, schizo-affective type”⁶⁰.

1.6.3 DSM-III

Após mais 12 anos é lançada a terceira edição do manual psiquiátrico americano (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980) trazendo alterações substanciais na nomenclatura. Na classe dos transtornos neuróticos consta nenhuma classificação e o seguinte aviso: “These are included in Affective, Anxiety, Somatoform, Dissociative, and

⁵⁷ Tradução nossa: Foi bastante gratificante que o encontro chegou a um acordo muito considerável quanto à classificação da esquizofrenia; estados paranoides; psicoses associadas a infecções e condições orgânicas e físicas; condições não-psicóticas associadas a infecções, condições orgânicas e físicas; retardo mental; transtornos físicos de origem presumivelmente psicogênica; reações sintomáticas especiais; vícios; e perturbações situacionais transitórias. As áreas que ainda permaneceram em discordância/desacordo foram os transtornos afetivos, **reação neurótica depressiva**, vários dos transtornos de personalidade (paranoide, reação antissocial e desvio sexual) e retardo mental com privação psicossocial.

⁵⁸ Tradução nossa: “transtornos afetivos maiores (psicoses afetivas)”.

⁵⁹ Tradução nossa: “doença maníaco-depressiva, tipo deprimido (psicose maníaco-depressiva, tipo deprimido)”.

⁶⁰ Tradução nossa: “esquizofrenia, tipo esquizo-afetivo”.

Psychosexual Disorders.”⁶¹ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, p. 17). Os “transtornos afetivos”, que na edição anterior figuravam incluídos no grupo das psicoses, agora constituem uma categoria independente, sem atrelação alguma. Sobre essa classificação, o manual diz que “the proper descriptive term for this group of disorders should be ‘Mood Disorders’; however, common usage and historical continuity favor retention of the term ‘Affective Disorders.’”⁶² (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, p. 205).

É na grande ordem dos transtornos afetivos, classificada no âmbito dos “major affective disorders”⁶³, que está posta a “major depression”⁶⁴. Não mais classificada no campo das neuroses – ordem nosográfica abolida nessa terceira edição –, a depressão, como entidade mórbida, figura, agora, no campo dos transtornos afetivos, sem mais nenhuma atrelação à nosografia freudiana, e colocada sob o domínio do afeto. O grande destaque da terceira edição do DSM, para o tema que aqui se trata, é precisamente isso. É a primeira vez que se coloca a depressão. Os fenômenos da depressão não mais se fazem presentes somente qualificando estados específicos de outras doenças (esquizofrenia de tipo deprimido), ou figurando somente como adjetivo (neurose depressiva): agora trata-se d’*a* depressão maior. O vocábulo “depressão” aparece designando uma entidade mórbida. Arrisca-se afirmar, portanto, que é no DSM-III, em 1980, que surge oficialmente na psiquiatria a depressão como uma entidade nosográfica e nosológica.

A depressão maior subdivide-se em classificada como “single episode”⁶⁵ ou “recurrent”⁶⁶. Se episódio único, o manual estabelece a possibilidade de tal episódio ser qualificado como “with melancholia”⁶⁷ ou “without melancholia”⁶⁸. Interessante notar que o fato de o manual admitir um quadro de depressão qualificado pela presença ou ausência de melancolia poderia indicar que a psiquiatria, nesse momento, estabelece depressão e melancolia como entidades nosologicamente distintas. Uma nota de rodapé no manual assim define a melancolia:

A term from the past, in this manual used to indicate a typically severe form of depression that is particularly responsive to somatic therapy. The clinical features

⁶¹ Tradução nossa: “Essas estão incluídas nos Transtornos Afetivos, de Ansiedade, Somatoformes, Dissociativos e Psicosexuais.”.

⁶² Tradução nossa: “o termo descritivo correto para esse grupo de transtornos deveria ser ‘Transtornos de Humor’; entretanto, o uso comum e a continuidade histórica favorecem a retenção do termo ‘Transtornos Afetivos.’”.

⁶³ Tradução nossa: “transtornos afetivos maiores”.

⁶⁴ Tradução nossa: “depressão maior”.

⁶⁵ Tradução nossa: “episódio único”.

⁶⁶ Tradução nossa: “recorrente”.

⁶⁷ Tradução nossa: “com melancolia”.

⁶⁸ Tradução nossa: “sem melancolia”.

that characterize this syndrome have been referred to as “endogenous.” Since the term “endogenous” implies, to many, the absence of precipitating stress, a characteristic not always associated with this syndrome, the term “endogenous” is not used in DSM-III.⁶⁹ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, p. 205).

A melancolia seria, portanto, apenas uma forma grave de depressão.

Precisamente sobre esta questão encontra-se um trecho na parte introdutória do manual. Robert L. Spitzer, então presidente da Associação Psiquiátrica Americana, discorrendo sobre a conceituação de transtorno mental, afirma:

In DSM-III there is no assumption that each mental disorder is a discrete entity with sharp boundaries (discontinuity) between it and other mental disorders, as well as between it and No Mental Disorder. For example, there has been a continuing controversy as to whether or not severe depressive disorder and mild depressive disorder differ from each other qualitatively (discontinuity between diagnostic entities) or quantitatively (a difference on a severity continuum). The inclusion of Major Depression With and Without Melancholia as separate categories in DSM-III is justified by the clinical usefulness of the distinction. This does not imply a resolution of the controversy as to whether or not these conditions are in fact quantitatively or qualitatively different.⁷⁰ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, p. 6).

Nessa mesma classificação dos transtornos afetivos figura o “bipolar disorder”⁷¹, herdeiro da doença maníaco-depressiva, ou psicose maníaco-depressiva. A depressão é tirada do nome da doença e colocada apenas como uma subclassificação: “bipolar disorder, depressed”⁷².

O DSM-III afirma claramente que o critério de diferenciação entre o transtorno bipolar e a depressão maior é a presença ou ausência de um episódio maníaco: “Major Affective Disorders include Bipolar Disorder and Major Depression, which are distinguished by whether or not there has ever been a manic episode.”⁷³ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, p. 205).

⁶⁹ Tradução nossa: Um termo do passado, usado nesse manual para indicar uma forma tipicamente severa de depressão que é particularmente responsiva à terapia somática. Os atributos clínicos que caracterizam essa síndrome têm sido referidos como “endógenos.” Já que o termo “endógeno” implica, para muitos, a ausência de estresse precipitatório, uma característica nem sempre associada a essa síndrome, o termo “endógeno” não é usado no DSM III.

⁷⁰ Tradução nossa: No DSM-III não há a suposição de que cada transtorno mental seja uma entidade distinta com limites bem definidos (descontinuidade) entre ele e outros transtornos mentais, bem como entre ele e Nenhum Transtorno Mental. Por exemplo, há uma controvérsia em andamento sobre se o transtorno depressivo severo e o transtorno depressivo leve diferem-se entre eles qualitativamente (descontinuidade entre entidades diagnósticas) ou quantitativamente (uma diferença de gravidade contínua). A inclusão de Depressão Maior Com ou Sem Melancolia como categorias separadas no DSM-III é justificada pela utilidade clínica da distinção. Isso não implica uma resolução da controvérsia sobre se essas condições são, de fato, quantitativamente ou qualitativamente diferentes.

⁷¹ Tradução nossa: “transtorno bipolar”.

⁷² Tradução nossa: “transtorno bipolar, deprimido”

⁷³ Tradução nossa: “Transtornos Afetivos Maiores incluem o Transtorno Bipolar e a Depressão Maior, que se distinguem por ter havido ou não um episódio maníaco.”

A categoria “neurose depressiva” ora presente no DSM-II aparece nessa terceira edição como “dysthymic disorder”⁷⁴, enquadrada na grande classe dos transtornos afetivos – não como um transtorno afetivo maior, tal como o transtorno bipolar e a depressão maior, mas na categoria dos “other specific affective disorders”⁷⁵. O manual estabelece que se classifique como transtorno distímico os casos clínicos nos quais os sintomas não são severos o suficiente para atender aos critérios diagnósticos da depressão maior. Uma questão temporal também é colocada: enquanto na depressão maior os sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas, no transtorno distímico requer-se no mínimo dois anos. O transtorno distímico seria uma depressão menos intensa e mais duradoura.

Dentro da grande classe dos transtornos afetivos, incluída na categoria dos transtornos afetivos atípicos, encontra-se a “atypical depression”⁷⁶. O manual assim a define: “this is a residual category for individuals with depressive symptoms who cannot be diagnosed as having a Major or Other Specific Affective Disorder or Adjustment Disorder.”⁷⁷ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, p. 223). Cita-se como exemplo um caso que atende a todos os critérios sintomáticos para ser classificado como transtorno distímico, mas no qual há períodos intermitentes de humor normal que não duram mais do que alguns meses.

A depressão também aparece, nessa terceira edição do DSM, para qualificar transtornos demenciais orgânicos, bem como humor deprimido no “adjustment disorder”⁷⁸.

1.6.4 DSM-III-R

Sete anos mais tarde, em 1987, a Associação Psiquiátrica Americana publica uma revisão da terceira edição do manual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987).

A outrora categoria dos transtornos afetivos, estabelecida na terceira edição, transmuta-se, na edição revisada, em “mood disorders”⁷⁹. É dentro dos transtornos de humor – juntamente com os “bipolar disorders”⁸⁰ – que se encontra a categoria inédita dos “depressive

⁷⁴ Tradução nossa: “transtorno distímico”

⁷⁵ Tradução nossa: “outros transtornos afetivos específicos”.

⁷⁶ Tradução nossa: “depressão atípica”.

⁷⁷ Tradução nossa: “essa é uma categoria residual para indivíduos com sintomas depressivos que não podem ser diagnosticados como tendo um Transtorno Afetivo Maior ou Outro Transtorno Afetivo Específico ou Transtorno de Adaptação.”.

⁷⁸ Tradução nossa: “transtorno de adaptação”.

⁷⁹ Tradução nossa: “transtornos de humor”.

⁸⁰ Tradução nossa: “transtornos bipolares”.

disorders”⁸¹. Os transtornos depressivos abarcam quatro entidades mórbidas: a “major depression, single episode”⁸² e a “major depression, recurrent”⁸³ – essas duas constituindo a “major depression”⁸⁴ –; a “dysthymia (or depressive neurosis)”⁸⁵ e o “depressive disorder not otherwise specified”⁸⁶.

A depressão maior, tanto em episódio único quanto na forma recorrente, deve ser enquadrada em uma das sete categorias que qualificam o estado atual da doença, subclassificando-a em : “1 = mild; 2 = moderate; 3 = severe, without psychotic features; 4 = with psychotic features (*specify* mood-congruent or mood-incongruent); 5 = in partial remission; 6 = in full remission; 0 = unspecified.”⁸⁷ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, p. 7, grifo do autor). Nota-se que nessa nova edição a depressão passa a admitir uma gradação de gravidade (leve, moderada ou severa), e a qualificação melancólica, ora presente na edição anterior, (depressão com ou sem melancolia) aparentemente sai de cena com a revisão empreendida. Entretanto, nas primeiras páginas do capítulo dedicado aos transtornos de humor, encontram-se orientações para o diagnóstico do “major depressive episode”⁸⁸, em que há o comando para que se especifique se tal episódio depressivo maior é do “melancholic type”⁸⁹. O DSM-III-R assim define o tipo melancólico: “a typically severe form of a Major Depressive Episode that is believed to be particularly responsive to somatic therapy”⁹⁰ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, p. 214).

A distímia (antes, transtorno distímico) sai da classe dos “outros transtornos afetivos específicos” e entra na classe dos transtornos depressivos. A depressão atípica, classificada no DSM-III dentro dos transtornos afetivos como um dos transtornos afetivos atípicos, some do mapa nessa revisão; uma outra categoria residual, entretanto, é criada e colocada no âmbito dos transtornos depressivos: o transtorno depressivo não especificado de outra forma.

⁸¹ Tradução nossa: “transtornos depressivos”.

⁸² Tradução nossa: “depressão maior, episódio único”.

⁸³ Tradução nossa: “depressão maior, recorrente”.

⁸⁴ Tradução nossa: “depressão maior”.

⁸⁵ Tradução nossa: “distímia (ou neurose depressiva)”.

⁸⁶ Tradução nossa: “transtorno depressivo não especificado de outra forma”.

⁸⁷ Tradução nossa: “1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa, sem características psicóticas; 4 = com características psicóticas (*especificar* humor-congruente ou humor-incongruente); 5 = em remissão parcial; 6 = em remissão completa; 0 = não especificado”.

⁸⁸ Tradução nossa: “episódio depressivo maior”.

⁸⁹ Tradução nossa: “tipo melancólico”.

⁹⁰ Tradução nossa: “uma forma tipicamente severa de um Episódio Depressivo Maior que acredita-se ser particularmente responsiva à terapia somática”.

Na revisão da terceira edição duas novas doenças passam a admitir quadros com depressão: o “organic mood disorder”⁹¹ – uma entidade mórbida enquadrada na classe das “organic mental disorders associated with physical disorders or conditions, or whose etiology is unknown”⁹² –, na qual há que especificar se é “manic, depressed, mixed”⁹³; e o “schizoaffective disorder”⁹⁴, o qual admite o “depressive type”⁹⁵.

Sobre a questão do substrato biológico dos transtornos mentais – ou da falta de –, a revisão do manual tece uma importante consideração, arrolando a depressão:

The fact that certain diagnoses are made only when an organic factor cannot be identified does not imply the absence of a fundamental biologic disturbance in these disorders. It should be understood that when we know more about the biologic mechanisms involved in such disorders as Schizophrenia, Bipolar Disorder, and **Major Depression**, we may be able to identify specific organic factors that are responsible for initiating and maintaining these disorders.⁹⁶ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, p. 23, grifo nosso).

1.6.5 DSM-IV

A quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) chega, em 1994, com mais de 300 páginas a mais que a edição antecessora.

No campo dos transtornos de humor, algumas mudanças e complexificações. Estabelece-se um rol de especificadores que poderão ser aplicados às classificações, quando indicada a pertinência de tais especificações. Os itens a, b, c, d, e, f se aplicam ao atual ou mais recente episódio, e os itens g, h, i se aplicam aos transtornos de humor de maneira geral: a = Severity/Psychotic/Remission Specifiers; b = Chronic; c = With Catatonic Features; d = with Melancholic Features; e = With Atypical Features; f = With Postpartum Onset; g = With or Without Full Interepisode Recovery; h = With Seasonal Pattern; i = With Rapid Cycling⁹⁷.

⁹¹ Tradução nossa: “transtorno orgânico de humor”.

⁹² Tradução nossa: “transtornos mentais orgânicos associados com condições ou transtornos físicos, ou cuja etiologia é desconhecida”.

⁹³ Tradução nossa: “maníaca, depressiva, mista”.

⁹⁴ Tradução nossa: “transtorno esquizoafetivo”.

⁹⁵ Tradução nossa: “tipo depressivo”.

⁹⁶ Tradução nossa: O fato de certos diagnósticos serem feitos apenas quando um fator orgânico não pode ser identificado não implica a falta de um distúrbio biológico fundamental nesses transtornos. Deve-se entender que quando nós soubermos mais sobre os mecanismos biológicos envolvidos em tais transtornos como Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, e **Depressão Maior**, nós poderemos estar aptos a identificar fatores orgânicos específicos que são responsáveis por iniciar e manter esses transtornos.

⁹⁷ Tradução nossa: a = Especificadores de Severidade/Psicóticos/de Remissão; b = Crônico; c = Com Características Catatônicas; d = Com Características Melancólicas; e = Com Características Atípicas; f = Com Começo no Pós-parto; g = Com ou Sem Recuperação Completa Entre os Episódios; h = Com Padrão Sazonal; i = Com Ciclagem Rápida.

Os especificadores de severidade, psicose e remissão são, justamente, aqueles já indicados no quinto dígito do código diagnóstico; os outros especificadores não são codificáveis.

Uma pequena mudança na nomenclatura se percebe: a chamada “major depression”⁹⁸ da edição anterior do manual – DSM-III-R – agora é apresentada como “major depressive disorder”⁹⁹. Permanecem seus dois tipos: “major depressive disorder, single episode”¹⁰⁰, que admite os especificadores a, b, c, d, e, f; e “major depressive disorder, recurrent”¹⁰¹, que admite os especificadores a, b, c, d, e, f, g, h.

Ainda no campo dos transtornos depressivos, outra mudança de nomenclatura. O “dysthymic disorder”¹⁰², que na edição anterior, DSM-III-R, chamava-se “dysthymia (or depressive neurosis)”¹⁰³ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987), volta a adotar os termos de duas edições anteriores, o DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980): “dysthymic disorder (or depressive neurosis)”¹⁰⁴. Com um pequeno detalhe, entretanto: o sintagma “neurose depressiva” é abolido.

Outrora uno, o transtorno bipolar, nessa quarta edição do DSM, se divide em “bipolar I disorder”¹⁰⁵ e “bipolar II disorder”¹⁰⁶. Dentro do transtorno bipolar I há uma subclassificação de “most recente episode depressed”¹⁰⁷; no transtorno bipolar II pede-se que seja especificado o episódio corrente ou mais recente, sendo um dos especificadores “depressed”¹⁰⁸.

Ainda no campo dos transtornos de humor, uma mudança significativa. No DSM-III-R (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987), a patologia codificada sob o número 293.83 – a saber, o “transtorno orgânico de humor”, que admite um subtipo “deprimido” – era classificada no grupo dos “transtornos mentais orgânicos associados com condições ou transtornos físicos, ou cuja etiologia é desconhecida”, que por sua vez estava dentro do grande grupo dos “transtornos mentais orgânicos”. Nessa quarta edição do DSM, entretanto, o “transtorno orgânico de humor” não só muda de nome como sai do campo dos “transtornos mentais orgânicos”. O código 293.83 agora se refere a “mood disorder due to... [indicate the general medical condition]”¹⁰⁹; e entre os subtipos que admite estão “with depressive

⁹⁸ Tradução nossa: “depressão maior”.

⁹⁹ Tradução nossa: “transtorno depressivo maior”.

¹⁰⁰ Tradução nossa: “transtorno depressivo maior, episódio único”.

¹⁰¹ Tradução nossa: “transtorno depressivo maior, recorrente”.

¹⁰² Tradução nossa: “transtorno distímico”.

¹⁰³ Tradução nossa: “distímia (ou neurose depressiva)”.

¹⁰⁴ Tradução nossa: “transtorno distímico (ou neurose depressiva)”.

¹⁰⁵ Tradução nossa: “transtorno bipolar I”.

¹⁰⁶ Tradução nossa: “transtorno bipolar II”.

¹⁰⁷ Tradução nossa: “episódio mais recente deprimido”.

¹⁰⁸ Tradução nossa: “deprimido”.

¹⁰⁹ Tradução nossa: “transtorno de humor devido a... [indicar a condição médica geral]”.

features”¹¹⁰ e “with major depressive-like episode”¹¹¹. Sobre essa mudança o manual afirma: “the term ‘organic mental disorder’ is no longer used in DSM-IV because it incorrectly implies that the other mental disorders in the manual do not have a biological basis.”¹¹² (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 10).

Também na classe dos transtornos de humor, adiciona-se uma nova entidade, o “substance-induced mood disorder”¹¹³, que dentre seus subtipos admite o “with depressive features”¹¹⁴.

O transtorno de ajustamento, entidade mórbida classificada de maneira independente e consolidada nas duas últimas edições, nessa quarta conserva sua subclassificação “with depressed mood”¹¹⁵ – que também já estava presente nos dois últimos manuais – mas também passa a admitir um novo subtipo: “with mixed anxiety and depressed mood”¹¹⁶.

Na classe das demências, as três doenças que, nas duas edições anteriores admitiam subtipos nomeados como “com depressão”, agora, na quarta nova edição, passam por uma troca de termos e tais subtipos passam a ser nomeado como “with depressed mood”¹¹⁷.

O apêndice B do DSM-IV se dedica às propostas que foram cogitadas para possível inclusão nessa quarta edição do manual. Dentre as entidades mórbidas aventadas encontram-se: “postpsychotic depressive disorder of schizophrenia”¹¹⁸, “minor depressive disorder”¹¹⁹, “recurrent brief depressive disorder”¹²⁰, “mixed anxiety-depressive disorder”¹²¹, e “depressive personality disorder”¹²².

1.6.6 DSM-IV-TR

Apenas seis anos mais tarde chega a público uma revisão do texto da quarta edição do DSM: o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). No campo das demências, o subtipo com humor depressivo sai de cena no Alzheimer precoce e também no tardio, permanecendo apenas na demência vascular.

¹¹⁰ Tradução nossa: “com características depressivas”.

¹¹¹ Tradução nossa: “com episódio do tipo depressivo maior”.

¹¹² Tradução nossa: “o termo ‘transtorno mental orgânico’ não é mais usado no DSM-IV porque ele incorretamente implica que os outros transtornos mentais no manual não têm uma base biológica.”.

¹¹³ Tradução nossa: “transtorno de humor induzido por substância”.

¹¹⁴ Tradução nossa: “com características depressivas.”

¹¹⁵ Tradução nossa: “com humor deprimido”.

¹¹⁶ Tradução nossa: “com misto de ansiedade e humor deprimido”.

¹¹⁷ Tradução nossa: “com humor deprimido”.

¹¹⁸ Tradução nossa: “transtorno depressivo pós-psicótico da esquizofrenia”.

¹¹⁹ Tradução nossa: “transtorno depressivo menor”.

¹²⁰ Tradução nossa: “transtorno depressivo breve recorrente”.

¹²¹ Tradução nossa: “transtorno misto de ansiedade e depressão”.

¹²² Tradução nossa: “transtorno de personalidade depressiva”.

2 A DEPRESSÃO EM FREUD E LACAN

Propõe-se, neste momento, a investigar, na obra de Sigmund Freud e no ensino de Jacques Lacan, as ocorrências do termo “depressão” e seus derivados.

2.1 Sigmund Freud

Para o levantamento nos escritos de Freud trabalhou-se com as *Obras Completas* publicadas pela Amorrortu Editores. Além da consulta ao índice remissivo que consta ao final de cada volume, também abordou-se a versão digitalizada não-oficial das mesmas *Obras Completas* disponível na internet. Os arquivos, submetidos à tecnologia OCR (do inglês *Optical Character Recognition*; em português, Reconhecimento Ótico de Caracteres), foram inspecionados com o mecanismo de busca por palavra. Dado que a versão digitalizada encontrada na rede mundial de computadores não é oficial, o levantamento não pôde atingir precisão completa. Os resultados das duas pesquisas – índice remissivo e mecanismo de busca por palavras na obra digitalizada – foram confrontados e se complementaram.

O resultado é o que se segue.

O primeiro texto freudiano em que o termo “depressão” aparece é *Histeria*, de 1888. No artigo Freud discorre sobre o papel do trauma na etiologia da histeria; afirma que “[...] un fuerte trauma corporal, acompañado de terror y parálisis momentánea de la conciencia, despierta una predisposición histérica inadvertida hasta entonces [...]”¹²³ (FREUD, 1888/1986, p. 56) e que a parte do corpo afetada pelo trauma pode se converter na sede de uma histeria. Nos casos histéricos provocados por traumas gerais graves, como acidentes ferroviários e similares, por exemplo, Freud diz que “esos estados suelen presentar el aspecto más sombrío y grave, van unidos a una depresión y una desazón melancólica, y al menos en una serie de casos muestran combinación de síntomas histéricos con neurasténicos y orgánicos.”¹²⁴ (FREUD, 1888/1986, p. 56).

Em seu artigo *Reseña de August Forel, Der Hypnotismus*¹²⁵, publicado em 1889, Freud menciona – criticando – uma teoria dos fenômenos hipnóticos que vê em tais

¹²³ Tradução nossa: “[...] um forte trauma corporal, acompanhado de terror e paralisia momentânea da consciência, desperta uma predisposição histérica inadvertida até então [...]”.

¹²⁴ Tradução nossa: “esses estados costumam apresentar o aspecto mais sombrio e grave, vão unidos a uma depressão e um pesar melancólico, e ao menos em uma série de casos mostram combinação de sintomas histéricos com neurastênicos e orgânicos.”.

¹²⁵ Tradução nossa: *Resenha de August Forel, Der Hypnotismus*.

fenômenos uma “[...] ‘depresión de la actividad cortical’ [...]”¹²⁶ (FREUD, 1889/1986, p. 105).

Em *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*¹²⁷, de 1890, Freud fala de “[...] ciertos estados anímicos denominados ‘afectos’ [...]”¹²⁸ (FREUD, 1890/1986, p. 118). Ao discorrer sobre as consequências corporais dos afetos, Freud chama a atenção para

estados afectivos persistentes de naturaleza penosa o, como suele decirse, ‘depresiva’, como la cuita, la preocupación y el duelo, [que] rebajan la nutrición del cuerpo en su conjunto, hacen que los cabellos encanezcan, que desaparezcan los tejidos adiposos y las paredes de los vasos sanguíneos se alteren patológicamente.¹²⁹ (FREUD, 1890/1986, p. 119).

Mais à frente Freud complementa, dizendo que “[...] los afectos, y casi con exclusividad los depresivos, pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos [...]”¹³⁰ (FREUD, 1890/1986, p. 119), e que “[...] no hay ninguna duda de que la duración de la vida puede ser abreviada notablemente por afectos depresivos, o que un terror violento, una ‘mortificación’ o un bochorno muy vivos pueden ponerle fin de manera repentina [...]”¹³¹. (FREUD, 1890/1986, p. 119).

No *Manuscrito B. La etiología de las neurosis*¹³², de 8 de fevereiro de 1893, ao teorizar sobre a etiologia da neurastenia Freud (1893/1986) afirma que há (1) a condição necessária para o estabelecimento da doença e (2) seus possíveis fatores ocasionadores. Quando a condição necessária tem ingerência suficiente, a doença se instala como consequência; quando o acontecido se dá, mas não tem ingerência suficiente, o sujeito fica, então, predisposto à doença, que fica latente até que sobrevenha um fator ocasionador suficiente para desencadeá-la (FREUD, 1893/1986). Freud, à vista disso, lança mão da seguinte ilustração para exemplificar o esquema etiológico: “un desgaste sexual puede provocar neurastenia por sí solo; toda vez que solo no alcance, habrá predisuesto al sistema

¹²⁶ Tradução nossa: “[...] ‘depressão da atividade cortical’ [...]”.

¹²⁷ Tradução nossa: *Tratamiento psíquico (tratamiento da alma)*.

¹²⁸ Tradução nossa: “[...] ciertos estados anímicos denominados ‘afectos’ [...]”.

¹²⁹ Tradução nossa: estados afetivos persistentes de natureza penosa ou, como se costuma dizer, ‘depressiva’, como a aflição, a preocupação e a dor, [que] rebaixam a nutrição do corpo no seu conjunto, fazem com que os cabelos embranqueçam, que desapareçam os tecidos adiposos e as paredes dos vasos sanguíneos se alterem patologicamente.

¹³⁰ Tradução nossa: “[...] os afetos, e quase com exclusividade os depressivos, passam a ser com farta frequência causas patógenas tanto de doenças do sistema nervoso com alterações anatômicas registráveis, quanto de doenças de outros órgãos [...]”.

¹³¹ Tradução nossa: “[...] não há nenhuma dúvida de que a duração da vida pode ser abreviada notavelmente por afetos depressivos, ou que um terror violento, uma ‘mortificação’ ou um sufocamento muito vivos podem colocar-lhe fim de maneira repentina [...]”.

¹³² Tradução nossa: *Manuscrito B. A etiologia das neuroses*.

nervioso a punto tal que una afección corporal, un afecto depresivo o un trabajo excesivo (influxos tóxicos) no se tolerarán entonces sin neurastenia.”¹³³ (FREUD, 1893/1986, p. 218).

No *Manuscrito F. Recopilación III*¹³⁴, de 18 e 20 de agosto de 1894, Freud descreve dois casos, entre eles o do Senhor K., de 27 anos, considerado por Freud um caso de neurose de angústia. Recorta-se, aqui, o seguinte trecho do relato freudiano:

Hace tres semanas, al atardecer, repentino ataque de angustia sin contenido, con sensación de congestión desde el pecho hasta la cabeza; interpretación [del paciente]: que algo terrible tiene que acontecer; no acompañado en absoluto de opresión y con pocas palpitaciones. Después, ataques semejantes también de día, al almuerzo; consultó al médico hace dos semanas; mejoría con bromo; aquello persiste todavía, pero duerme bien. Además, durante las últimas dos semanas, breves ataques de depresión profunda, como de apatía total, apenas unos minutos; aquí, en R[eichenau], mejoró.¹³⁵ (FREUD, 1894/1986, p. 235).

Em *Estudios sobre la histeria*¹³⁶, escrito a quatro mãos por Josef Breuer e Sigmund Freud entre 1893 e 1895, no relato do caso de Anna O., feito por Breuer, encontra-se a seguinte passagem: “[...] al término de los fenómenos histéricos, la enferma caía en una depresión pasajera, entre otros temores y autoacusaciones infantiles decía que ella no estaba enferma, sino que todo había sido simulado. Como se sabe, ya muchas veces se han observado situaciones parecidas.”¹³⁷ (BREUER; FREUD, 1893-1895/1985, p. 69).

Freud, no relato do caso de Emmy von N., reporta que os sintomas da paciente “[...] se pueden agrupar como alteración del talante (angustia, depresión melancólica), fobias y abulias (inhibiciones de la voluntad).”¹³⁸ (BREUER; FREUD, 1893-1895/1985, p. 106). Utilizando o caso de Emmy para exemplificar e teorizar sobre as representações psíquicas contrastantes na dinâmica da neurose, Freud afirma que “el neurótico, en cuya conciencia de sí rara vez se echa de menos un sesgo de depresión, de expectativa angustiada, forma estas representaciones

¹³³ Tradução nossa: “um desgaste sexual pode provocar neurastenia por si só; toda vez que não consiga isso sozinho, haverá predisposto o sistema nervoso a um ponto tal que uma afecção corporal, um afeto depressivo ou um trabalho excessivo (influxos tóxicos) não se tolerarão então sem neurastenia.”

¹³⁴ Tradução nossa: *Manuscrito F. Compilação III*.

¹³⁵ Tradução nossa: Há três semanas, ao entardecer, repentino ataque de angústia sem conteúdo, com sensação de congestão desde o peito até a cabeça; interpretação [do paciente]: que algo terrível tem que acontecer; não acompanhado em absoluto de opressão e com poucas palpitações. Depois, ataques semelhantes também de dia, ao almoço; consultou ao médico faz duas semanas; melhora com bromo; aquilo ainda persiste, mas dorme bem. Além disso, durante as duas últimas semanas, breves ataques de depressão profunda, como de apatia total, apenas uns minutos; aqui, em R[eichenau], melhorou.

¹³⁶ Tradução nossa: *Estudos sobre a histeria*.

¹³⁷ Tradução nossa: “[...] ao término dos fenômenos histéricos, a doente caía em uma depressão passageira, entre outros temores e autoacusações infantis dizia que ela não estava doente, mas que tudo havia sido simulado. Como se sabe, situações parecidas já foram observadas muitas vezes.”

¹³⁸ Tradução nossa: “[...] podem agrupar-se em alteração do humor (angústia, depressão melancólica), fobias e abulias (inibições da vontade).”

contrastantes en mayor número o las percibe con más facilidad; también le parecen más sustantivas.”¹³⁹ (BREUER; FREUD, 1893-1895/1985, p. 111).

Em *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*¹⁴⁰, de 1896, Freud se dedica, na terceira e última parte do texto, a analisar um caso de paranoia crônica – ou *dementia paranoides*, como retificado em 1924 em nota de rodapé. Logo no início da descrição do caso clínico, Freud diz:

La señora P. tiene treinta y dos años de edad, está casada desde hace tres, es madre de un niño de dos años; sus progenitores no son nerviosos; empero, sé que sus dos hermanos son neuróticos igual que ella. Es dudoso que promediando su tercera década de vida no sufriera alguna depresión pasajera y extravío de juicio [...].¹⁴¹ (FREUD, 1896/1986, p. 175-176).

Em *La interpretación de los sueños*¹⁴², publicado em 1900, Freud ilustra um sonho de uma paciente e ao final agrega uma nota de rodapé que diz: “síntomas histéricos concomitantes: amenorrea y gran depresión (el principal padecimiento de esta enferma).”¹⁴³ (FREUD, 1900/1979, p. 336).

Na obra *Psicopatología de la vida cotidiana*¹⁴⁴, de 1901, Freud descreve um sujeito que encontra-se “[...] caído en profunda desazón por la muerte de su querida madre, le sobrevenían crisis de llanto estando en compañía de sus camaradas, y a sus amigos íntimos les manifestó sentir hastío por la vida.”¹⁴⁵ (FREUD, 1901/1986, p. 178). Freud refere-se ao sujeito acometido por esses fenômenos como estando com “[...] depresión nerviosa [...]”¹⁴⁶ (FREUD, 1901/1986, p. 179). É interessante pontuar que o desfecho de tal caso foi o que Freud nominou de “[...] suicidio tolerado inconcientemente.”¹⁴⁷ (FREUD, 1901/1986, p. 178).

No texto *El método psicoanalítico de Freud*¹⁴⁸, escrito em 1903 e publicado em 1904, produzido como contribuição ao livro de Leopold Löwenfeld sobre os fenômenos obsessivos

¹³⁹ Tradução nossa: “o neurótico, em cuja consciência de si raramente está de menos um viés de depressão, de expectativa angustiada, forma estas representações contrastantes em maior número ou as percebe com mais facilidade; também lhe parecem mais substantivas.

¹⁴⁰ Tradução nossa: *Novas pontuações sobre as neuropsicoses de defesa*.

¹⁴¹ Tradução nossa: A senhora P. tem trinta e dois anos de idade, está casada há três, é mãe de um menino de dois anos; seus progenitores não são nervosos; entretanto, sei que seus dois irmãos são neuróticos iguais a ela. É duvidoso que estando na casa dos trinta anos de idade não sofrera alguma depressão passageira e extravio de juízo [...].

¹⁴² Tradução nossa: *A interpretação dos sonhos*.

¹⁴³ Tradução nossa: “síntomas histéricos concomitantes: amenorrea e grande depressão (o principal padecimento dessa enferma).”

¹⁴⁴ Tradução nossa: *Psicopatologia da vida cotidiana*.

¹⁴⁵ Tradução nossa: “[...] caído em profundo desânimo pela morte de sua querida mãe, lhe sobrevinham crises de choro estando em companhia de seus camaradas, e a seus amigos íntimos manifestou sentir-se entediado pela vida.”

¹⁴⁶ Tradução nossa: “[...] depressão nervosa [...]”.

¹⁴⁷ Tradução nossa: “[...] suicídio tolerado inconcientemente.”

¹⁴⁸ Tradução nossa: *O método psicanalítico de Freud*.

(STRACHEY, 1978a; JORGE, 2017), Freud afirma que “la persona que haya de someterse con provecho al psicoanálisis debe llenar muchos requisitos. En primer lugar, tiene que ser capaz de un estado psíquico normal; en épocas de confusión o de depresión melancólica, no se consigue nada ni siquiera en el caso de una histeria.”¹⁴⁹ (FREUD, 1904[1903]/1978, p. 241).

Por ocasião do 2º Congresso Internacional de Psicanálise, realizado em Nuremberg nos dias 30 e 31 de março de 1910, Freud profere um discurso em tal evento (STRACHEY, 1986a) que foi publicado no mesmo ano sob o título *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*¹⁵⁰. Logo no início de sua fala, Freud, dirigindo-se ao público, diz:

Imagino cuál puede ser su apreciación sobre los resultados de nuestra terapia, y supongo que la mayoría de ustedes ya han atravesado las dos fases de iniciación: el entusiasmo por el insospechado incremento de nuestros logros terapéuticos y la depresión ante la magnitud de las dificultades que salen al paso de nuestros empeños.¹⁵¹ (FREUD, 1910/1986, p. 133).

Em *Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*¹⁵², publicado em 1913, Freud se dedica, na segunda parte da obra, a definir a noção de tabu e seus desdobramentos – violação do tabu e punição do indivíduo. A certa altura, Freud afirma que o tabu

se trata, pues, de una serie de limitaciones a que estos pueblos primitivos se someten; esto o aquello se prohíbe, no sabemos por qué, y ni se les ocurre preguntarlo, sino que se someten a ello como a una cosa obvia, convencidos de que una violación se castigaría sola con la máxima severidad.¹⁵³ (FREUD, 1913[1913-1912]/1986, p. 30).

Freud ilustra, então, uma violação involuntária da proibição do tabu que foi automaticamente castigada: “el inocente infractor que, por ejemplo, comió de un animal prohibido, cae presa de una depresión profunda, espera su muerte y luego se muere de verdad.”¹⁵⁴ (FREUD, 1913[1912-1913]/1986, p. 30).

¹⁴⁹ Tradução nossa: “a pessoa que há de se submeter com proveito à psicanálise deve preencher muitos requisitos. Em primeiro lugar, tem que ser capaz de um estado psíquico normal; em épocas de confusão ou de depressão melancólica, não se consegue nada nem sequer no caso de uma histeria.

¹⁵⁰ Tradução nossa: *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*.

¹⁵¹ Tradução nossa: Imagino qual pode ser sua apreciação sobre os resultados de nossa terapia, e suponho que a maioria dos senhores já atravessaram as duas fases de iniciação: o entusiasmo pelo insuspeitado incremento de nossos êxitos terapêuticos e a depressão frente à magnitude das dificuldades que vão ao encontro de nossos esforços.

¹⁵² Tradução nossa: *Tótem e tabu. Algumas concordâncias na vida anímica dos selvagens e dos neuróticos*.

¹⁵³ Tradução nossa: se trata, pois, de uma série de limitações às quais esses povos primitivos se submetem; isto ou aquilo se proíbe, não sabemos por quê, e nem se lhes ocorre perguntá-lo, senão que se submetem a isso como a uma coisa óbvia, convencidos de que uma violação se castigaria sozinha com a máxima severidade.

¹⁵⁴ Tradução nossa: “o inocente infractor que, por exemplo, comeu de um animal proibido, cai vítima de uma depressão profunda, espera sua morte e logo morre de verdade.”

Nas *Conferencias de introducción al psicoanálisis*¹⁵⁵, proferidas por Freud na Universidade de Viena entre os anos de 1915 e 1917 (STRACHEY, 1978b) – mais precisamente na 28ª Conferência, intitulada *La terapia analítica*¹⁵⁶ –, Freud faz um pequeno recorte de um caso clínico no qual “[...] una enferma que ya había pasado por cuatro ciclos de depresión y manía iniciaba tratamiento conmigo durante una pausa tras la melancolía, y tres semanas después se encontraba de nuevo al comienzo de una manía [...]”¹⁵⁷ (FREUD, 1917[1916-1917]/1984, p. 420).

*De la historia de una neurosis infantil*¹⁵⁸ é o texto escrito por Freud como relato do caso clínico de um jovem russo que frequentou seu consultório entre fevereiro de 1910 e julho de 1914 (JONES, 1955 apud STRACHEY, 1986b): o famoso caso do “Homem dos lobos”. Logo nas primeiras páginas do relato, na seção “Puntualizaciones previas”¹⁵⁹, Freud diz que

el enfermo pasó largo tiempo en sanatorios alemanes y fue clasificado en esa época por las autoridades competentes como un caso de “insania maníaco-depresiva”. Ese diagnóstico era sin duda aplicable al padre del paciente, cuya vida, rica en actividad y en intereses, se había visto perturbada por repetidos ataques de depresión grave.¹⁶⁰ (FREUD, 1918[1914]/1986, p. 10).

Theodor Ziehen em Berlim, e Emil Kraepelin em Munique, foram dois dos psiquiatras que atenderam o Homem dos Lobos em território alemão (JONES, 1955 apud STRACHEY, 1986b).

Mais adiante, na segunda parte do texto, intitulada “Panorama sobre el ambiente del enfermo y su historial clínico”¹⁶¹, Freud volta a mencionar o pai do jovem russo, afirmando que “los años más maduros del paciente estuvieron regidos por una relación muy desfavorable con su padre, quien, por ese tiempo, tras repetidos ataques de depresión, no podía ocultar los costados patológicos de su carácter.”¹⁶² (FREUD, 1918[1914]/1986, p. 17).

¹⁵⁵ Tradução nossa: *Conferências de introdução à psicanálise*.

¹⁵⁶ Tradução nossa: *A terapia analítica*.

¹⁵⁷ Tradução nossa: “[...] uma doente que já havia passado por quatro ciclos de depressão e mania iniciava tratamento comigo durante uma pausa depois da melancolia, e três semanas depois se encontrava de novo no começo de uma mania [...]”.

¹⁵⁸ Tradução nossa: *Da história de uma neurose infantil*.

¹⁵⁹ Tradução nossa: “Pontuações prévias”.

¹⁶⁰ Tradução nossa: o doente passou muito tempo em sanatórios alemães e foi classificado nessa época pelas autoridades competentes como um caso de “loucura maníaco-depressiva”. Esse diagnóstico era sem dúvida aplicável ao pai do paciente, cuja vida, rica em atividade e em interesses, havia sido perturbada por repetidos ataques de depressão grave.

¹⁶¹ Tradução nossa: “Panorama sobre o ambiente do doente e seu histórico clínico”.

¹⁶² Tradução nossa: “os anos mais maduros do paciente estiveram regidos por uma relação muito desfavorável com seu pai, quem, por esse tempo, depois de repetidos ataques de depressão, não podia ocultar as faces patológicas de seu caráter.”.

Na quarta seção do relato, “El sueño y la escena primordial”¹⁶³, Freud afirma que o paciente “a partir de su décimo año estuvo sometido a depresiones temporarias que empezaban después de mediodía y culminaban hacia las cinco de la tarde. Este síntoma persistía aún en la época del tratamiento analítico. La depresión recurrente sustituía al ataque de fiebre o fatiga de entonces [...]”¹⁶⁴ (FREUD, 1918[1914]/1986, p. 36). Freud faz a hipótese da vivência de uma situação significativa na história de seu paciente: quando o jovem russo tinha por volta de um ano e meio de idade, teria visto uma cena de cópula entre seus pais. Essa cena, chamada por Freud de “cena primordial”, em conjunção com alguns outros elementos contextuais da história do paciente, teria embasado o sonho de angústia relatado por ele a Freud, e sobre o qual todo o tratamento analítico se construiu. À época da cena primordial o Homem dos Lobos sofria de malária, tendo ataques diários em determinada hora do dia – Freud afirma isso imediatamente antes do trecho citado acima. Sendo febre e fadiga sintomas comuns à malária (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2013), é prudente afirmar, então, que a depressão recorrente da qual fala Freud substituía os sintomas da malária que estavam presentes na cena primordial.

Em *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*¹⁶⁵, publicado em 1920, Freud conta o tratamento de uma moça trazida aos seus cuidados pelos pais, que a conduziram a Freud em razão de seu imbróglio amoroso com outra mulher. Discorrendo sobre seu caso clínico, Freud pede licença para fazer a seguinte observação:

No quiero dejar pasar esta oportunidad sin expresar, otra vez, mi estupefacción por el hecho de que los seres humanos puedan recorrer tramos tan grandes y tan importantes de su vida amorosa sin notar mucho de ella y aun, a veces, sin tener de ella la mínima vislumbre; o que, cuando eso les llega a la conciencia, equivoquen tan radicalmente su juicio. [...] encontramos muchachas o señoras en graves depresiones, que, preguntadas por la causación posible de su estado, dan por referencia que han sentido, sí, un cierto interés por determinada persona, pero no lo tomaron muy a pecho y muy pronto despacharon ese asunto después que fue forzoso abandonarlo.¹⁶⁶ (FREUD, 1920/1984, p. 159).

¹⁶³ Tradução nossa: “O sonho e a cena primordial”.

¹⁶⁴ Tradução nossa: “a partir dos dez anos esteve submetido a depressões temporárias que começavam depois de meio-dia e atingiam o ápice às cinco da tarde. Esse sintoma persistia ainda na época do tratamento analítico. A depressão recorrente substituía o ataque de febre ou fadiga de antes [...]”.

¹⁶⁵ Tradução nossa: *Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina*.

¹⁶⁶ Tradução nossa: Não quero deixar passar essa oportunidade sem expressar, outra vez, minha estupefação pelo fato de que os seres humanos possam atravessar contextos tão grandes e tão importantes de sua vida amorosa sem notar muito dela e ainda, às vezes, sem ter dela o mínimo vislumbre; ou que, quando isso lhes chega à consciência, errem tão radicalmente quanto ao seu juízo. [...] encontramos garotas ou senhoras em graves depressões, que, perguntadas a respeito da possível causa de seu estado, dão por referência que sentiram, sim, um certo interesse por determinada pessoa, mas não o levaram muito a sério e muito prontamente dispensaram esse assunto depois que foi forçoso abandoná-lo.

Em *Psicología de las masas y análisis del yo*¹⁶⁷, publicado em 1921, Freud se dedica, em determinado capítulo do texto, a falar sobre um elemento crucial na análise das massas: o Ideal de Eu, esse “grau” no interior da instância psíquica do Eu. Para tal, Freud retoma *Introducción del narcicismo*¹⁶⁸ (1914) e *Duelo y melancolía*¹⁶⁹ (1917[1915]) – dois de seus textos mais importantes. Discorrendo sobre as articulações entre o Eu e o Ideal de Eu, Freud aborda os estados maníacos e melancólicos e afirma: “el vuelco a la manía no es un rasgo necesario en el cuadro patológico de la depresión melancólica. Existen melancolías simples (algunas que sobrevienen una sola vez y otras que se repiten periódicamente) que nunca tienen aquel otro destino.”¹⁷⁰ (FREUD, 1921/1984, p. 125).

Em *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*¹⁷¹, escrito em 1922 e publicado em 1923, Freud dedica-se a abordar uma passagem histórica. Trata-se do caso do pintor Christoph Haizmann, que, nos idos de 1677, alegava ter feito um pacto com o diabo. Sobre o que levou Christoph a selar tal acordo, Freud diz que esse homem

había caído en estado de tristeza, no podía – o no quería – trabajar bien, y le preocupaba no poder ganarse el sustento; vale decir: depresión melancólica con inhibición del trabajo y preocupación (justificada) por su futuro. Vemos que efectivamente estamos ante una historia clínica, y nos enteramos también del ocasionamiento de esa enfermedad, que el pintor mismo, en sus notas a las imágenes del Diablo, llama directamente “melancolía” (“yo debía recrearme de tal suerte, y ahuyentar la melancolía”). De nuestras tres fuentes, es verdad que la primera, la carta de presentación del párroco, sólo menciona el estado de depresión [...], pero la segunda, el informe del abad Franciscus, sabe nombrar además la fuente de esta pusilanimidad o desazón [...]. Entonces, su padre había muerto, y a raíz de ello él cayó en un estado de melancolía; luego se le aproximó el Diablo, le preguntó por qué estaba tan consternado y triste, y le prometió “ayudarlo de todas las maneras y tenerlo de su mano”.

He ahí, pues, uno que vende su alma al Diablo para liberarse de una depresión. Lo juzgará un excelente motivo, sin duda, quien pueda ponerse en el lugar del que sufre los tormentos de ese estado y sepa, además, cuan poco se las arregla el arte médico para mitigar ese padecimiento.¹⁷² (FREUD, 1923[1922]/1984, p. 82-83).

¹⁶⁷ Tradução nossa: *Psicologia das massas e análise do eu*.

¹⁶⁸ Tradução nossa: *Introdução do narcicismo*.

¹⁶⁹ Tradução nossa: *Luto e melancolia*.

¹⁷⁰ Tradução nossa: “a virada à mania não é um traço necessário no quadro patológico da depressão melancólica. Existem melancolias simples (algumas que sobrevêm uma só vez e outras que se repetem periodicamente) que nunca têm aquele outro destino.”

¹⁷¹ Tradução nossa: *Uma neurose demoníaca no século XVII*.

¹⁷² Tradução nossa: havia caído em estado de tristeza, não podia – ou não queria – trabalhar bem, e lhe preocupava não poder ganhar seu próprio sustento; vale dizer: depressão melancólica com inibição do trabalho e preocupação (justificada) por seu futuro. Vemos que efetivamente estamos diante de uma história clínica, e tomamos conhecimento também da causa dessa doença, que o pintor mesmo, em suas notas às imagens do Diablo, chama diretamente de “melancolia” (“eu deveria me divertir de tal sorte, e espantar a melancolia”). De nossas três fontes, é verdade que a primeira, a carta de apresentação do pároco, só menciona o estado de depressão [...], mas a segunda, o informe do abade Franciscus, sabe nomear além disso a fonte dessa pusilanimidade ou abatimento [...]. Então, seu pai morreu, e em razão disso ele caiu em um estado de melancolia; logo o Diabo se aproximou dele, perguntou-lhe por que estava tão consternado e triste, e lhe prometeu “ajuda-lo de todas as maneiras e segurar sua mão”.

Freud afirma que o pintor sofria de um “martírio” e um “desconcerto”, os quais Freud diz serem próprios de uma “depressão melancólica”: “entonces, las cosas habrían sucedido simplemente así: alguien, presa del martirio y el desconcierto propios de una depresión melancólica, entrega su alma al Diablo, a quien por cierto atribuye el mayor poder terapéutico.”¹⁷³ (FREUD, 1923[1922]/1984, p. 85). O sintagma “depressão melancólica” é usado por Freud mais adiante em outra passagem: “no es nada insólito que un hombre contraiga por la muerte de su padre una depresión melancólica y una inhibición para el trabajo.”¹⁷⁴ (FREUD, 1923[1922]/1984, p. 89).

Na quinta parte do texto, Freud se refere à depressão como um “fator” do caso de Christoph Haizmann:

Recordamos que el pintor entregó su alma al Diablo porque tras la muerte de su padre, presa de desazón e incapaz de trabajar, temió no poder procurarse el sustento. Estos factores – depresión, inhibición para el trabajo y duelo por el padre – se enlazan de algún modo, más simple o más complejo.¹⁷⁵ (FREUD, 1923[1922]/1984, p. 103).

Freud afirma, no artigo *Presentación autobiográfica*¹⁷⁶, escrito em 1924 e publicado em 1925, que Breuer com o método hipnótico havia conseguido que uma jovem paciente – certamente se referindo ao caso de Anna O. – superasse seus “[...] ataques de confusión depresiva [...]”¹⁷⁷ (FREUD, 1925[1924]/1986, p. 20). Num outro momento desse mesmo texto Freud diz que “[...] en las depresiones cíclicas, la alteración paranoica leve, la esquizofrenia parcial, se han obtenido indudables éxitos con el análisis.”¹⁷⁸ (FREUD, 1925[1924]/1986, p. 56).

Em *Inhibición, síntoma y angustia*¹⁷⁹, redigido em 1925 e publicado em 1926, Freud, ao falar sobre as inibições mais gerais do Eu, afirma: “a partir de aqui ha de abrísenos un

Eis aí, pois, um que vendeu sua alma ao Diabo para liberar-se de uma depressão. Julgará que seja um excelente motivo, sem dúvida, quem possa colocar-se no lugar do que sofre os tormentos desse estado e saiba, além disso, quão pouco faz a arte médica para mitigar esse padecimento.

¹⁷³ Tradução nossa: “então, as coisas haveriam sucedido simplesmente assim: alguém, presa do martírio e do desconcerto próprios de uma depressão melancólica, entrega sua alma ao Diabo, a quem por certo atribui o maior poder terapêutico.”

¹⁷⁴ Tradução nossa: “não é nada insólito que um homem contraia pela morte do seu pai uma depressão melancólica e uma inibição para o trabalho.”

¹⁷⁵ Tradução nossa: Recordamos que o pintor entregou sua alma ao Diabo porque depois da morte de seu pai, presa do desânimo e incapaz de trabalhar, temeu não poder se sustentar. Esses fatores – depressão, inibição para o trabalho e luto pelo pai – se enlaçam de algum modo, mais simples ou mais complexo.

¹⁷⁶ Tradução nossa: *Apresentação autobiográfica*.

¹⁷⁷ Tradução nossa: “[...] ataques de confusão depressiva [...]”.

¹⁷⁸ Tradução nossa: “[...] nas depressões cíclicas, na alteração paranoica leve, na esquizofrenia parcial, obtêm-se indubitáveis êxitos com a análise.”

¹⁷⁹ Tradução nossa: *Inibição, sintoma e angústia*.

camino que nos lleve a comprender la inhibición general característica de los estados depresivos y del más grave de ellos, la melancolía.”¹⁸⁰ (FREUD, 1926[1925]/1986, p. 86).

No texto *Psicoanálisis*¹⁸¹, de 1926, falando sobre seu campo de aplicação, Freud diz que a psicanálise “[...] en circunstancias favorables puede dominar también depresiones graves.”¹⁸² (FREUD, 1926/1986, p. 252).

Em *Dostoievski y el parricidio*¹⁸³ – redigido provavelmente entre 1926 e 1927, e publicado em 1928 – Freud conta, em nota de rodapé, que o próprio Dostoievski relatou depressão: “el propio Dostoievski proporciona la mejor referencia acerca del sentido y el contenido de sus ataques cuando comunica a su amigo Strajov que su irritabilidad y depresión tras un ataque epiléptico se deben a que [...]”¹⁸⁴ (FREUD, 1928[1927]/1986, p. 184)

Em *Análisis terminable e interminable*¹⁸⁵, de 1937, Freud diz, num certo momento do texto, que, numa análise, dois temas particulares se destacam e perturbam o analista de maneira pouco usual: na análise de mulheres, a inveja do pênis; na análise de homens, a revolta contra a atitude passiva ou feminina frente a outro homem (FREUD, 1937/1986). Freud discorda de Ferenczi quando Ferenczi diz que uma análise exitosa tem como requisito o domínio desses dois complexos (FREUD, 1937/1986). Freud afirma ser infrutífero tentar convencer os pacientes a abandonar seu impossível desejo pelo pênis ou a entender que “[...] una actitud pasiva frente al varón no siempre tiene el significado de una castración y es indispensable en muchos vínculos de la vida.”¹⁸⁶ (FREUD, 1937/1986, p. 253).

Tentar explicar aos pacientes seus complexos não só é infrutífero como, no caso do homem, tal conduta do analista pode despertar resistências transferenciais intensas, como elucidada Freud: “de la sobrecompensación desafiante del varón deriva una de las más fuertes resistencias trasferenciales. El hombre no quiere someterse a un sustituto del padre, no quiere estar obligado a agradecerle, y por eso no quiere aceptar del médico la curación.”¹⁸⁷ (FREUD, 1937/1986, p. 253). No caso da mulher, o efeito é outro; não se trata de recusar a cura que o

¹⁸⁰ Tradução nossa: “a partir daqui há de se abrir para nós um caminho que nos leve a compreender a inibição geral característica dos estados depressivos e do mais grave deles, a melancolia.”

¹⁸¹ Tradução nossa: *Psicanálise*.

¹⁸² Tradução nossa: “[...] em circunstâncias favoráveis pode dominar também depressões graves.”

¹⁸³ Tradução nossa: *Dostoievski e o parricídio*.

¹⁸⁴ Tradução nossa: “o próprio Dostoievski proporciona a melhor referência sobre o sentido e o conteúdo de seus ataques quando comunica a seu amigo Strajov que sua irritabilidade e depressão depois de um ataque epiléptico se devem a que [...]”

¹⁸⁵ Tradução nossa: *Análise terminável e interminável*.

¹⁸⁶ Tradução nossa: “[...] uma atitude passiva frente ao homem nem sempre tem o significado de uma castração e é indispensável em muitos vínculos da vida.”

¹⁸⁷ Tradução nossa: “da sobrecompensação desafiante do homem deriva uma das mais fortes resistências transferenciais. O homem não quer se submeter a um substituto do pai, não quer estar obrigado a agradecer-lhe, e por isso não quer aceitar do médico a cura.”

analista pode oferecer, mas de desacreditá-la, o que leva a mulher à – como diz Freud – depressão grave: “no puede establecerse una transferencia análoga desde el deseo del pene de la mujer; en cambio, de esa fuente provienen estallidos de depresión grave, por la certeza interior de que la cura analítica no servirá para nada y de que no es posible obtener remedio.”¹⁸⁸ (FREUD, 1937/1986, p. 253).

2.1.1 Luto e melancolia

Não é incomum que, no discurso social, para tentar dizer o que é a depressão, exprimam-se noções adjacentes: tristeza, melancolia, mal-estar, apatia, desânimo, indiferença... Termo muito utilizado nos tempos atuais, a depressão é conjugada aos mais diversos significantes. Na psicanálise, há dois desses significantes conceituados por Freud em um artigo icônico de 1915 – porém publicado em 1917 –, que se aproximam do que se entende no senso comum por depressão. Julga-se proveitoso, portanto, deter-se atentamente nesse texto freudiano em especial. Seria a depressão luto ou melancolia?

Freud (1917[1915]/1984) inicia dizendo que, com esse texto, pretende lançar luz sobre a melancolia a partir da comparação dela com o luto, e considera que a definição conceitual de melancolia é incerta, mesmo na psiquiatria descritiva. É prudente aventar que Freud estaria se referindo ao compêndio de psiquiatria de Kraepelin (EDLER, 2014; QUINET, 1999c).

A definição conceitual do luto é apresentada por Freud logo no começo do artigo: “el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”¹⁸⁹ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 241). Freud diz, no entanto, que “a raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía.”¹⁹⁰ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 241). A descrição da melancolia vem logo em seguida. Segundo Freud,

la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se

¹⁸⁸ Tradução nossa: “não pode estabelecer-se uma transferência análoga desde o desejo do pênis da mulher; por outro lado, dessa fonte provêm erupções de depressão grave, pela certeza interior de que a cura analítica não servirá para nada e de que não é possível obter remédio.

¹⁸⁹ Tradução nossa: “o luto é, por regra geral, a reação frente à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que faça suas vezes, como a pátria, a liberdade, um ideal, etc.”

¹⁹⁰ Tradução nossa: “[à] raiz das mesmas influências, em muitas pessoas se observa, ao invés de luto, a melancolia”.

exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.¹⁹¹ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 242).

Freud (1917[1915]/1984) pondera que essa mesma fenomenologia da melancolia é encontrada também nos estados de luto, exceto pelo rebaixamento no sentimento de si.

Freud (1917[1915]/1984) se propõe a examinar o processo do luto: o início do caminho se dá a partir do momento em que “el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más [...]”¹⁹² (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 242). O sujeito, assim, é convocado a fazer a retirada da libido até então investida nesse objeto agora não mais a ele pertencente. Freud diz que ao final desse doloroso e intrincado processo “[...] el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido.”¹⁹³ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 243). Ao aplicar à melancolia o que desenvolveu sobre o luto, Freud (1917[1915]/1984) estabelece que o ponto de interseção essencial entre os dois é a perda. Tanto no luto como na melancolia, perdeu-se o objeto de amor, e advém de tal perda uma dor singular. No luto, identifica-se o que foi perdido, ao passo que no caso da melancolia, o sujeito “[...] sabe *a quien* perdió, pero no *lo que* perdió en él.”¹⁹⁴ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 243, grifo do autor). Freud diz que “esto nos llevaría a referir de algún modo la melancolía a una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconciente en lo que atañe a la pérdida.”¹⁹⁵ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 243).

Freud (1917[1915]/1984) expõe que o trabalho interior da melancolia, entretanto, é semelhante ao do luto. A inibição e falta de interesse no mundo externo que estão presentes no luto são consequência do trabalho de elaboração do luto que absorve ao Eu; na melancolia, ocorre o mesmo:

En el duelo hallamos que inhibición y falta de interés se esclarecían totalmente por el trabajo del duelo que absorbía al yo. En la melancolía la pérdida desconocida tendrá por consecuencia un trabajo interior semejante y será la responsable de la inhibición que le es característica.¹⁹⁶ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 243).

¹⁹¹ Tradução nossa: a melancolia se singulariza no anímico por um abatimento profundamente dolorido, um cancelamento do interesse pelo mundo exterior, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda produtividade e um rebaixamento no sentimento de si que se exterioriza em autocensuras e autodifamações e se extrema até uma delirante expectativa de castigo.

¹⁹² Tradução nossa: “o exame da realidade mostra que o objeto amado não existe mais [...]”.

¹⁹³ Tradução nossa: “[...] o eu fica outra vez livre e desinibido.”.

¹⁹⁴ Tradução nossa: “[...] sabe *a quem* perdeu, mas não *o que* perdeu nele.”.

¹⁹⁵ Tradução nossa: “isso nos levaria a referir de algum modo a melancolia a uma perda de objeto subtraída da consciência, diferentemente do luto, no qual não há nada inconsciente no que concerne à perda.”.

¹⁹⁶ Tradução nossa: No luto entendemos que inibição e falta de interesse se esclareceriam totalmente pelo trabalho do luto que absorvia ao eu. Na melancolia a perda desconhecida terá por consequência um trabalho interior semelhante e será responsável pela inibição que lhe é característica.

Freud (1917[1915]/1984), entretanto, diferencia a inibição do luto da inibição melancólica; diz que há algo de enigmático na inibição presente na melancolia dado que não se faz claro que tipo de fator absorve tão profundamente o sujeito. Não obstante, Freud observa na melancolia algo que não se faz presente no luto: “[...] una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico {Ichgefühl}, un enorme empobrecimiento del yo.”¹⁹⁷ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 243).

Começa a tornar-se marcante a articulação que Freud faz entre a melancolia e a instância do Eu. Freud diz que “en el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo.”¹⁹⁸ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 243). Essa ideia é reafirmada e complementada quando Freud articula, mais à frente no texto, que “siguiendo la analogía con el duelo, deberíamos inferir que él [el sujeto melancólico] ha sufrido una pérdida en el objeto; pero de sus declaraciones surge una pérdida en su yo.”¹⁹⁹ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 245).

O desenrolar psíquico que resulta na melancolia é conceituado por Freud da seguinte maneira:

Ahora bien, no hay dificultad alguna en reconstruir este proceso. Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de *una afrenta real o un desengaño* de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece requerir varias condiciones. La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una *identificación* del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación.²⁰⁰ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 246-247, grifo do autor).

¹⁹⁷ Tradução nossa: “[...] um extraordinário rebaixamento no seu sentimento egoico {Ichgefühl}, um enorme empobrecimento do eu.”

¹⁹⁸ Tradução nossa: “no luto, o mundo tornou-se pobre e vazio, na melancolia isso aconteceu com o próprio eu.”

¹⁹⁹ Tradução nossa: “segundo a analogia com o luto, deveríamos inferir que ele [o sujeito melancólico] sofreu uma perda no objeto; mas de suas declarações surge uma perda no seu eu.”

²⁰⁰ Tradução nossa: Pois bem, não há dificuldade alguma em reconstruir esse processo. Houve uma escolha de objeto, uma amarração da libido a uma determinada pessoa; por obra de *uma afronta real ou um desengano* da parte da pessoa amada, sobreveio um abalo desse vínculo de objeto. O resultado final não foi o normal, que haveria sido uma retirada da libido desse objeto e seu deslocamento a um novo, senão outro distinto, que para produzir-se parece requerer várias condições. O investimento de objeto resultou pouco resistente, foi cancelado, mas a libido livre não se deslocou a outro objeto senão que se retirou sobre o eu. Mas aí não encontrou uma utilidade qualquer, senão que serviu para estabelecer uma *identificação* do eu com o objeto resignado. A sombra do objeto caiu sobre o eu, quem, sucessivamente, pôde ser julgado por uma instância particular como um objeto, como o objeto abandonado. Dessa maneira, a perda do objeto teve que se transformar em uma perda do eu, e o conflito entre o eu e a pessoa amada, em uma bipartição entre o eu crítico e o eu alterado por identificação.

Duas questões deveras importantes se colocam junto ao lançamento das bases do quadro melancólico por Freud: a cisão do Eu, que dá origem ao Super-Eu, e a articulação entre narcisismo e identificação. A primeira questão permite compreender como o Eu pode ser tomado como objeto pelo Super-Eu, e a segunda permite compreender como o sujeito pode identificar-se com o objeto perdido na melancolia.

É fato que nesse momento, no qual o artigo *Luto e melancolia* foi escrito, Freud não contava ainda com o conceito estabelecido de Super-Eu – isso só viria a acontecer anos depois, com a publicação de *El yo y el ello*²⁰¹ (FREUD, 1923/1984). O gérmen do Super-Eu aparece, entretanto, apenas poucos meses antes desse artigo, num outro icônico texto de Freud, *Introducción del narcisismo*²⁰² (FREUD, 1914/1984), quando é esboçada uma instância psíquica nomeada como “consciência moral”, e também a noção de “ideal de eu”. Agora, em *Luto e melancolia*, Freud introduz a ideia de uma cisão do Eu, que dá origem a uma outra instância funcional:

Vemos que una parte del yo se contrapone a la otra, la aprecia críticamente, la toma por objeto, digamos. Y todas nuestras ulteriores observaciones corroborarán la sospecha de que la instancia crítica escindida del yo en este caso podría probar su autonomía también en otras situaciones. Hallaremos en la realidad fundamento para separar esa instancia del resto del yo. Lo que aquí se nos da a conocer es la instancia que usualmente se llama *conciencia moral* [...]²⁰³ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 245, grifo do autor).

É essa consciência moral – embrião do conceito de Super-Eu posteriormente estabelecido – que, separada do Eu, o tomará como objeto.

Freud, em *Introducción del narcisismo*²⁰⁴ (1914/1984), estabelece duas maneiras pelas quais um sujeito pode fazer sua escolha de objeto: o tipo narcisista de escolha ou o tipo de apoio. No tipo de apoio, o sujeito escolhe seu objeto de amor segundo suas figuras paterna e materna; no tipo narcisista, escolhe-se o objeto segundo um ideal ou uma imagem que o sujeito tem de si próprio (FREUD, 1914/1984). Freud (1914/1984) marca o narcisismo como uma forma de investimento libidinal do sujeito no seu próprio Eu; o investimento libidinal, ao invés de ser direcionado para os objetos do mundo externo, é encaminhado para o próprio Eu. Freud (1917[1915]/1984) indica que o sujeito melancólico realiza um tipo narcisista de

²⁰¹ Tradução nossa: *O eu e o isso*.

²⁰² Tradução nossa: *Introdução do narcisismo*.

²⁰³ Tradução nossa: Vemos que uma parte do eu se contrapõe à outra, aprecia ela criticamente, a toma por objeto, digamos. E todas as nossas observações posteriores corroborarão a suspeita de que a instância crítica cindida do eu nesse caso poderia provar sua autonomia também em outras situações. Encontraremos fundamento na realidade para separar essa instância do resto do eu. O que aqui se nos dá a conhecer é a instância que usualmente se chama *consciência moral* [...]”.

²⁰⁴ Tradução nossa: *Introdução do narcisismo*.

escolha de objeto; que a identificação melancólica é uma identificação narcisista. Sendo o narcisismo uma forma de investimento libidinal no próprio eu (FREUD, 1914/1984), dado que na melancolia ocorre uma identificação narcisista, uma escolha de objeto narcisista (FREUD, 1917[1915]/1984), e visto que, como diz Freud (1917[1915]/1984), na melancolia não há uma perda de objeto, como no luto, mas, sim, uma perda no próprio Eu – compreende-se, portanto, como o Eu do sujeito melancólico identifica-se ao objeto perdido.

No luto, a libido investida no objeto perdido, após doloroso processo de elaboração psíquica da perda, torna-se disponível para reinvestir outros objetos do mundo externo. Como diz Freud (1917[1915]/1984, p. 252), “el duelo normal vence sin duda la pérdida de objeto [...]”²⁰⁵. Já na melancolia, a libido que antes investia o objeto, agora perdido, escoia pelo buraco aberto pela ferida da perda. Nas palavras de Freud (1917[1915]/1984, p. 250), “el complejo melancólico se comporta como una herida abierta, atrae hacia sí desde todas partes energías de investidura [...] y vacía al yo hasta el empobrecimiento total [...]”²⁰⁶. O que está perdida, então, é a própria libido. Freud já afirmara isso anos cerca de 20 anos antes, em seu *Manuscrito G*: “la melancolia consistiría en el duelo por la pérdida de la libido.”²⁰⁷ (FREUD, 1895?/1986, p. 240, grifo do autor).

Freud (1917[1915]/1984) assevera que a melancolia toma emprestada do luto uma parte de suas características; e a outra parte toma emprestada da regressão empreendida desde a escolha narcisista de objeto até o narcisismo. A melancolia, assim como o luto, é uma reação frente à perda real do objeto de amor, afirma Freud (1917[1915]/1984); e “la pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor”²⁰⁸ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 248). É nesse contexto que Freud diz que, no caso de um sujeito com predisposição à neurose obsessiva, essa ambivalência conflituosa dos vínculos de amor imprimirá ao luto uma conformação patológica, levando o sujeito a se censurar por acreditar que é culpado da perda do objeto de amor porque teria quisto tal perda (FREUD 1917[1915]/1984). Freud chama essas situações de “depressões de cunho obsessivo”: “en esas depresiones de cuño obsesivo tras la muerte de personas amadas se nos pone por delante eso que el conflicto de ambivalencia opera por sí

²⁰⁵ Tradução nossa: “o luto normal vence sem dúvida a perda de objeto [...]”.

²⁰⁶ Tradução nossa: “o complexo melancólico se comporta como uma ferida aberta, atrai para si toda parte de energia de investimento [...] e esvazia o eu até o empobrecimento total [...]”.

²⁰⁷ Tradução nossa: “a melancolia consistiria no luto pela perda da libido.”.

²⁰⁸ Tradução nossa: “a perda do objeto de amor é uma ocasião privilegiada para que sobressaia e venha à luz a ambivalência dos vínculos de amor”.

solo cuando no es acompañado por el recogimiento regresivo de la libido.”²⁰⁹ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 248).

Mais adiante no texto, tratando do polo maníaco da melancolia, Freud afirma que os estados de alegria, júbilo ou triunfo “[...] se caracterizan por el empinado talante, las marcas de una descarga del afecto jubiloso y una mayor presteza para emprender toda clase de acciones, tal como ocurre en la manía y en completa oposición a la depresión y a la inhibición propias de la melancolía.”²¹⁰ (FREUD, 1917[1915]/1984, p. 251).

2.2 Jacques Lacan

Para o levantamento no ensino de Lacan consultou-se a obra *Jacques Lacan Séminaires 1952-1980: Index référentiel*²¹¹, de Henry Krutzen. Abordaram-se também as versões digitalizadas não-oficiais das publicações de Jacques Lacan em língua portuguesa disponíveis na internet. Os arquivos, submetidos à tecnologia OCR (do inglês *Optical Character Recognition*; em português, Reconhecimento Ótico de Caracteres), foram inspecionados com o mecanismo de busca por palavra. Dado que as versões digitalizadas encontradas na rede mundial de computadores não são oficiais, o levantamento não pôde atingir precisão completa. Os resultados das duas pesquisas – no livro de Henry Krutzen (2003) e com o mecanismo de busca por palavras nas versões digitalizadas – foram confrontados e se complementaram.

O resultado é o que se segue.

Em *A psiquiatria inglesa e a guerra*, publicado em 1947, Lacan conta logo no início do artigo sobre a visita que fez a Londres imediatamente após o término da Segunda Guerra, narrando o que encontrou na capital inglesa:

Igualmente severos e sem maior romantismo foram os outros sinais que [...] se revelaram, por acaso ou por destino – desde a depressão que lhe foi descrita [...] por uma certa jovem da classe abastada que estava indo festejar sua liberação do serviço agrícola [...] – até o esgotamento íntimo das forças criadoras [...]. Seja qual for a forma que desde então possa ter assumido essa depressão reativa em escala coletiva, atesto que dela destacava-se então um fator tônico [...]. (LACAN, 1947/2003, p. 107).

²⁰⁹ Tradução nossa: “nessas depressões de cunho obsessivo depois da morte de pessoas amadas mostra-se isso que o conflito de ambivalência opera por si só quando não é acompanhado pelo recolhimento regressivo da libido.”

²¹⁰ Tradução nossa: “[...] se caracterizam pelo humor elevado, as marcas de uma descarga do afeto jubiloso e uma maior presteza para empreender toda classe de ações, tal como ocorre na mania e em completa oposição à depressão e à inibição próprias da melancolia.”

²¹¹ Tradução nossa: *Jacques Lacan Seminários 1952-1980: Índice referencial*.

Nos parágrafos seguintes, Lacan (1947/2003) começa a introduzir o tema central de seu texto – acerca do que foi feito pelos psiquiatras na Inglaterra para a guerra e através dela – e fala sobre a avaliação geral dos recrutas ingleses, que incluía, entre outros, dois critérios psicológicos: capacidade mental e estabilidade afetiva. Da primeira seleção feita com os recrutas já se destacava o pelotão composto por aqueles que tiveram as piores avaliações, os qual Lacan conta que ficavam sujeitos a “surtos depressivos”:

Atrasados na instrução, devastados pelo sentimento de sua inferioridade, desajustados e facilmente delinquentes, menos ainda por falta de compreensão do que em razão de impulsos de ordem compensatória, terrenos de eleição, portanto, para surtos depressivos ou ansiosos ou para estados confusionais, sob o impacto das emoções ou comoções da linha de fogo, condutores naturais de todas as formas de contágio mental, os sujeitos afetados por déficits muito grandes tiveram que ser isolados como *dullards*, para os quais o nosso amigo Dr. Turquet, aqui presente, fornece o equivalente francês não no termo “retardado”, mas em “bronco”. Dito de outra maneira, trata-se do que nossa linguagem coloquial designa pela palavra *debilóide*, que expressa antes do que um nível mental uma avaliação da personalidade. (LACAN, 1947/2003, p. 110, grifo do autor).

Ainda nesse mesmo texto, Lacan afirma sobre a saúde mental das tropas inglesas que “os episódios de depressão coletiva apareceram de maneira muito eclética em comandos que tinham sido objeto de uma seleção insuficiente [...]” (LACAN, 1947/2003, p. 122).

No seu relatório apresentado no XI Congresso dos Psicanalistas de Língua Francesa, ocorrido em Bruxelas nos idos de maio de 1948, e publicado sob o título *A agressividade em psicanálise*, Lacan (1948/1998) apresenta algumas hipóteses sobre a questão da agressividade na teoria psicanalítica. Na quarta de suas teses – a saber: “a agressividade é a tendência correlativa a um modo de identificação a que chamamos narcísico, e que determina a estrutura formal do eu do homem e do registro de entidades característico de seu mundo” (LACAN, 1948/1998, p. 112) – Lacan, num dado ponto de sua explanação, discorrendo sobre a “relatividade agressiva” que participa da constituição do Eu e acerca de como grandes “metamorfozes instintivas” questionam a delimitação da vida do indivíduo, afirma:

Eis por que nunca, a não ser num limite do qual os maiores gênios jamais puderam aproximar-se, o *eu* do homem é redutível à sua identidade vivida; e, nas disrupções depressivas dos revezes vivenciados da inferioridade, ele gera essencialmente as negações mortais que o fixam em seu formalismo. “Não sou nada do que me acontece. Não és nada que tenha valor.”. (LACAN, 1948/1998, p. 116-117, grifo do autor).

Mais à frente, ainda no âmbito da quarta hipótese de seu relatório, Lacan (1948/1998) ratifica a teorização de Melanie Klein sobre a “posição depressiva” como grande contribuição para a teoria psicanalítica, articulando-a com o SuperEu:

Ao nos mostrar a primordialidade da “posição depressiva”, o extremo arcaísmo da subjetivação de um *kakon*, Melanie Klein alarga os limites em que podemos ver em ação a função subjetiva da identificação e, particularmente, permite-nos situar como totalmente original a formação primária do *supereu*. (LACAN, 1948/1998, p. 118, grifo do autor).

Na *Lição XXI d’O Seminário: livro 2*, Lacan (1954-1955/2010) narra o caso de uma mulher originalmente relatado por um certo Fairbairn²¹². Segundo Lacan (1954-1955/2010), a mulher teve uma “crise de depressão”, e posteriormente tinha “crises de depressão”: “e quando ela se acha bem-esbodegada no decurso do segundo trimestre ela tem uma crise de depressão. [...] a aproximação de certos homens mexe com ela e com as crises de depressão.” (LACAN, 1954-1955/2010, p. 367). Sobre a condução da análise, Lacan interroga: “Será este o caminho perfeitamente correto? Será que aquilo de que se trata nestas crises de depressão deva ser situado nesta relação dual? Será que o que existe entre ela e os homens é uma relação real, libidinal, com tudo o que comporta no esquema da regressão?” (LACAN, 1954-1955/2010, p. 368). E responde:

As virtudes depressivas das imagens dos homens estão ligadas ao fato de que os homens são ela mesma. É sua própria imagem, dado que ela lhe é arrebatada, que exerce sobre ela esta ação decomponente, desconcertante no sentido original da palavra. Quando ela se aproxima destes homens, é de sua própria imagem, de sua imagem narcísica, do seu eu, que ela se aproxima. Eis o fundamento de sua posição depressiva. (LACAN, 1954-1955/2010, p. 368).

Em *Variantes do tratamento-padrão*, falando sobre o Eu na análise e sua finalidade no analista, Lacan (1955/1998) retoma o tema da agressividade, articulando-o intimamente ao conceito de estádio do espelho e colocando a noção de “reação depressiva” – crédito atribuído por ele mesmo a Melanie Klein – como possibilidade de resultante da experiência vivida pelo sujeito no espelho:

A noção de agressividade corresponde, ao contrário, à dilaceração do sujeito em relação a si mesmo, dilaceração cujo momento primordial ele conheceu ao ver a imagem do outro, captada na totalidade de sua Gestalt, antecipar-se ao sentimento de sua desarmonia motora, que ela estrutura retroativamente como imagens de despedaçamento. Essa experiência tanto motiva a reação depressiva, reconstituída pela sra. Melanie Klein nas origens do Eu, quanto a assunção jubilatória da imagem surgida no espelho, cujo fenômeno, característico do período dos seis ou oito meses, é tido pelo autor destas linhas como manifestando exemplarmente, com a constituição da *Urbild* ideal do eu, a natureza propriamente imaginária da função do Eu no sujeito. (LACAN, 1955/1998, p. 347, grifo do autor).

N’*O Seminário: livro 4*, Lacan faz algumas menções ao conceito de “posição depressiva” de Melanie Klein: “[...] a progressiva construção da totalidade da mãe que, pelo que nos dizem, só pode ser concebida como um esquema pré-formado, a partir do quê se

²¹² É muito provável que seja Ronald Fairbairn, psicanalista escocês.

instaura a pretensa posição depressiva” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 65); “sobre a mãe, dizem-nos que em certa etapa do desenvolvimento, que é a da posição depressiva, ela introduz um elemento novo de totalidade [...]” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 67); “esta distinção entre o seio e a mãe como objeto total é feita pela sra. Melanie Klein. Ela distingue realmente os objetos parciais, por um lado, e, por outro, a mãe na medida em que se institui como objeto total, e pode criar na criança a famosa posição depressiva.” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 127).

Na *Lição XI*, intitulada “O falo e a mãe insaciável”, Lacan (1956-1957/1995) diz que o conceito kleiniano de “posição depressiva” pode ter alguma relação com a questão da onipotência materna. Adverte, entretanto, que não é porque a mãe é real que a onipotência também o seja. Lacan (1956-1957/1995), nesse momento, fala de um “efeito depressivo”: afirma que a onipotência real da mãe, conjugada com uma reflexão do sujeito sobre si mesmo e sobre sua própria impotência – em contraste com a onipotência da mãe – poderiam ter no sujeito um efeito depressivo.

“[...] quanto à posição depressiva [...] podemos suspeitar que tenha algo a ver com relação à onipotência. [...] isso não é autoevidente pelo simples fato de que a mãe, revelada como onipotente, seja real. Para que a onipotência real engendre no sujeito um efeito depressivo, é preciso ainda que ele possa refletir sobre si mesmo e sobre o contraste de sua impotência.” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 189).

Lacan (1956-1957/1995) diz que, pela experiência clínica, é possível localizar esse fenômeno ao redor do sexto mês de vida do sujeito, juntamente com o estágio do espelho. A princípio é de estranhar a associação entre efeito depressivo e estágio do espelho porque esse último tem como tônica o júbilo do sujeito – justamente algo oposto a um efeito depressivo. Lacan (1956-1957/1995), entretanto, esclarece que há, de fato, a experiência do domínio, da forma do domínio, “[...] dada ao sujeito sob a forma de uma totalidade a ele mesmo alienada, mas estreitamente ligada a ele e na sua dependência, isso é o júbilo [...]” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 190); mas há, também, o encontro com a realidade do mestre.

“[...] mas as coisas correm de outra maneira quando, uma vez que esta forma lhe foi dada, ele reencontra a realidade do mestre. Assim, o momento de seu triunfo é também o mediador de sua derrota. Quando se encontra em presença desta totalidade sob a forma do corpo materno, ele deve constatar que ela não lhe obedece. Quando a estrutura especular reflexa do estágio do espelho entra em jogo, a onipotência materna só é refletida, então, em posição claramente depressiva, e aí surge o sentimento de impotência da criança. (LACAN, 1956-1957/1995, p. 190).

Interessante notar que Lacan, nessa passagem, não só cita o conceito de Melanie Klein como trabalha-o no âmbito da originalidade de suas próprias elaborações teóricas psicanalíticas. A chamada “posição depressiva” ganha espaço no desenvolvimento teórico de

Jacques Lacan, sendo alinhavada ao estádio do espelho, mais precisamente à questão da onipotência materna. Destaca-se também a relação estabelecida entre a posição depressiva e o que Lacan nomeia de “sentimento de impotência da criança”. É imprescindível pontuar que nesse momento do Seminário – dedicado ao tema da relação de objeto – Lacan está desenvolvendo a dialética da frustração.

Na *Lição II* de seu *O Seminário: livro 5*, Lacan (1957-1958/1999) ambienta-se em certa medida no que chama de funções essenciais do significante: metáfora e metonímia; Lacan indica que

[...] as características do significante são as da existência de uma cadeia articulada que [...] tende a formar grupos fechados, isto é, compostos de uma série de anéis que se prendem uns aos outros para constituir cadeias, as quais, por sua vez, prendem-se a outras cadeias à maneira de anéis. [...] A existência dessas cadeias implica que as articulações ou ligações do significante comportam duas dimensões, aquela que podemos chamar de combinação, continuidade, concatenação da cadeia; e a da substituição, cujas possibilidades estão sempre implicadas em cada elemento da cadeia. (LACAN, 1957-1958/1999, p. 34).

Nesse momento da lição Lacan (1957-1958/1999) se dedica especialmente a formular a importância do mecanismo da substituição:

É na relação de substituição que reside o recurso criador, a força criadora, a força de engendramento, caberia dizer, da metáfora. [...] é por intermédio da metáfora, pelo jogo da substituição de um significante por outro num lugar determinado, que se cria a possibilidade não apenas de desenvolvimentos do significante, mas também de surgimentos de sentido sempre novos, que vêm sempre contribuir para aprimorar, complicar, aprofundar, dar sentido de profundidade àquilo que, no real, não passa de pura opacidade. (LACAN, 1957-1958/1999, p. 35).

Lacan (1957-1958/1999) ilustra o fenômeno da evolução de sentido, a partir do mecanismo da substituição, com a palavra “aterrado” – *atterré*, em francês. Lacan (1957-1958/1999) conta que um certo sujeito, no contexto de um trabalho de tradução, foi procurar no dicionário o sentido da palavra “aterrado” [*atterré*] e ficou surpreso quando se deu conta que “aterrado” tem, originariamente, o sentido de “lançado por terra” e não “tomado de terror”. Enquanto que em português tanto “terra” quanto “terror” são suscitados quando do uso do vocábulo “aterrado”, na língua francesa a ideia de “terra” não é evocada de maneira alguma.

Segundo Lacan (1957-1958/1999, p. 36, grifo do autor) “[...] o interesse todo da coisa está em assinalar que o terror é introduzido pelo *terra* que há em *atterrado*”. A palavra “aterrado” traz, portanto, um novo sentido em razão de conter em si um fonema que também se encontra na palavra “terror”. “É pela via significante, a do equívoco e da homonímia, isto é, pelo caminho do que existe de mais *nonsense*, que a palavra vem gerar essa nuance de

sentido, essa nuance de terror, que vem ser introduzida por ela, injetada no sentido já metafórico da palavra *abatido*” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 37, grifo do autor).

“Abatido” entra, nesse desenvolvimento, como metáfora de “aterrado”. “Abater” evoca o sentido originário de “aterrar”. “A palavra *aterrado*, portanto, substitui a palavra *abatido*. Eis uma metáfora. É uma metáfora que não parece sê-lo, já que partimos da hipótese de que, originariamente, *lançado por terra* ou de *encontro à terra* querem dizer a mesma coisa.” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 36, grifo do autor). Lacan, entretanto, ressalta que

[...] dizer que alguém está *aterrado* não é a mesma coisa que dizer que está *abatido*, e, por mais que isso implique um terror, também não é *aterrorizado*. Há aí uma nuance suplementar, algo de novo, um novo sentido. Uma nova nuance de terror é assim introduzida no sentido psicológico e já metafórico que tem a palavra *abatido*. (LACAN, 1957-1958/1999, p. 36, grifo do autor).

É dessa maneira – pela relação que “abatido” guarda com o sentido original da palavra “aterrado”, pela relação metafórica – que o “terror” chega na palavra “abatido”.

A questão da depressão aparece pois Lacan (1957-1958/1999) sustenta que, nesse processo de injeção de novo sentido, há uma atenuação do terror, resultando numa depressão:

A nuance de significação trazida por *aterrado*, em toda a medida em que ela se constitui e se afirma, implica, observem, uma certa dominação e uma certa domesticação do terror. O terror é não apenas denominado, mas também atenuado, e é justamente isso que lhes permite, aliás, guardar em mente a ambigüidade da palavra *aterrado*. Vocês dizem a si mesmos que, afinal de contas, *aterrado* tem mesmo uma relação com a terra, que o terror aí não está completo, que o abatimento, no sentido em que é sem ambigüidade para vocês, guarda seu valor preponderante, e que trata-se somente de uma nuance.

Em suma, o terror nessa situação permanece na penumbra, não é observado de frente, é tomado pelo viés intermediário da depressão. (LACAN, 1957-1958/1999, p. 37-38, grifo do autor).

Na *Lição XVI* do mesmo Seminário, Lacan estabelece relações entre a depressão e o Ideal do eu, calcando-se, inclusive, na obra de Freud. Lacan afirma que o Ideal do eu “[...] intervém em funções que, muitas vezes, são depressivas ou até agressivas em relação ao sujeito” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 301), e que o próprio Freud faz o Ideal do eu “[...] intervir em diversas formas de depressão.” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 301). Resgatando *Psicología de las masas y análisis del yo*²¹³ (FREUD, 1921/1984), Lacan diz que no final do capítulo VII desse texto, no qual Freud “[...] introduz pela primeira vez, de maneira decisiva e articulada, a noção de Ideal do eu, Freud tende a colocar todas as depressões no registro não do Ideal do eu, mas de uma relação vacilante, conflitiva, entre o eu e o Ideal do eu.” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 301). No parágrafo seguinte Lacan (1957-1958/1999) reafirma

²¹³ Tradução nossa: *Psicologia das massas e análise do eu*.

a relação da depressão com um conflito entre eu e Ideal do eu, como também chega a falar em um “registro depressivo”: “admitamos que tudo o que acontece no registro depressivo, ou, ao contrário, no da exaltação, deve ser tornado sob o prisma de uma franca hostilidade entre as duas instâncias [eu e Ideal do eu] [...]” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 301).

Ao final da lição, Lacan (1957-1958/1999) fala sobre a diferença entre a privação do desejo e a proibição do gozo fálico, afirmando que “o que é proibido rejeita o sujeito colocando-o em uma situação na qual ele não encontra mais nada que seja apropriado para significá-lo.” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 312). A dimensão conflituosa entre eu e Ideal do eu, no que concerne aos estados melancólicos e/ou depressivos, é situada por Lacan precisamente no plano da rejeição que a proibição traz a reboque:

[...] na medida em que o eu se encontra nessa posição de rejeição por parte do Ideal do eu, por exemplo, estabelece-se o estado melancólico. [...] É na medida em que, por parte do Ideal do eu, o próprio sujeito pode descobrir-se, em sua realidade viva, numa situação de exclusão de qualquer significação possível, que se estabelece o estado depressivo como tal. (LACAN, 1957-1958/1999, p. 312-313).

Interessante notar que Lacan parece falar de “estado melancólico” e “estado depressivo” como sinônimos.

Na última lição de *O Seminário: livro 5*, Lacan (1957-1958/1999) trabalha, num certo momento, uma observação de caso. Da observação conta que o pai da mulher em questão “[...] mostra-se tristonho durante a vida inteira, deprimido, taciturno [...]” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 515). Diante disso, empreendendo uma articulação do conceito kleiniano de posição depressiva com a obra de Freud, Lacan afirma que no tocante a esse homem trata-se “[...] da inauguração, nele, da posição depressiva que Freud nos ensinou a reconhecer como determinada por um desejo de morte em relação a si mesmo, e que almeja o quê, senão um objeto amado e perdido?” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 516).

Em outras duas passagens de *O Seminário: livro 5*, Lacan faz referências a conceitos de Melanie Klein que ao menos tocam a questão da depressão. Na *Lição IX*, Lacan (1957-1958/1999) recomenda a leitura de um artigo de Klein sobre o Édipo, dizendo que “ali, ela descreve uma etapa extremamente precoce do desenvolvimento, a chamada etapa da formação dos maus objetos, que é anterior à chamada fase paranóide-depressiva, que está ligada ao aparecimento do corpo da mãe em sua totalidade.” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 170). Já na *Lição XII*, Lacan, ao desenvolver sobre a dialética da primeira relação de realidade, afirma: “se podemos, em última instância, encontrar alguma coisa que corresponda a isso num certo número de casos de psicose precoce, é sempre, no final das contas, à fase dita depressiva do

desenvolvimento da criança que nos reportamos toda vez que fazemos intervir essa dialética.” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 232).

N’*O Seminário: livro 6*, na *Lição XII*, Lacan (1958-1959/2016) fala, em certo momento, da questão da totalidade da mãe, sobre a apreensão da unidade da mãe pela criança; diz que, “[...] segundo Melanie Klein, o bebê apreende os objetos primordiais como estando contidos, fora dele, no corpo da mãe.” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 237). Os objetos, contidos no corpo da mãe, ali estão num estado de desordem primitiva, como diz Lacan (1958-1959/2016). “Dessas múltiplas relações, desses objetos diversos, despedaçados, fragmentados, a experiência da criança lhe ensinará progressivamente a captar a pluralidade na unidade desse objeto privilegiado que é o objeto materno, o que lhe abrirá caminho para sua própria unidade.” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 237). Lacan traduz essa teorização de Klein como a passagem da fragmentação para a unidade, e afirma que isso é o que Melanie Klein chama de “fase depressiva”: “Passemos ao momento em que o sujeito, não sem certa demora, acabou superando a fragmentação e assumindo a totalidade. É o momento crucial da chamada *fase depressiva*, em torno da qual Melanie Klein faz girar a evolução da criança.” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 240, grifo do autor).

Na lição XVII do mesmo *O Seminário: livro 6*, Lacan novamente traz Melanie Klein para a discussão, afirmando que em suas observações ela faz do falo “[...] esse objeto primordial que é ao mesmo tempo o melhor e o pior, e aquilo em torno de que girarão todos os avatares tanto do período paranoico quanto do período depressivo.” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 335).

Na *Lição XXV*, Lacan afirma que “a dialética kleiniana distingue duas etapas, a fase paranoide, seguida da fase depressiva” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 474); e as explica: na fase depressiva “[...] o sujeito se relaciona com o seu objeto principal e prevalente, a mãe, como se fosse um todo” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 474), ao passo que antes, na fase paranoide, “[...] só lida com elementos disjuntos, que uma esquizo reparte em objetos bons e maus, instaurando nele, assim, a projeção e a introjeção.” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 474).

Ainda na mesma lição, imediatamente antes, na primeira parte, Lacan faz uma simples menção ao conceito de Melanie Klein ao analisar o que diz um certo Edward Glover sobre a perversão:

Com efeito, Glover acha-se diante do seguinte problema: como situar a perversão numa perspectiva genética, quando ela inclui uma enorme diversidade de distorções da realidade? [...] Vê-se obrigado a admitir, portanto, a existência de perversões muito arcaicas, mais ou menos, contemporâneas da época paranoide, ou mesmo da época depressiva [...]. (LACAN, 1958-1959/2016, p. 473).

No artigo *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade”*, Lacan (1960/1998) fala sobre o Isso, sobre a ausência do sujeito que funda um determinado lugar, e articula a pulsão de morte com a depressão, aludindo, muito provavelmente, à teorização kleiniana da “posição depressiva”: “ela não depara, essa questão cujo significante o sujeito pontua, com outro eco senão o silêncio da pulsão de morte, que foi preciso que entrasse em jogo para provocar o fundo de depressão reconstituído pela sra. Melanie Klein no talento que a guia ao longo das fantasias.” (LACAN, 1960/1998, p. 674).

N’O *Seminário: livro 7*, logo no início da *Lição IX*, Lacan (1959-1960/2008) traz um artigo de Melanie Klein no qual ela faz referência a um caso de clínico de Karin Mikailis. Sobre o caso, Lacan afirma que “pela leitura das quatro páginas que o resumem trata-se de um caso-limite, muito espantoso, mas que não nos é descrito de uma maneira tal que possamos emitir um diagnóstico certo e saber se ele merece ou não ser qualificado de depressão melancólica.” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 142). A paciente em questão se chama Ruth Kjär, e sobre ela diz Lacan que “[...] em plena vivência de suas crises depressivas, esta mulher sempre queixou-se do que chama de um espaço vazio nela, que ela nunca pode preencher.” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 142). Lacan conta que “[...] ajudada por sua analista, ela se casa e, tendo-se casado, no começo as coisas vão bastante bem. Porém, após um curto período, temos a recorrência dos acessos melancólicos.” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 142).

A casa da paciente e de seu marido é revestida de quadros de um cunhado, que é pintor (LACAN, 1959-1960/2008). Num certo momento, o cunhado vende um desses quadros, retirando-o da casa e levando embora consigo, deixando um espaço vazio na parede (LACAN, 1959-1960/2008). Diz Lacan que “[...] esse espaço vazio desempenha um papel polarizante, precipitador das crises de depressão melancólica que tornam a despontar nesse momento na vida na paciente.” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 143). Ruth, então, decide

[...] dar umas poucas pinceladas na parede para preencher esse maldito espaço vazio que adquiriu para ela um valor cristalizante, e cuja função, em seu caso, gostaríamos de conhecer melhor, por uma melhor descrição clínica. Para preencher esse espaço, imitando seu cunhado, ela tenta fazer uma pintura que seja a mais próxima possível das outras telas. Ela vai à loja de tintas buscar as cores que são as da palheta do cunhado, e se põe a trabalhar com um ardor que nos parece característico de um movimento de fase que vai, de preferência, no sentido depressivo. E acaba saindo uma obra. (LACAN, 1959-1960/2008, p. 143).

Interessante pontuar que Lacan (1959-1960/2008) coloca o sintagma “depressão melancólica” como uma possibilidade de qualificação que ele mesmo estabeleceria a um caso clínico. Vale salientar também que Lacan (1959-1960/2008) parece usar os termos “crises depressivas” e “acessos melancólicos” como sinônimos.

Em seu *O Seminário: livro 8*, na *Lição X*, Lacan (1960-1961) faz uma importante articulação de sua teorização sobre o objeto do desejo com as teses de Melanie Klein, tangenciando a posição depressiva:

[...] este objeto, *agalma, a*, objeto do desejo, quando o procuramos segundo o método kleiniano, ele está ali de saída antes de todo o desenvolvimento da dialética, ele já está ali como objeto do desejo. Este peso, este núcleo interno, central, do bom e do mau objeto figura em toda psicologia que tende a se explicar e se desenvolver em termos freudianos. É este bom objeto, ou este mau objeto que Melanie Klein situa na origem, nesse começo dos começos que se coloca antes mesmo do período depressivo. (LACAN, 1960-1961/2010, p. 189, grifo do autor).

Na *Lição XIII*, Lacan (1960-1961/2010) dedica-se a tratar o tema da contratransferência e à certa altura de sua fala traz dois artigos para permear a discussão: um de Paula Heimann e outro de Roger Money-Kyrle, ambos identificados por ele ao círculo de Melanie Klein. Lacan (1960-1961/2010) conta que Paula Heimann, em seu texto, fala de certos estados de insatisfação ou preocupação, até mesmo um sentimento embaraçoso que ela experimenta em certo caso clínico, ao que Lacan emenda: “muitos outros sentimentos podem surgir. O artigo de Money-Kyrle narra por exemplo, sentimentos de depressão, de queda geral do interesse pelas coisas, de desafeição, de desafetação mesmo, que o analista pode experimentar com relação a tudo aquilo que ele toca.” (LACAN, 1960-1961/2010, p. 238).

Money-Kyrle (apud LACAN, 1960-1961/2010) fala de um “*demanding Superego*”²¹⁴, que Lacan desenvolve dizendo que “não é por escutarem aí o eco da demanda que vocês precisam apegar-se a ela para compreender seu sotaque inglês. *Demanding* é mais, é uma exigência premente.” (LACAN, 1960-1961/2010, p. 238, grifo do autor). Lacan (1960-1961/2010) fala, então, do papel de um “*Superego analítico*” e afirma que “tal demanda pode produzir esses efeitos depressivos, e até mais.” (LACAN, 1960-1961/2010, p. 238).

Mais à frente Lacan (1960-1961/2010) apenas menciona que Money-Kyrle tem um paciente “[...] por vezes, sujeito a fases no limite da depressão e de pequenos efeitos paranoides [...]” (LACAN, 1960-1961/2010, p. 239).

Na última parte da última lição d’*O Seminário: livro 8*, Lacan (1960-1961/2010), retomando o texto de Freud, coloca a interrogação sobre o que diferencia o luto da melancolia. Após falar brevemente sobre o luto e também sobre a melancolia, Lacan diz:

Só farei indicar hoje a vocês, designando-lhes um ponto específico que é no meu entender, ao menos por ora, um ponto de concorrência entre o luto e a melancolia. Trata-se do que vou chamar, não de luto, nem da depressão por conta da perda de um objeto, mas um remorso de um certo tipo, desencadeado por um desenlace que é da ordem do suicídio do objeto. (LACAN, 1960-1961/2010, p. 481).

²¹⁴ Tradução nossa: “*SuperEgo demandante*”.

N’O *Seminário: livro 10*, na *Lição XIV*, Lacan (1962-1963/2005) traz dois casos clínicos de uma certa Lucia Tower e, sobre um determinado momento de um desses casos, diz: “tudo se passa, no dizer de Tower, em meio a uma tempestade de movimentos depressivos e raivas escancaradas [...]” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 215).

No seminário ministrado entre os anos de 1964 e 1965, na *Lição VIII*, Lacan (1964-1965/2006) traz um caso clínico de uma dada analista e, após tecer uma série de críticas e observações, faz um relevante comentário sobre a particularidade depressiva de um pai e a posição que o paciente ocupa em relação a esse pai, ressaltando uma articulação especial entre tal particularidade e a posição do paciente:

[...] a analista nem mesmo entrevê o que contudo está articulado de todas as maneiras no campo da observação, é que nesse caso e em relação a um pai, um pai depressivo, lembremos, ou seja, na economia do qual o objeto parcial tem uma importância dominante, é que o paciente, como toda criança, porém mais que qualquer outra, justamente por causa dessa estrutura do pai, o paciente, repito, como toda criança o é em graus diversos, o paciente é ele próprio esse objeto *a*. (LACAN, 1964-1965/2006, p. 154, grifo do autor).

Em seu texto *De nossos antecedentes*, discorrendo sobre o estágio do espelho e a assunção da imagem do corpo nele, Lacan (1966/1998) faz uma nova conexão com a teorização kleiniana:

Entretanto, o que quer que cubra a imagem, ela apenas centra um poder enganador de desviar a alienação, que já situa o desejo no campo do Outro, para a rivalidade que prevalece, totalitária, pois o semelhante lhe impõe uma fascinação dual: esse ou um ou outro é o retorno depressivo da segunda fase em Melanie Klein; é a figura do assassinato hegeliano. (LACAN, 1966/1998, p. 74-75).

Em seu pronunciamento no colóquio organizado em 1966 por Jeanne Aubry sobre o lugar da psicanálise na medicina – posteriormente publicado sob o título *O lugar da psicanálise na medicina* – Lacan (1966/2001) fala acerca da dimensão da demanda implicada na relação paciente-médico e a respeito de como a presença da demanda que o paciente dirige ao médico redefine a questão do tratamento para além da cura. Lacan (1966/2001) afirma ser possível que o paciente, ao mesmo tempo em que procura o médico em razão da doença, também esteja agarrado à ideia de conservar sua condição de doente; “em muitos outros casos ele vem pedir, do modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença.” (LACAN, 1966/2001, p. 10). E então Lacan (1966/2001) ilustra esse ponto com sua própria experiência:

Será que terei que evocar a minha experiência a mais recente? Um formidável estado de depressão ansiosa permanente, que durava já há mais de vinte anos. O doente

veio me encontrar no terror de que eu fizesse a mínima coisa que fosse. Diante da simples proposta de me rever em 48 horas, a mãe, temível, que durante este tempo tinha acampado em minha sala de espera, tinha conseguido arranjar as coisas para que isto não fosse possível. (LACAN, 1966/2001, p. 10).

Na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, falando sobre o fim de análise e o passe, Lacan interroga: “quem, melhor do que esse psicanalisante no passe, poderia autenticar o que ele tem da posição depressiva?”²¹⁵ (LACAN, 1967/2003, p. 260).

Em seu texto *O aturdido*, Lacan (1972/2003), discorrendo sobre o fim da análise do toro neurótico, assevera: “o analisante só termina quando faz do objeto (*a*) o representante da representação de seu analista. Portanto, é enquanto dura o seu luto pelo objeto (*a*), ao qual ele enfim o reduziu, que o psicanalista continua a causar seu desejo – sobretudo maníaco-depressivamente.” (LACAN, 1972/2003, p. 489, grifo do autor).

Na *Nota italiana*, ao fazer recomendações aos italianos acerca do passe, Lacan diz: “visto que o analista só se autoriza de si mesmo, sua falta passa para os passadores, e a sessão continua, para a felicidade [*bon heur*] geral, embora com um matiz de depressão.” (LACAN, 1973/2003, p. 314, grifo do autor).

Em sua icônica e única entrevista à televisão francesa, publicada também em texto sob o título *Televisão*, Lacan, ao abordar a questão do afeto, diz:

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'âme*], 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, 1974/2003, p. 524, grifo do autor).

Logo em seguida Lacan (1974/2003) articula a tristeza/depressão com a mania quando no âmbito de uma psicose, afirmando: “e o que se segue – bastando que essa covardia, por ser rechaço [*rejet*] do inconsciente, chegue à psicose – é o retorno no real daquilo que foi rechaçado de linguagem; é a excitação maníaca pela qual esse retorno se faz mortal.” (LACAN, 1974/2003, p. 524-525, grifo do autor).

²¹⁵ Na primeira versão da *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, versão que corresponde ao texto lido perante aos analistas da Escola Freudiana de Paris, a pergunta original era: “quem pode autenticar melhor do que esse psicanalisante, em pleno passe, a qualidade de uma certa posição depressiva?” (LACAN, 1967/2003, p. 581).

3 A ATUALIDADE DA DEPRESSÃO: A EPIDEMIOLOGIA, A PSIQUIATRIA E O QUE DIZEM OS PSICANALISTAS

3.1 Epidemiologia

A depressão entra pelos portões do século XXI carregando dados epidemiológicos alarmantes. De acordo com os últimos dados, baseados na definição de depressão dada pelo DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), são mais de 350 milhões de sujeitos de todas as idades afetados em todo o mundo, e sua carga mundial está em aumento. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Estimativas feitas pela Organização Mundial da Saúde – agência da Organização das Nações Unidas especializada em saúde – afirmam que em 2030 a depressão, que hoje ocupa o terceiro lugar na carga mundial de doenças, será a enfermidade mais comum do mundo, superando doenças do coração e doenças cerebrovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde, de maio de 2012, conclamou uma resposta integral e coordenada dos países ao problema dos transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A depressão hoje é o transtorno mental que mais afeta a população do planeta Terra (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012), além de ser a principal causa mundial de incapacidade e grande contribuinte da taxa mundial de morbidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Entre os adolescentes, a depressão é a doença mais frequente e também a principal causa de incapacidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Segundo um estudo feito pela Organização Mundial da Saúde, em torno de 5% da população mundial apresentou pelo menos um episódio depressivo maior (de acordo com os critérios do DSM-IV) em um período de 12 meses (KESSLER et al., 2010 apud BROMET et al., 2011). O Brasil apresenta, proporcionalmente, dentre os 18 países pesquisados, a maior incidência: 10,4% dos cidadãos brasileiros²¹⁶ tiveram ao menos um episódio depressivo maior no ano anterior ao estudo (KESSLER et al., 2010 apud BROMET et al., 2011). Ainda segundo a entidade, mundialmente mais da metade dos sujeitos que sofrem de depressão – e mais de 90% em alguns países – não recebem tratamento. Regionalmente, na América Latina e no Caribe, 5% da população adulta padece de depressão, e entre 60% e 65% dos que

²¹⁶ O estudo informa que a amostra brasileira se restringiu somente à região metropolitana de São Paulo.

necessitam atenção em razão de quadro depressivo não a recebem (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012).

Dados da OMS dão conta que entre 20 a 40% das mulheres habitantes de países em desenvolvimento sofrem de depressão durante a gestação ou no pós-parto (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012). Na América Latina e no Caribe a depressão é, dentre os transtornos mentais, a mais comum – 5% do transtorno depressivo maior, mais 1,7% da distímia, perfazendo 6,7% –, seguida pelos transtornos de ansiedade (3,4%), transtorno obsessivo compulsivo (1,4%), síndrome do pânico e psicoses não afetivas (1% cada uma), e transtorno bipolar (0,8%), entre outros (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012). Imprescindível destacar que a agência da ONU aponta a avaliação clínica inexata como um dos obstáculos para uma atenção eficaz à questão, chamando a atenção para o fato de que nem sequer em alguns países desenvolvidos os sujeitos com depressão são diagnosticados corretamente, enquanto que outros, que não padecem de tal mal, são diagnosticados de maneira equivocada e tratados com antidepressivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

3.2 Psiquiatria: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª edição

A quinta edição do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*²¹⁷, o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), traz uma significativa mudança: a categoria absoluta dos “depressive disorders”²¹⁸; não mais dentro dos “transtornos de humor”, como na edição anterior do manual, mas como categoria independente.

De acordo com a bíblia psiquiátrica, os

depressive disorders include disruptive mood dysregulation disorder, major depressive disorder (including major depressive episode), persistent depressive disorder (dysthymia), premenstrual dysphoric disorder, substance/medication-induced depressive disorder, depressive disorder due to another medical condition, other specified depressive disorder, and unspecified depressive disorder. [...] The common feature of all of these disorders is the presence of sad, empty, or irritable mood, accompanied by somatic and cognitive changes that significantly affect the individual’s capacity to function. What differs among them are issues of duration, timing, or presumed etiology.²¹⁹ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 155).

²¹⁷ Tradução nossa: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

²¹⁸ Tradução nossa: “transtornos depressivos”.

²¹⁹ Tradução nossa: transtornos depressivos incluem transtorno de desregulação de humor disruptivo, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzida por substância/medicamento, transtorno depressivo

Para o escopo do trabalho que aqui se propõe, descartar-se-á a análise do “transtorno de desregulação de humor disruptivo” – por considerar-se que ele se assemelha em demasia ao dito transtorno bipolar –, do “transtorno disfórico pré-menstrual”, do “transtorno depressivo induzido por substância/medicamento” e do “transtorno depressivo devido a outra condição médica” – em razão de esses terem suas etiologias atribuídas objetivamente pela psiquiatria à dinâmica biológica orgânica. O “outro transtorno depressivo especificado”, e o “transtorno depressivo não especificado” também são desconsiderados por serem categorias residuais. Restam, portanto, o “transtorno depressivo maior” e o “transtorno depressivo persistente (distímia)”, que o próprio manual afirma serem as entidades nosológicas por excelência na classe dos transtornos depressivos: “major depressive disorder represents the classic condition in this group of disorders”²²⁰ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 155); “a more chronic form of depression, persistent depressive disorder (dysthymia) [...]”²²¹ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 155).

No tocante ao transtorno depressivo maior, sua descrição clínica consiste em:

1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.)
2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)
4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.²²² (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 160-161, grifo do autor).

devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado, e transtorno depressivo não especificado. [...] A característica comum de todos esses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado por mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

²²⁰ Tradução nossa: “o transtorno depressivo maior representa a condição clínica clássica nesse grupo de transtornos”.

²²¹ Tradução nossa: “uma forma mais crônica depressão, transtorno depressivo persistente (distímia) [...]”.

²²² Tradução nossa: 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, como indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

2. Marcada diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (como indicada por relato subjetivo ou observação).

De acordo com o critério diagnóstico “A”, cinco ou mais dos sintomas enumerados nessa descrição devem estar presentes durante o mesmo período de duas semanas e devem também representar uma mudança em relação a um estado anterior de funcionamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013); ao menos um dos sintomas deve necessariamente ser humor deprimido (item 1) ou diminuição de interesse ou prazer (item 2) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Além desse, outros critérios diagnósticos se estabelecem: “B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.”²²³ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 161). Os critérios diagnósticos “D” e “E” estabelecem que o quadro clínico do paciente não seja melhor explicado por transtornos do espectro esquizofrênico e que tampouco tenha havido qualquer episódio maníaco ou hipomaníaco (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Uma nota colocada nos critérios diagnósticos do transtorno depressivo maior versa sobre a possibilidade de a resposta do sujeito frente a uma perda significativa – como “[...] bereavement, financial ruin, losses from a natural disaster, a serious medical illness or disability [...]”²²⁴ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 161) – poder incluir os fenômenos descritos no quadro clínico da depressão, assemelhando-se a um episódio depressivo, inclusive. O manual chama a atenção do clínico para pertinência de um diagnóstico de episódio depressivo maior para além da “[...] normal response to a significant loss [...]”²²⁵ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 161). Uma extensa

-
3. Perda significativa de peso sem estar fazendo dieta ou ganho de peso (p. ex., uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o fracasso em obter o ganho de peso esperado.)
 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 5. Agitação retardada psicomotora ou retardada quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou -observação feita por outras pessoas).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

²²³ Tradução nossa: “B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou dano no funcionamento social, profissional ou outra área importante. C. O episódio não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.”

²²⁴ Tradução nossa: “luto, ruína financeira, perdas em razão de um desastre natural, doença médica grave ou incapacidade”.

²²⁵ Tradução nossa: “[...] resposta normal a uma perda significativa [...]”.

nota de rodapé agregada a essa questão diagnóstica se dedica a traçar várias distinções entre o luto e o episódio depressivo maior.

De acordo com a categorização do transtorno depressivo maior ele pode ser, inicialmente, classificado em “single episode”²²⁶ ou “recurrent episode”²²⁷. Sobre esse ponto o manual afirma: “for an episode to be considered recurrent, there must be an interval of at least 2 consecutive months between separate episodes in which criteria are not met for a major depressive episode”²²⁸ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 162). A partir de então, tanto no episódio único quanto no recorrente adotam-se as seguintes subclassificações com “severity/course specifier”²²⁹: “mild; moderate; severe; with psychotic features; in partial remission; in full remission; unspecified”²³⁰. Enquadrados esses especificadores, passa-se a outros:

In recording the name of a diagnosis, terms should be listed in the following order: major depressive disorder, single or recurrent episode, severity/psychotic/remission specifiers, followed by as many of the following specifiers without codes that apply to the current episode.

Specify:

With anxious distress;

With mixed features;

With melancholic features;

With atypical features;

With mood-congruent psychotic features;

With mood-incongruent psychotic features;

With catatonia;

With peripartum onset;

With seasonal pattern (recurrent episode only).²³¹ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 162, grifo do autor).

²²⁶ Tradução nossa: “episódio único”.

²²⁷ Tradução nossa: “episódio recorrente”.

²²⁸ Tradução nossa: “para um episódio ser considerado recorrente, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos entre episódios separados em que os critérios para um episódio depressivo maior não são satisfeitos”.

²²⁹ Tradução nossa: “especificador de severidade/curso”.

²³⁰ Tradução nossa: “leve; moderada; grave; com características psicóticas; em remissão parcial; em remissão completa; não especificado”.

²³¹ Tradução nossa: Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte ordem: transtorno depressivo maior, episódio único ou recorrente, especificadores de gravidade/psicótico/remissão, seguidos por quantos bastarem dos seguintes especificadores sem código que se aplicam ao episódio atual.

Especificar:

Com sofrimento ansioso;

Com características mistas;

Com características melancólicas;

Com características atípicas;

Com características psicóticas congruentes com o humor;

Com características psicóticas incongruentes com o humor;

Com catatonia;

Com início no periparto;

Com padrão sazonal (somente episódio recorrente).

Ainda explanando o transtorno depressivo maior, encontra-se a seção “differential diagnosis”²³². Em meio às orientações para o diagnóstico diferencial entre o transtorno depressivo maior e outras doenças, o último tópico de tal seção dedica-se a falar sobre as distinções com a tristeza:

Sadness. Finally, periods of sadness are inherent aspects of the human experience. These periods should not be diagnosed as a major depressive episode unless criteria are met for severity (i.e., five out of nine symptoms), duration (i.e., most of the day, nearly every day for at least 2 weeks), and clinically significant distress or impairment. The diagnosis other specified depressive disorder may be appropriate for presentations of depressed mood with clinically significant impairment that do not meet criteria for duration or severity.²³³ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 168, grifo do autor).

No tocante ao transtorno depressivo persistente – a distímia –, o manual, de início, afirma que “this disorder represents a consolidation of DSM-IV-defined chronic major depressive disorder and dysthymic disorder”²³⁴ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 168).

A descrição clínica do transtorno depressivo persistente, diz que “the essential feature of persistent depressive disorder (dysthymia) is a depressed mood that occurs for most of the day, for more days than not, for at least 2 years, or at least 1 year for children and adolescents [...]”²³⁵ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 169). Segundo o manual, “individuals with persistent depressive disorder describe their mood as sad or ‘down in the dumps’.”²³⁶ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 169).

Os critérios diagnósticos são:

A. Depressed mood for most of the day, for more days than not, as indicated by either subjective account or observation by others, for at least 2 years.

Note: In children and adolescents, mood can be irritable and duration must be at least 1 year.

B. Presence, while depressed, of two (or more) of the following:

1. Poor appetite or overeating.
2. Insomnia or hypersomnia.

²³² Tradução nossa: “diagnóstico diferencial”.

²³³ Tradução nossa: Tristeza. Finalmente, períodos de tristeza são aspectos inerentes à experiência humana. Esses períodos não devem ser diagnosticados como um episódio depressivo maior a menos que se satisfaçam os critérios de gravidade (isto é, cinco dos nove sintomas), duração (isto é, maior parte do dia, quase todos os dias por pelo menos 2 semanas), e sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo. O diagnóstico de outro transtorno depressivo especificado pode ser apropriado para apresentações de humor deprimido com prejuízo clinicamente significativo que não satisfaz aos critérios de duração ou gravidade.

²³⁴ Tradução nossa: “esse transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico definidos no DSM-IV”.

²³⁵ Tradução nossa: “a característica essencial do transtorno depressivo persistente (distímia) é um humor deprimido que ocorre na maior parte do dia, por pelo menos 2 anos, ou pelo menos 1 ano para crianças e adolescentes [...]”.

²³⁶ Tradução nossa: “indivíduos com transtorno depressivo persistente descrevem seu humor como triste ou ‘na fossa’.”.

3. Low energy or fatigue.
4. Low self-esteem.
5. Poor concentration or difficulty making decisions.
6. Feelings of hopelessness.²³⁷ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 168, grifo do autor).

O critério “C” estabelece que “during the 2-year period (1 year for children or adolescents) of the disturbance, the individual has never been without the symptoms in Criteria A and B for more than 2 months at a time”²³⁸ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 168); o parâmetro “D” diz que “criteria for a major depressive disorder may be continuously present for 2 years”²³⁹ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 168); o critério “H” afirma que “the symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning”²⁴⁰ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 168). No campo dos critérios diagnósticos de exclusão há:

- E. There has never been a manic episode or a hypomanic episode, and criteria have never been met for cyclothymic disorder.
- F. The disturbance is not better explained by a persistent schizoaffective disorder, schizophrenia, delusional disorder, or other specified or unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder.
- G. The symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition (e.g. hypothyroidism).²⁴¹ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 168).

Com exceção de “com catatonia” e “com padrão sazonal”, o transtorno depressivo persistente compartilha com o transtorno depressivo maior todos os seus outros

²³⁷ Tradução nossa: A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, como indicado por relato subjetivo ou observação alheia, por pelo menos 2 anos.

Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração pode ser de pelo menos 1 ano.

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

1. Apetite pobre ou alimentação excessiva.
2. Insônia ou hipersonia.
3. Baixa energia ou fadiga.
4. Baixa autoestima.
5. Concentração pobre ou dificuldade de tomar decisões.
6. Sentimentos de desesperança.

²³⁸ Tradução nossa: “durante o período de dois anos (1 ano para crianças e adolescentes) de distúrbio, o indivíduo nunca esteve sem os sintomas dos critérios A e B por mais de 2 meses”.

²³⁹ Tradução nossa: “os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por 2 anos”.

²⁴⁰ Tradução nossa: “os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes”.

²⁴¹ Tradução nossa: E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e os critérios para transtorno ciclotímico jamais foram satisfeitos.

F. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, ou outro transtorno do espectro da esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico.

G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo hipotireoidismo).

especificadores. Mais além, o transtorno depressivo persistente ainda admite os seguintes especificadores:

Specify if:

Early onset: If onset is before age 21 years.

Late onset: If onset is at age 21 years or older.

Specify if (for most recent 2 years of persistent depressive disorder):

With pure dysthymic syndrome: Full criteria for a major depressive episode have not been met in at least the preceding 2 years.

With persistent major depressive episode: Full criteria for a major depressive episode have been met throughout the preceding 2-year period.

With intermittent major depressive episodes, with current episode: Full criteria for a major depressive episode are currently met, but there have been periods of at least 8 weeks in at least the preceding 2 years with symptoms below the threshold for a full major depressive episode.

With intermittent major depressive episodes, without current episode: Full criteria for a major depressive episode are not currently met, but there has been one or more major depressive episodes in at least the preceding 2 years.²⁴² (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 169).

O manual aponta que a depressão maior pode preceder o transtorno depressivo persistente, e que episódios de depressão maior podem ocorrer durante o curso da distímia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Para os pacientes que apresentam sintomas os quais se encaixam nos critérios de transtorno depressivo maior por dois anos, um diagnóstico de transtorno depressivo persistente deve ser agregado ao diagnóstico de transtorno depressivo maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

As mudanças nosográficas entre o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000) e o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) são notáveis. Abole-se a categoria absoluta dos transtornos de humor e as duas subcategorias outrora nela abrigadas – transtornos depressivos e transtornos bipolares – tornam-se classes absolutas.

Entre as duas edições o transtorno depressivo maior perde dois especificadores – “b = crônico” e “g = com ou sem recuperação completa entre os episódios” – e ganha outros dois –

²⁴² Tradução nossa: *Especificar se:*

Início precoce: Se o início ocorre antes dos 21 anos de idade.

Início tardio: Se o início ocorre aos 21 anos de idade ou mais tarde.

Especificar se (para os 2 anos mais recentes de transtorno depressivo persistente):

Com síndrome distímica pura: Os critérios para um episódio depressivo maior não foram completamente satisfeitos pelo menos nos 2 anos precedentes.

Com episódio depressivo maior persistente: Todos os critérios para um episódio depressivo maior foram satisfeitos durante todo o período dos 2 anos precedentes.

Com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual: Os critérios para um episódio depressivo maior são atualmente satisfeitos, mas tem havido períodos de pelo menos 8 semanas em, pelo menos, os 2 últimos anos com sintomas abaixo do limiar para um episódio depressivo maior completo.

Com episódios depressivos maiores intermitentes, sem episódio atual: Os critérios para um episódio depressivo maior não são atualmente satisfeitos, mas tem havido um ou mais episódios depressivos maiores em pelo menos os 2 anos precedentes.

“with anxious distress”²⁴³ e “with mixed features”²⁴⁴. O especificador “com começo no pós-parto” muda seu conceito para “with peripartum onset”²⁴⁵.

O transtorno distímico tem seus termos alterados para “persistent depressive disorder (dysthymia)”²⁴⁶ e duas novas entidades mórbidas são acrescentadas à classe dos transtornos depressivos: “disruptive mood dysregulation disorder”²⁴⁷ e “premenstrual dysphoric disorder”²⁴⁸. O transtorno de humor devido a alguma condição médica geral, ora enquadrado na classe dos transtornos de humor, comparece na classe dos transtornos depressivos como “depressive disorder due to another medical condition”²⁴⁹; o mesmo acontecendo com o transtorno de humor induzido por substância, que agora figura como “substance/medication-induced depressive disorder”²⁵⁰.

No âmbito do “schizophrenia spectrum and other psychotic disorders”²⁵¹, mantém-se o “depressive type”²⁵² da “schizoaffective disorder”²⁵³, e seis entidades mórbidas passam a admitir o especificador “depression”²⁵⁴, além do transtorno esquizoafetivo: “delusional disorder”²⁵⁵, “brief psychotic disorder”²⁵⁶, “schizophreniform disorder”²⁵⁷, “schizophrenia”²⁵⁸, “substance/medication-induced psychotic disorder”²⁵⁹ e “psychotic disorder due to another medical condition”²⁶⁰.

A subclassificação de humor deprimido na demência vascular some do novo rol de doenças.

Na grande classe das “medication-induced movement disorders and other adverse effects of medication”²⁶¹, uma nova classificação chama a atenção: “antidepressant discontinuation syndrome”²⁶².

²⁴³ Tradução nossa: “com sofrimento ansioso”.

²⁴⁴ Tradução nossa: “com características mistas”.

²⁴⁵ Tradução nossa: “com começo no peri-parto”.

²⁴⁶ Tradução nossa: “transtorno depressivo persistente (distímia)”.

²⁴⁷ Tradução nossa: “transtorno de desregulação de humor disruptivo”.

²⁴⁸ Tradução nossa: “transtorno disfórico pré-menstrual”.

²⁴⁹ Tradução nossa: “transtorno depressivo devido a outra condição médica”.

²⁵⁰ Tradução nossa: “transtorno depressivo induzido por substância/medicamento”.

²⁵¹ Tradução nossa: “espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”.

²⁵² Tradução nossa: “tipo depressivo”.

²⁵³ Tradução nossa: “transtorno esquizoafetivo”.

²⁵⁴ Tradução nossa: “depressão”.

²⁵⁵ Tradução nossa: “transtorno delirante”.

²⁵⁶ Tradução nossa: “transtorno psicótico breve”.

²⁵⁷ Tradução nossa: “transtorno esquizofreniforme”.

²⁵⁸ Tradução nossa: “esquizofrenia”.

²⁵⁹ Tradução nossa: “transtorno psicótico induzido por substância/medicamento”.

²⁶⁰ Tradução nossa: “transtorno psicótico devido a outra condição médica”.

²⁶¹ Tradução nossa: “transtornos do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos”.

²⁶² Tradução nossa: “síndrome da descontinuação de antidepressivos”.

3.3 Psicanálise: o que dizem os psicanalistas

Nem Sigmund Freud e tampouco Jacques Lacan se debruçaram especificamente sobre o tema da depressão. É fato que a depressão não é uma das estruturas freudianas, apesar de que “[...] a sintomatologia depressiva que atualmente leva psiquiatras e psicanalistas a diagnosticar assim um caso específico era de aparição freqüente na clientela que [Freud] atendia” (COSER, 2003, p. 108) – como bem demonstrou-se no capítulo anterior deste trabalho. Malgrado esta constatação, parece razoável afirmar que “[...] a depressão não figura entre os quadros clínicos clássicos da psicanálise e nunca ocupou um lugar de destaque entre seus temas.” (DELOUYA, 1999, p. 7).

É certo que o termo “depressão” não enseja, conseqüentemente, uma mirada psicanalítica. A imprecisão e generalização que acompanham o termo dificultam ainda mais a abordagem do tema. Entretanto, “[...] a inconsistência do conceito de depressão não deve nos desencorajar a pensar psicanaliticamente os fenômenos depressivos que chegam a nossa clínica.” (SOLER, 2001 apud KEHL, 2009, p. 14).

Recolhem-se aqui, portanto, alguns fragmentos acerca do que os psicanalistas têm elaborado sobre a depressão nos últimos anos.

3.3.1 Semiologia

Até o lançamento da quinta edição do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*²⁶³, o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) – ou seja, até 2013, a Associação Psiquiátrica Americana, editora do manual, classificava o “transtorno depressivo” como um “transtorno de humor”. Se no DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980) a depressão foi classificada como um “transtorno afetivo”, o afeto logo saiu de cena para dar lugar ao humor na revisão da própria terceira edição sete anos mais tarde, no DSM-III-R (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987). E assim ficou estabelecido até 2013 – última edição publicada até o momento.

Há de se considerar que a psicopatologia psiquiátrica procura traçar uma distinção entre humor e afeto, “[...] estabelecendo-se o humor como uma disposição básica para ser emocionalmente afetado.” (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 147). Na psiquiatria, enquanto o humor conserva uma certa estabilidade no tempo, o afeto se manifesta no nível da

²⁶³ Tradução nossa: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

reação imediata (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017). O humor se categorizaria, a partir de sua oscilação, em três polos: a exaltação (hipertímia); a depressão (hipotímia); e a indiferença (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017). O *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*²⁶⁴ estabelece, portanto, na psiquiatria, os critérios para que o humor deprimido passe a ser considerado uma entidade mórbida: a depressão. Já o afeto, por sua vez, “[...] se registra sempre em relação a determinado conteúdo emocional, como uma espécie de tonalidade da experiência notadamente qualitativa referida ao momento da situação vivida; dali decorre seu caráter temporal evanescente” (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 147).

De maneira simplificada, pode-se dizer que “[...] as tentativas de delimitação semiológica das patologias do humor utilizaram-se de três parâmetros: *intensidade, duração e qualidade*” (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 149, grifo dos autores). Dado o caráter fenomenológico da noção de “humor” na psiquiatria, não parece muito profícuo trabalhar com esta categoria na psicanálise. É sabido que a teoria psicanalítica está muito longe de ter uma abordagem fenomenológica como principal ferramenta de investigação do sujeito. Ao invés de tomar emprestadas as concepções de “humor” e “afeto” da psiquiatria, a psicanálise estabelece sua própria noção de “afeto”:

Para a psicanálise, o afeto se encerra na estrutura, ele não é um dado corporal inefável. Por isso o afeto deve ser pensado em sua relação com o inconsciente. A dinâmica afetiva do inconsciente se encontra iminentemente ligada ao modo de inserção do sujeito na linguagem, ainda que o próprio sujeito ali não se reconheça, na forma pronominal do “eu”. (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 148).

Assim, tomar em conta a questão do afeto, em psicanálise, é salutar na medida em que serve “[...] como instrumento semiológico para distinguir a posição do sujeito no nível da estrutura do inconsciente, para além de todo consentimento empírico” (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 148).

O afeto está em íntima conexão com um dos mais importantes conceitos da psicanálise: a pulsão. Em seu artigo *La represión*²⁶⁵, ao falar sobre a representação e o afeto na operação do recalque, Freud (1915/1984) define o afeto como o que “[...] corresponde a la pulsión en la medida en que esta se ha desasido de la representación y ha encontrado una

²⁶⁴ Tradução nossa: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

²⁶⁵ Tradução nossa: *O recalque*.

expresión proporcionada a su cantidad en procesos que devienen registrables para la sensación como afectos”²⁶⁶ (FREUD, 1915/1984, p. 147).

Marcus André Vieira, Angélica Bastos e Antônio Teixeira (2017), em suas considerações sobre a semiologia da afetividade na perspectiva de uma psicopatologia lacaniana, falam de “afetos depressivos” – bem como de “afetos maniformes” também. Para pensar esses “afetos depressivos”, os autores partem da icônica sentença de Lacan (1974/2003), em *Televisão*, que coloca a depressão como uma covardia moral:

A tristeza, por exemplo, é qualificada de depressão [...]. Mas esse não é um estado de espírito [*état d'âme*], é simplesmente uma falha [*faute*] moral, como se exprimiam Dante ou até Espinosa: um pecado, o que significa uma covardia [*lâcheté*] 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, 1974/2003, p. 524, grifo do autor).

Vieira, Bastos e Teixeira (2017) tomam a referência que Lacan aponta e recorrem à obra de Benedictus de Espinosa para elucidar o dito de Lacan (1974/2003) e sustentar que

[...] ao qualificar a depressão como efeito de uma *lâcheté*, Lacan está antes se referindo a ela como efeito de uma frouxidão, de uma ausência de tensão necessária ao exercício lógico do pensamento, termo que, aliás, aplica-se metaforicamente ao comportamento do sujeito covarde, quando o qualificamos, por exemplo, como um frouxo, como alguém sem firmeza de caráter. A *lâcheté* é antes de tudo efeito de uma lassidão, de uma falta ética do sujeito que se exime do engajamento ou da tensão subjetiva necessária ao exercício lógico do bem dizer. A falta de vontade constante do sujeito depressivo resulta de sua recusa ética de se situar, através do pensamento, na estrutura simbólica do desejo que o determina no inconsciente. (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 152, grifo dos autores).

Se Lacan coloca a depressão como uma qualificação da tristeza, os autores, então, vão à referência que Lacan faz ao Canto VIII do *Inferno*, escrito por Dante Alighieri, no qual Dante ilustra “[...] homens tristes, submersos em água nauseosa, onde permanecem por efeito de inércia [...]” (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 153). A partir da referência a Dante, afirma-se que

[...] a tristeza consiste em se afundar nela mesma, em condescender com essa satisfação pela via do sofrimento por dela não querer saber. A tristeza, nesse sentido, resulta de uma falta lógica derivada desse não querer saber relativo à causa do desejo, cuja consequência pode ser uma displicência que se estende a todo campo perceptivo. (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 153).

²⁶⁶ Tradução nossa: “[...] corresponde à pulsão na medida em que ela se desfz da representação e encontrou uma expressão proporcional a sua quantidade em processos que vêm a ser registráveis para a sensação como afetos.”

Os autores posicionam a referência de Lacan a Espinosa como uma das mais importantes referências para se conceber uma semiologia do afeto (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017). Tomando o desenvolvimento das ideias espinosistas, afirma-se que

[...] a tristeza corresponderia, aos olhos de Espinosa, à impotência em que se encontra o sujeito diante de um afeto que, por se mostrar confuso, não lhe permite encontrar a necessidade lógica pela qual ele determina o seu agir. Seu corolário seria o abatimento, que se traduz, clinicamente, ao modo da deflação libidinal que se manifesta na perda de iniciativa do sujeito deprimido. [...] É necessário, portanto, que haja desejo de conhecimento como afeto gerador de tensão lógica para suprimir a lassidão da tristeza. (VIEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2017, p. 158).

Antonio Quinet (1999a) também remete a depressão à tristeza, afirmando a depressão como uma gradação dela: “a tristeza é o afeto correlato à dor de existir em suas diferentes gradações, que vão do luto à melancolia, passando pelos diversos matizes da depressão neurótica.” (QUINET, 1999a, p. 7). Stella Jimenez (1997) afirma que a tristeza é um ponto em comum entre luto, melancolia e depressão. Colette Soler (1999) crucialmente pontua, entretanto, que a depressão de maneira nenhuma pode ser reduzida apenas à mera tristeza como sentimento.

Marcus André Vieira (1997) faz uma interessante articulação entre dor de existir, tristeza e afeto, afirmando que

graças à operação significativa do recalque a dor de existir, a dor do saber sobre a castração que não pode ser subjetivada, poderá ser vivida sob uma forma reconhecível, de tristeza. O significante do desejo foi elidido, o que permite preservar seu lugar. Essa operação faz com que aquilo que era pura e insuportável existência – estúpida e infável existência dirá Lacan mais tarde – torne-se algo reconhecível e até mesmo reivindicado pelo sujeito, o afeto. [...] A dor de existir só é subjetivada a partir de sua incorporação afetiva, efeito do recalque e da constituição do desejo, o que ao mesmo tempo descarta-a como tal. (VIEIRA, 1997, p. 338-339).

Antonio Quinet (1999a), ao colocar a depressão como não mais do que uma gradação da tristeza, recentraliza toda questão em torno da tristeza, e assim situa sua etiologia:

[...] a clínica psicanalítica mostra, a partir de Freud, que a tristeza tem uma história: esta se inicia com uma perda, se constitui como covardia moral e rejeição do saber e termina a partir de sua transmutação em gaio saber e desejo de existir. Sendo assim, **a tristeza é correlata à confrontação com a falta quando há uma queda, abalo ou perda de significantes vinculados ao Ideal do eu.** Como sublinhado por Freud (1915a), o sujeito entristece quando essa falta se articula com a nostalgia e a saudade do Pai. A saudade do Ideal paterno, da pátria segura que tamponava a falta agora exposta, é ater-se àquilo que não era senão um semblante, um faz-de-conta de garantia, para não se confrontar com o real da falta. É uma atitude referida à covardia moral: não lidar com a falta estrutural própria a todo ser falante é uma falta moral, pois a saudade é filha da alma entristecida [...]. (QUINET, 1999a, p. 9, grifo nosso).

Quinet (1997) alega também, sobre as causas da tristeza, que ela é a expressão da dor: “a tristeza, como sentimento humano demasiadamente humano, refere-se a uma posição do sujeito que faz parte da estrutura psíquica: ela é a expressão da dor própria à existência” (QUINET, 1997, p. 11). Nessa elaboração de Antonio Quinet (1997) a dor é introduzida como um novo elemento na semiologia da tristeza. Então, outra questão se coloca: o que provoca a dor?

Lacan (1962/1998) fala que a dor de existir é evidente e aparece nos melancólicos em “[...] estado puro modelar [...]” (LACAN, 1962/1998, p. 788). Em *Duelo y melancolía*²⁶⁷, Freud (1917[1915]/1984) pergunta-se por que o processo do luto é tão doloroso. Vê-se que Freud (1917[1915]/1984) estabelece uma intimidade entre dor e luto, e, caso se considere que no âmago do luto está uma perda, é lícito dizer que Freud (1917[1915]/1984) funda aí também uma associação entre dor e perda. Alguns anos mais tarde, em *Inhibición, síntoma y angustia*²⁶⁸, Freud (1926[1925]/1986) se propõe a explicar a dor com uma ilustração:

Consideramos enteramente normal que la niña de cuatro años llore dolido si se le rompe una muñeca; a los seis años, si su maestra la reprende; a los dieciséis, si su amado no hace caso de ella, y a los veinticinco quizá, si entierra a un hijo. Cada una de estas condiciones de dolor tiene su época y desaparece expirada esta; las condiciones últimas, definitivas, se conservan toda la vida. Empero, sería llamativo que esta niña, ya esposa y madre, llorara porque se le estropeó un *bibelot*. Ahora bien, es así como se comportan los neuróticos.²⁶⁹ (FREUD, 1926[1925]/1986, p. 139, grifo do autor).

Dois pontos importantes são tangenciados na ilustração freudiana. O primeiro diz respeito às condições últimas e definitivas as quais Freud diz que se conservam para o resto da vida. Antonio Quinet (1997) afirma que essas condições são, precisamente, a castração. O segundo ponto consiste na afirmação freudiana de que é exatamente como ilustrado que se comportam os neuróticos: sofrendo a perda de um objeto que há muito já se foi. Parece possível associar essa afirmação de Freud (1926[1925]/1986) à noção de falta em psicanálise. Apresenta-se prudente também articular esta afirmação freudiana com a própria conceituação da teoria psicanalítica de um objeto essencialmente perdido, irremediavelmente perdido no processo de fundação do sujeito (LACAN, 1956-1957/1995).

²⁶⁷ Tradução nossa: *Luto e melancolia*.

²⁶⁸ Tradução nossa: *Inibição, sintoma e angústia*.

²⁶⁹ Tradução nossa: Consideramos inteiramente normal que a menininha de quatro anos chore dolorosamente se sua boneca se quebra; aos seis anos, se sua professora a repreende; aos dezesseis, se seu amado não lhe dá mais importância, e aos vinte e cinco talvez, se ela enterra um filho. Cada uma dessas condições de dor tem sua época e desaparece quando essa época se expira; as condições últimas, definitivas, se conservam a vida inteira. Entretanto, seria chamativo que essa menina, já esposa e mãe, chorasse porque um brinquedinho se estropiou. Contudo, é assim como se comportam os neuróticos.

A falta constitucional e a perda do objeto do desejo são fatores próprios à constituição do sujeito (ELIA, 2004). Freud diz precisamente que “el dolor es, por tanto, la genuina reacci3n frente a la p3rdida del objeto [...]”²⁷⁰ (FREUD, 1926[1925]/1986, p. 159). Dado que no processo de constituição do sujeito o objeto do desejo foi perdido (ELIA, 2004); visto que a dor é a reação humana frente à perda do objeto amado (FREUD, 1926[1925]/1986); e considerando a tristeza como o estado afetivo que advém da dor (QUINET, 1997) – na compreensão e conjugação desses três fatores pode-se assentar a hipótese de a tristeza ser uma posição subjetiva do sujeito que é própria da sua estrutura psíquica constituída. Tal hipótese sustentaria, portanto, que a perda do objeto do desejo, que é fator constitutivo da estrutura do sujeito, causa dor; que fala-se em dor de existir pois os próprios fatores que fundam o sujeito são dolorosos, desembocam em dor e tristeza.

Nas perdas sofridas ao longo da vida o sujeito parece ser imediatamente remetido à castração. Antonio Quinet (1997) afirma que a dor é vinculada à castração. Tanto o luto, quanto a melancolia, quanto a depressão, parecem estar relacionados intrinsecamente à questão da perda.

Orlando Coser (2003), para questionar a circunscrição da tristeza como resposta afetiva frente a uma perda, traz uma passagem de Lacan, d’*O Seminário: livro 3*:

A noção de compreensão tem uma significação muito nítida. É um móbil do qual Jaspers fez, com o nome de relação de compreensão, o pivô de toda a sua psicopatologia dita geral. Isso consiste em pensar que há coisas que são evidentes, que, por exemplo, quando alguém está triste é porque não tem o que seu coração deseja. Nada mais falso – há pessoas que tem tudo o que os seus corações desejam e que ainda assim são tristes. A tristeza é uma paixão de natureza inteiramente outra. (LACAN, 1955-1956/1988, p. 15).

Segundo Coser (2003), Lacan, desde 1956 – ano que abarca a ministração da maior parte d’*O Seminário: livro 3* –, teria proposto uma concepção discordante dessa compreensão da tristeza como afeto que surge da perda – compreensão essa que, de acordo com Coser (2003), prevalecia na psiquiatria e na psicanálise da época, e que estaria fundada numa leitura psicológica da questão, compondo o campo do senso-comum psicológico.

Orlando Coser (2003) afirma que tal entendimento impregnado pelo referencial jasperiano desencaminhou a clínica para uma pesquisa de significações afetivas e subjetivas, denunciando que tal desvio

talvez tenha sido o maior estímulo a uma operação tripla que então se estabelece. Primeiro, assimila-se a figura nosológica da neurose depressiva com a de uma depressão reativa [...]; segundo, encara-se a dita depressão, compreendida no sentido

²⁷⁰ Tradução nossa: “a dor é, portanto, a genuína reação frente à perda do objeto [...]”.

jasperiano, como referida ao sentimento de tristeza. Terceiro, toma-se a insatisfação, a impotência, inapetência, inércia etc., traços distintivos do neurótico, como elementos para o diagnóstico de depressão, o que explica a elevada prevalência que este adquire. (COSER, 2003, p. 119).

O autor afirma que “para questionar esse desvio triplo que passa a vigorar na clínica, é fundamental descentrar tanto as relações de compreensão como método de investigação sobre o psiquismo, quanto a tristeza como operador diagnóstico, situando-a em outro registro.” (COSER, 2003, p. 120).

Para Orlando Coser (2003), já que Lacan afirma que a tristeza é uma paixão (LACAN, 1955-1956/1988) e que ela não é um estado da alma (LACAN, 1974/2003), ela não deve, portanto, ser examinada a partir da dimensão do afeto. Retomando o dito lacaniano proferido em *Televisão* (1974) – “a tristeza [...] é simplesmente uma falha [*faute*] moral, [...] um pecado, o que significa uma covardia [*lâcheté*] moral, que só é situado, [...] a partir do pensamento, isto é, do dever de bem dizer, ou de se referenciar no inconsciente, na estrutura” (LACAN, 1974/2003, p. 524, grifo do autor) –, Coser (2003) afirma que, de acordo com Lacan, as depressões não melancólicas devem ser analisadas a partir do “registro da ética”:

A idéia de uma covardia moral está relacionada ao princípio que, em sua concepção, deveria reger o processo analítico, nomeado princípio ético do bem-dizer (Lacan, 1974b). Confrontado à tarefa de bem-dizer seu desejo, o sujeito foge à luta, é como eu o traduziria: a tristeza cancela, obstaculiza, a possibilidade de associação livre, o sujeito se recusa a fazer deslizar a cadeia do significante. Essas afirmações estão apoiadas num entendimento sobre a clínica que enfatiza a estrutura do significante, situando a questão do afeto em outra perspectiva, o que acarretou desdobramentos importantíssimos na discussão psicanalítica. (COSER, 2003, p. 120-121).

Orlando Coser (2003) parece expor uma oposição entre significante e afeto, e aparenta sustentar, aqui, que conceber a tristeza como um afeto é um entendimento pernicioso para o campo psicanalítico.

3.3.2 Sobre o que seria a depressão

Manoel Tosta Berlinck e Pierre Fédida (2000) veem a depressão como um “estado”, um estado de vazio, de ausência, um estado de luto muito primitivo, luto impossível do objeto primitivo de satisfação: “a depressão seria, assim, uma figura e um estado do corpo angustiado e dolorido pela catástrofe que produz a perda do objeto primitivo de satisfação e a correspondente perda de contato com a regularidade sexual assegurada, primitivamente, pela sensorialidade” (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 13). Os autores afirmam que a depressão

define-se por uma posição econômica que concerne a uma organização narcísica do vazio [...] [concerne] à perda do objeto de satisfação, à perda de contato com a regularidade sexual e visando proteger o humano da dor, da própria depressão e da angústia. (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 15).

A perda do objeto primitivo de satisfação e a desnaturalização da sexualidade seriam, portanto, pontos nodais do estado depressivo (BERLINCK; FÉDIDA, 2000). Sendo tal perda e tal desnaturalização, no âmbito da teoria psicanalítica, fatores cruciais e estruturantes do sujeito, os autores, então, concebem a depressão como “[...] o estado próprio à estruturação do aparelho psíquico, permitindo dizer que não há estado humano 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, p. 15). Os autores colocam a depressão lá nos primórdios do processo de constituição do sujeito, juntamente com a dor e a angústia; falam, inclusive, de uma “[...] depressão primitiva e fundamental” (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 16).

No debate a respeito das estruturas e tipos clínicos, Berlinck e Fédida (2000) sustentam que, justamente por ser “[...] o estado próprio à estruturação do aparelho psíquico [...]” (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 15), a depressão não se encerra numa estrutura ou num tipo clínico:

[...] seria precipitado afirmar que a depressão constitui, na psicanálise pós-freudiana, uma estrutura clínica, como o recalque, a recusa da realidade e a negação ou forclusão. [...] parece prudente caracterizar a depressão como um estado se manifestando em qualquer estrutura clínica. Porém, não seria correto dizer que existe uma depressão neurótica, uma depressão perversa, uma depressão psicótica. A depressão seria uma só ocorrendo nas diversas estruturas clínicas” (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 12).

Em consonância com esta tese, tais autores defendem, por exemplo, que há depressão na melancolia (BERLINCK; FÉDIDA, 2000). Segundo eles, há pacientes que, quando tratados com fármacos antidepressivos, saem do quadro de depressão, mas permanecem com sintomas melancólicos (BERLINCK; FÉDIDA, 2000).²⁷¹

Berlinck e Fédida (2000) situam a etiologia da depressão no próprio processo de constituição do sujeito:

O desligamento da maneira como o hominídeo se relacionava com a realidade antes da catástrofe glacial, a constituição do aparelho psíquico e sua 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

²⁷¹ A propósito de esclarecimento, Berlinck e Fédida (2000) concebem a melancolia não como psicose, mas neurose narcísica, aludindo a Freud.

relacionamento humano com a realidade, intermediado pelo mundo interno próprio ao psiquismo. (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 17-18).

Os autores afirmam que o sujeito se serve da depressão em razão de sua incapacidade de suportar por muito tempo o contato com a realidade; a depressão é um recurso do qual o sujeito lança mão (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 15):

A partir daí, a depressão é o estado que afasta o humano de sua relação com a realidade e, ao mesmo tempo, fornece condições para que este mesmo humano possa suportar a relação com a realidade, pois esta é responsável pela dor, pela perda de objetos levando à depressão e à angústia.” (BERLINCK, FÉDIDA, 2000, p. 18).

Antônio Teixeira (2008), no tocante ao entendimento da depressão dentro da estrutura diagnóstica psicanalítica, faz coro a Manoel Tosta Berlinck e Pierre Fédida (2000), e afirma que:

[...] a psicanálise tem a dizer que não existe, em sua perspectiva, a depressão no singular, como não existe, tampouco, a dor no singular, para a medicina. Existem sim a histeria, a psicose, a neurose obsessiva, a perversão; porém a depressão, enquanto tal, não constitui por si só, para a doutrina psicanalítica, nenhum tipo de nosologia determinada. Tal como, para a medicina, a febre e a dor são signos externos de afecções variadas, que podem ocorrer tanto nas infecções quanto nas afecções reumáticas, a depressão [...] pode ocorrer em todas as estruturas clínicas. Sua expressão percorre um leque de variações que pode ir desde a tristeza normalmente experimentada pelo sujeito sensibilizado por uma situação de luto, até a intensa melancolia [...]” (TEIXEIRA, 2008, p. 28-29).

Nesse mesmo sentido aponta Antonio Quinet (1999b), que diz: “na clínica, A *depressão* não existe; o que encontramos são estados depressivos que ocorrem em algum momento na vida de um indivíduo e apresentam uma história subjetiva precisa” (QUINET, 1999b, p. 87, grifo do autor). Colette Soler (1999) também se alinha a essa concepção, dizendo:

A depressão no singular simplesmente não existe. Existem certamente estados depressivos que podem ser descritos, recenseados, mas seus graus e variações desafiam a unificação do conceito. Podemos dizer: a psicose, a obsessão, a histeria etc. Não podemos dizer: a depressão. E nem mesmo as depressões, como diríamos as perversões, uma vez que é impossível descrever tipos que tenham alguma consistência. (SOLER, 1999, p. 95).

Darian Leader (2011) é mais radical na medida em que não só não reconhece a depressão como estrutura diagnóstica como propõe o abandono da elaboração de seu conceito:

[...] exponho a necessidade de abandonar o conceito de depressão atualmente apresentado. Em vez disso, devemos ver o que chamamos de depressão como um conjunto de sintomas que derivam de histórias humanas complexas e sempre diferentes. Essas histórias envolvem experiências de separação e perda, ainda que algumas vezes não as percebamos. (LEADER, 2011, p. 11).

Diferentemente de Quinet (1999b), Colette Soler (1999), Berlinck e Fédida (2000), entretanto, Antônio Teixeira (2008) traz a depressão não necessariamente utilizando o termo

“estado”, mas como “[...] a expressão afetiva de um retraimento libidinal [...]” (TEIXEIRA, 2008, p. 29). Serge Cottet (1997) também elabora uma articulação entre libido e depressão, afirmando que “o certo é que todo afeto depressivo traduz uma retração da libido, e são estes modos de retração, desligamento, separação, recalque e luto que irão fornecer os diferentes sintomas clínicos provenientes deste afeto” (COTTET, 1997, p. 158-159).

Antônio Teixeira (2008) caracteriza a depressão como

[...] uma ausência de sensibilidade que acomete o sujeito incapaz de localizar, no mundo, um valor que justifique sua presença. Carente de algo que possa lhe dar sentido, o sujeito se vê privado da tensão essencial ao desejo que confere à percepção do mundo uma intencionalidade própria. É por isso que nos vemos às voltas, na clínica da depressão, com indivíduos que se mostram apáticos, desprovidos de intencionalidade, pessoas que num certo momento se vêm incapazes de localizar, na superfície extensa e tediosa que para elas se tornou a realidade, a tensão que imprime ao mundo a verticalidade do desejo.” (TEIXEIRA, 2008, p. 28).

O autor traz um fator novo fator: a tensão. A sistematização desse fator na dinâmica depressiva se explica quando Antônio Teixeira (2008) afirma que a psicanálise formula um julgamento sobre a depressão, resgatando a sentença lacaniana que encerra o sujeito deprimido na covardia moral: “[...] Lacan, ao qualificar a depressão como efeito de uma *lâcheté* [covardia], 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. 29, grifo do autor). E continua: “*Lâcheté* [...] deve ser aqui pensada como uma falta ética do sujeito com relação ao grau de tensão subjetiva a ser pensado não como um estado psicológico [...], mas em referência ao exercício lógico do bem dizer.” (TEIXEIRA, 2008, p. 30, grifo do autor). Antonio Quinet (1999a) segue nesse mesmo viés, afirmando que Lacan situa o afeto da tristeza “[...] no âmbito da ética e o qualifica de ‘covardia moral’, pois o sujeito recua ante o dever ético de bem dizer o desejo.” (QUINET, 1999a, p. 7).

Antônio Teixeira (2008) afirma que o deprimido não sofre de um estado da alma, mas comete uma falta do pensamento: “[...] ele se recusa a zelar pela tensão necessária à sua vontade para situar logicamente a causa que o determina na estrutura. [...] Dessa ausência de tensão resulta, portanto, a dolorosa anestesia que acomete o sujeito deprimido [...]” (TEIXEIRA, 2008, p. 31).

Antonio Quinet (1999a) assevera que diferentes gradações da tristeza seriam correlatas a diferentes quadros clínicos: do luto à melancolia, passando por várias nuances da depressão neurótica. O autor estabelece, com efeito, essas três formas clínicas da tristeza: luto, melancolia e depressão neurótica (QUINET, 1999a). Sobre a tristeza, Quinet (1999a) afirma que ela “[...] é correlata à confrontação com a falta quando há uma queda, abalo ou perda de

significantes vinculados ao Ideal do eu.” (QUINET, 1999a, p. 9). Se a depressão, segundo o autor, nada mais seria do que uma gradação da tristeza, caberia afirmar que, nesta afirmação sobre a etiologia da tristeza, também estaria a etiologia da depressão?

Interessante pontuar que Antonio Quinet (1999a) fala, precisamente, de “depressão neurótica” – noção a qual Berlinck e Fédida (2000) se opõem categoricamente. Maria Rita Kehl (2009) também tangencia esse ponto quando afirma que, calcada em sua prática clínica, constata que isso a que se chama comumente de depressão é um quadro mais próximo da clínica das neuroses do que da estrutura psicótica. No que tange à nosologia, entretanto, Maria Rita Kehl (2009), contrariando frontalmente Manoel Tosta Berlinck, Pierre Fédida (2000), Antonio Quinet (1999b), Colette Soler (1999), Stella Jimenez (1997) e Antônio Teixeira (2008), defende que há, dentro da estrutura clínica da neurose, o tipo clínico da depressão, ao lado da histeria e da neurose obsessiva. A autora afirma uma diferença nosológica entre a depressão como estrutura neurótica e os episódios pontuais de depressão nos obsessivos e nos histéricos:

Depois de um tempo de análise, que pode ser mais ou menos longo, a estrutura neurótica de um depressivo começa a ganhar nitidez. Endentemos, então, que aquele que se apresentou como cronicamente deprimido participa de uma histeria, ou de uma neurose obsessiva, mas sua depressão teria comprometido desde o início a estrutura, no que concerne tanto à posição do sujeito quanto à formação dos mecanismos de defesa característicos de cada neurose. O que decide, durante o atravessamento do complexo de Édipo, a saída pela depressão (crônica) para alguns sujeitos neuróticos? O que foi que o pequeno sujeito deixou de levar a cabo, em sua constituição, para ter se tornado, antes de um histérico ou de um obsessivo, um depressivo? (KEHL, 2009, p. 14-15).

Sobre a etiologia da “neurose depressiva”, que fundamentaria tal tipo clínico, Maria Rita Kehl (2009) defende:

Entendo que a posição do depressivo²⁷² decorre de uma escolha, no sentido freudiano de “escolha das neuroses”, que se dá no momento em que o pai imaginário se apresenta como rival da criança, no segundo tempo do atravessamento do complexo de Édipo. A escolha precoce do futuro depressivo seria a de se retirar do campo da rivalidade fálica: em vez de disputar o falo com o pai (e perder para ele...), o depressivo teria preferido recuar, permanecendo sob o abrigo da proteção materna. (KEHL, 2009, p. 15).

Serge Cottet (1997), em contraposição à tese de Maria Rita Kehl (2009), afirma que “o afeto depressivo não é um tipo clínico porque não se pode, por exemplo, tomar as lágrimas como doença, como não se toma por histérico o cachorro que abana a cauda.” (COTTET, 1997, p. 158).

²⁷² Nota da autora: “Apesar da semelhança inevitável entre os termos – e na falta de expressão mais adequada –, é importante diferenciar a posição do depressivo do conceito de *posição depressiva* em Melanie Klein. Ver capítulo X, p. 243-4.” (KEHL, 2009, p. 15, grifo da autora).

Assim como Teixeira (2008), Quinet (1999a) também remete a depressão à tristeza e traz o posicionamento de Lacan qualificando-a de covardia moral:

Para a teoria e a clínica psicanalíticas, essas formas da tristeza [luto, melancolia e os matizes da depressão neurótica] são extravios do desejo. Lacan situa este afeto [a tristeza] no âmbito da ética e o qualifica de “covardia moral”, pois o sujeito recua ante o dever ético de bem dizer o desejo. (QUINET, 1999a, p. 7).

Em outro texto, porém, sobre uma etiologia da depressão, Antonio Quinet (1999b) é categórico:

[...] o fundamento freudiano do que desencadeia o luto, a depressão e a melancolia: a perda daquilo que escamoteava a castração. [...] A dor da depressão é a dor constitutiva da castração, que, em vez de aparecer como angústia, deixa triste o sujeito com a nostalgia do Ideal, saudade do Um que encobria a falta. A depressão nos mostra que a falta dói e que a castração evoca para o sujeito a inadequação do gozo. Trata-se da dor que Lacan, a partir do budismo, chamará de dor de existir. (QUINET, 1999b, p. 90).

Pontua-se que aparece a questão do gozo na problemática da depressão. Quinet (1999b) afirma que “a tristeza [...] é a expressão da dor própria à existência e se refere a uma posição do sujeito que faz parte da estrutura psíquica. [...] uma posição relativa ao gozo que se opõe ao desejo” (QUINET, 1999b, p. 89); que “[...] a tristeza está do lado do gozo, para-além do princípio do prazer [...]” (QUINET, 1999a, p. 10); e que “ao incorrer na falta moral da tristeza, o sujeito abre mão de seu desejo e cai nas mãos do gozo masoquista” (QUINET, 1999a, p. 11). Nesse mesmo sentido Colette Soler (1999) assevera que “[...] o estado depressivo é um modo de gozo [...]” (SOLER, 1999, p. 105). Maria Rita Kehl (2009), sobre o gozo na depressão, teoriza: “O depressivo não enfrenta o pai. Sua estratégia é oferecer-se como objeto inofensivo, ou indefeso, à proteção da mãe. O gozo dessa posição protegida custa ao sujeito o preço da impotência, do abatimento e da inapetência para os desafios que a vida irá lhe apresentar” (KEHL, 2009, p. 15); e também afirma: “[...] o gozo, perigosamente próximo ao domínio da pulsão de morte, participa de um modo singular da economia da depressão” (KEHL, 2009, p. 18).

Assim como Antonio Quinet (1999b), Maria Rita Kehl (2009) também estabelece relações particulares da depressão com a castração:

Em consequência desse recuo [da rivalidade fálica com o pai], ao contrário do que ocorre no percurso normal do neurótico, o depressivo defende-se mal da castração – a qual, nesse ponto da constituição do sujeito, já terá ocorrido, a partir do momento em que o discurso da mãe indica à criança o lugar que o pai ocupa diante do desejo dela. Ocorre que o futuro depressivo se detém a meio caminho do percurso em que os histéricos e obsessivos definem sua posição fantasmática: ao invés de enfrentar a rivalidade fálica, na tentativa de reverter os efeitos da perda que *já ocorreu*, os depressivos “escolhem” permanecer na condição de castrados. Isso não significa que

tenham simbolizado a castração. Tampouco se trata das versões imaginárias da castração entendida como privação ou frustração, e sim de abster-se da reivindicação fálica, colocando-se sob o abrigo da *castração infantil*. Isso não significa que não existam paixões de rivalidade nos depressivos. Se eles recuam, é porque não admitem o risco da derrota nem a possibilidade de um segundo lugar. Ao colocar-se ante a exigência de “tudo ou nada”, acabam por instalar-se do lado do nada. (KEHL, 2009, p. 15, grifo da autora).

[...]

O depressivo, embora pareça “conformado” com a sua castração, não conhece o valor dela como motor e causa de seu desejo. A castração para ele é uma ferida aberta que, além de *envergonhá-lo*, não para de doer. Nisso consiste a *dor moral* do depressivo, prova de que ele, embora conheça a castração, não é capaz de simbolizá-la. (KEHL, 2009, p. 19, grifo da autora).

Sobre a participação da castração na etiologia da depressão, Colette Soler (1999) faz uma importante consideração:

Se perguntarmos: o que deprime, seria o intolerável da castração?, a resposta só pode ser negativa. Se a castração é o nome que damos à perda da coisa engendrada pela linguagem, certamente ela está sempre implicada no afeto depressivo; mas se ela é uma condição desse afeto, está longe de ser a causa. (SOLER, 1999, p. 103).

[...]

A depressão não é diretamente produzida pela castração, talvez nosso único universal, mas pelas soluções singulares trazidas por cada sujeito, que variam em função das contingências, mas que sempre implicam a dimensão ética. Nesse sentido, a expressão que evoca o sujeito como “estruturalmente deprimido”, e que subentende que ele o seja em razão da castração, carece de precisão. Seria mais correto dizer “estruturalmente deprimível”, uma vez que a depressão sempre surge em função dos avatares da junção com o objeto. (SOLER, 1999, p. 104).

Vale pontuar que a ideia de Soler (1999) de um sujeito “estruturalmente deprimível” se aproxima bastante da tese de Berlinck e Fédida (2000), que dão à depressão um lugar no processo de constituição do sujeito e a concebem como um estado próprio à estruturação do aparelho psíquico.

Sonia Alberti (1999) assevera que “a depressão é, pois, um afeto que aparece no momento em que o eu evita a determinação inconsciente [...]” (ALBERTI, 1999, p. 154). Antonio Quinet (1999a) faz uma afirmação semelhante, trazendo também a questão da âncora inconsciente e situando-a mais precisamente no campo do desejo:

O tristonho, seja ele deprimido ou melancólico, é aquele que não se orienta no inconsciente e cujo desejo se encontra extraviado. Mais precisamente, aquele que permanece desorientado em relação ao desejo inconsciente. Ele maldiz o desejo; sobre ele, nada diz e nada quer saber. Sob um ponto-de-vista ético, o sujeito triste é um frouxo em dois sentidos da palavra: não só ele recua diante do desejo, e então é um pusilânime, como mantém uma relação não muito firme com a cadeia inconsciente do desejo. (QUINET, 1999a, p. 7).

Sonia Alberti (1999) Éric Laurent (1997) e Serge Cottet (1997) colocam a depressão como afeto; Antonio Quinet (1999a) afirma que ela é uma gradação da tristeza – esta, também, um afeto. Sobre as teses que pretendem definir a depressão como um afeto Colette

Soler (1999) diverge: “Parece-me que o estado depressivo é reduzido de muito bom grado ao afeto de tristeza. sem dúvida porque abordamos esta última com a sentença estigmatizante de Lacan: a tristeza, covardia moral. Mas o estado depressivo não se reduz ao afeto como sentimento” (SOLER, 1999, p. 100). Maria Rita Kehl (2009) afirma que a depressão não se confunde com estados de ânimo, como a tristeza e o abatimento, por exemplo:

As depressões participam das estruturas neuróticas, mas é preciso tentar compreender sua singularidade. Não se confundem com estados de ânimo tais como tristeza, abatimento, desânimo, inapetência para a vida, embora todos estes participem também do sofrimento do depressivo. Por outro lado, também não se confundem com as ocorrências depressivas esporádicas a que todo neurótico está sujeito em razão de perdas, fracassos ou lutos mal-elaborados. (KEHL, 2009, p. 14).

E assim também sustenta Colette Soler (1999):

Na afirmação da depressão, há de fato sempre mais do que apenas a dimensão de afeto: o sujeito a evoca como uma perda de interesse ou de capacidade, em fórmulas do tipo: “Não tenho mais... forças, coragem, elã etc.” [...]. É mais do que a tristeza [...]. É algo que toca à própria animação do sujeito e que se repercute infalivelmente, ao nível de seus empreendimentos, em efeitos de inércia que, para além da coloração do sentimento, tocam ao próprio princípio do interesse e da ação. Poderíamos ser tentados a concluir que se fala de depressão quando a tristeza passou ao ato, ao ato de inibir o dinamismo da vontade, mas seria ignorar que a própria tristeza é apenas um efeito, e que é preciso buscar em outro lugar a causa dessa deflação libidinal que deixa o sujeito não somente triste, mas como que... “sem mola”. (SOLER, 1999, p. 101).

Antonio Quinet (1999d) afirma cabalmente que “a depressão não é um sintoma no sentido analítico [...]” (QUINET, 1999d, p. 203). Orlando Coser (2003) faz coro dizendo que “[...] a depressão não pode ser tomada como um sintoma. Considerada fonte de sofrimento, ela é, sim, um sintoma, mas no sentido freudiano, não. O sintoma, para Freud, implica um trabalho frente ao qual o deprimido recua” (COSER, 2003, p. 122). Colette Soler (1999) também formula nessa mesma direção: “com efeito, a tristeza depressiva [...] não é um sintoma – dele não tem nem a estrutura nem a consistência – mas antes um estado do sujeito, submetido à flutuação e compatível com as diferentes estruturas clínicas” (SOLER, 1999, p. 102). Serge Cottet (1997) diz que a depressão é um afeto isolado por Freud “não como sintoma, é verdade, mas como signo sensível, visível, observável de um afeto” (COTTET, 1997, p. 158).

Sonia Alberti (1999) arrola a inibição como conceito importante no estudo psicanalítico da depressão, sustentando que a depressão seria uma inibição e o inverso do sintoma. Colette Soler (1999) afirma que a depressão participa das figuras da inibição e que “[...] os ditos da depressão sempre designam uma interseção em que se conjugam a tristeza e a inibição” (SOLER, 1999, p. 102). Vale evidenciar que Freud (1926[1925]/1986), logo no

início de *Inhibición, síntoma y angustia*²⁷³, já diz que a inibição é característica dos estados depressivos, concebendo tal fenômeno como uma “[...] limitación funcional del yo [...]”²⁷⁴ (FREUD, 1926[1925]/1986), p. 85).

Maria Rita Kehl (2009) afirma que “o que abate o depressivo não é propriamente o vazio, é o desconhecimento do que causa seu desejo” (KEHL, 2009, p. 20). Tal assertiva se afina com a hipótese de Antonio Quinet (1999a), para quem o deprimido permanece desorientado em relação ao seu desejo, e do desejo nada diz nem quer saber. Ambas as assertivas, entretanto, as de Kehl e as de Quinet, destoam, em certo ângulo, da tese de Manoel Tosta Berlinck e Pierre Fédida (2000) de que a depressão se define por uma posição econômica que concerne a uma organização narcísica do vazio. De fato, no artigo de Berlinck e Fédida a questão do desejo é pouco abordada, sendo encontrada com alguma relevância apenas quando eles afirmam que “esta [a depressão] é mitigada pela constituição do psiquismo onde habita o objeto a, causa do desejo” (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 18).

O desejo também participa da discussão acerca do tema da culpa na depressão. Stella Jimenez (1997) e Maria Rita Kehl (2009) retomam Lacan (1959-1960) quando, em seu *Seminário 7*, ele afirma que “a única coisa da qual se pode ser culpado é de ter cedido de seu desejo” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 376). A partir disto, Maria Rita Kehl (2009) afirma que “à diferença do que acontece com as formas da culpabilidade neurótica, o depressivo tem toda a razão em se sentir culpado. Ele é, efetivamente, culpado – e sabe bem disso – pela posição a partir da qual escolheu viver sua única vida” (KEHL, 2009, p. 194). Sobre essa escolha que o sujeito depressivo faz, e da qual se culpa, Stella Jimenez (1997) desenvolve: “o sujeito triste tem medo de saber de seu desejo, o que o leva muitas vezes ao ponto de não querer desejar. O desejo outorga cor e brilho à vida, mas deve ser pago com a castração [...], pagamento este que alguns sujeitos não querem fazer” (JIMENEZ, 1997, p. 202).

Articulando as duas autoras seria possível esboçar que a questão da culpa na depressão se apresenta pois o sujeito deprimido escolheu inconscientemente afastar-se de seu desejo, ceder dele por alguma razão – talvez porque, pergunta-se, se como diz Stella Jimenez (1997), o desejo implica a castração (JIMENEZ, 1997), a castração traz consigo a angústia (LACAN, 1962-1963/2005)? Da desistência de seu desejo, cairia sobre o sujeito, portanto, a culpa, de acordo com o ensinamento de Lacan (1960/2008) n’*O Seminário: livro 7*.

No *Dicionário de Psicanálise* organizado por Roland Chemama (1995), o verbete “depressão” traz a seguinte definição:

²⁷³ Tradução nossa: *Inibição, sintoma e angústia*.

²⁷⁴ Tradução nossa: “[...] limitação funcional do eu [...]”.

Modificação profunda do humor, no sentido da tristeza e do sofrimento moral, correlativa de um desinvestimento de qualquer atividade.

O termo depressão é utilizado, hoje, de forma mais frouxa, indicando, em seu uso corrente, patologias muito diferentes. Sem dúvida, porque o termo evita a necessidade de um diagnóstico estrutural, remetendo a questão do “que não está funcionando” a uma perturbação momentânea do humor.

Em compensação, para o psicanalista, essa ampliação não tem valor. O conceito de depressão não é definido fundamentalmente de maneira rigorosa, a não ser na melancolia, ou ainda naquilo que se chama de “psicose maníaco-depressiva” [...]. Entretanto, é verdade que são encontrados episódios depressivos, às vezes graves, nas neuroses. Portanto, não se pode fazer da depressão uma entidade clínica específica. (CHEMAMA, 1995, p. 42).

Darian Leader (2011) concorda com a imprecisão do termo “depressão” e advoga que para examinar os estados depressivos o clínico deve servir-se dos conceitos de luto e melancolia elaborados por Freud:

Depressão é um termo muito vago para uma gama de estados. Luto e melancolia, no entanto, são conceitos mais precisos, que podem ajudar a esclarecer como lidamos – ou fracassamos ao lidar – com as perdas que fazem parte da vida humana. (LEADER, 2011, p. 11).

[...]

Defendo que esses conceitos [luto e melancolia] precisem ser restaurados e que a ideia de depressão seja usada meramente como um termo descritivo para se referir a características superficiais de comportamento. (LEADER, 2011, p. 15)

[...]

A depressão é um termo vago demais para nos ajudar aqui. Embora nem todos os episódios de estados depressivos indiquem luto ou melancolia subjacentes, esses conceitos podem, não obstante, nos permitir abordar o problema da perda com uma clareza maior. Eles podem nos dizer algo sobre o porquê de uma reação depressiva poder se tornar uma depressão séria e prolongada ou, às vezes, um pesadelo terrível e infundável de autoacusação e culpa. (LEADER, 2011, p. 29).

Stella Jimenez (1997), diferentemente de Darian Leader (2011), não pleiteia o desuso da noção de depressão – inclusive, dedica-se a elaborá-la –, mas também faz aproximações com o luto e a melancolia. Jimenez (1997) defende que

de uma certa maneira a depressão é o contrário de um luto, pois o luto é um trabalho espontâneo do simbólico. Na depressão trata-se de um luto congelado, eternizado, pela falta de trabalho de elaboração. O sujeito não quer se referenciar na perda – não quer se reconhecer como sujeito faltoso –, o que o remeteria à castração. (JIMENEZ, 1997, p. 201).

Sobre uma etiologia da depressão, Stella Jimenez diz que “[...] é a falta de luto – o não querer se referenciar na perda – o que produz a depressão. [...] Se essa questão for evitada, a tristeza se eterniza e se torna depressão” (JIMENEZ, 1997, p. 201). Fazendo uma aproximação com o quadro melancólico ela afirma também que “como na melancolia e à diferença do luto, o

deprimido não sabe o que perdeu, ou sabe a quem perdeu mas não o que com ele foi perdido” (JIMENEZ, 1997, p. 201).

O dicionário de Elisabeth Roudinesco e Michel Plon (1998), no verbete “Melancolia” afirma que a depressão é uma forma atenuada da melancolia, e, sobre as proporções epidêmicas da atualidade, diz que ela se equivale à histeria da Salpêtrière, “[...] uma verdadeira doença de época [...]”. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 507). Consuelo Pereira de Almeida (1999), neste âmbito da atualidade da depressão, considera: “Não podemos negar a presença de um novo discurso em relação à depressão. Em uma sociedade que valoriza a competitividade e que é condicionada pelo discurso da ciência, seria a depressão uma doença do discurso capitalista?” (ALMEIDA, 1999, p. 117). Já Antonio Quinet (1999b) assevera que

[...] sempre existiram os estados depressivos [...] mas A *depressão* como patologia com entidade própria e independente da subjetividade, que emerge na mídia como o mal quase epidêmico deste fim de século, parece ser um subproduto contemporâneo do casamento do neoliberalismo globalizante do capital com os avanços das ciências neurobiológicas. (QUINET, 1999b, p. 87, grifo do autor).

Darian Leader (2011) também tece considerações sobre o atual panorama colocando em voga a regência do paradigma organicista, dizendo que

[...] a depressão é concebida como um problema biológico, como uma infecção bacteriana, que requer um remédio biológico específico. Os sofredores precisam retornar a seus estados produtivos e felizes. Em outras palavras, a exploração da interioridade humana está sendo substituída por uma ideia fixa de higiene mental. [...] A depressão é considerada o resultado de uma falta de serotonina, em vez de uma resposta às experiências de perda e separação.” (LEADER, 2011, p. 10).

Importante abrir um breve parêntese para pontuar a colocação de Leader (2011), quando diz que “os sofredores precisam retornar a seus estados produtivos e felizes” (LEADER, 2011, p. 10). O autor parece conceituar o sujeito deprimido como aquele que era feliz e agora deprimiu-se. É pertinente contrapor à colocação de Leader (2011) a consideração de Maria Rita Kehl (2009), que traz para discussão os casos de “[...] pessoas que se queixam de não ter jamais experimentado, tanto quanto sejam capazes de se lembrar, outro modo de estar no mundo que não seja a depressão, com raros intervalos de alívio passageiro.” (KEHL, 2009, p. 14). Assinala-se também essa circunscrição de Leader (2011) acerca da depressão apenas como algo que viria em resposta às experiências de perda e separação.

Ainda no campo da hodiernidade da depressão, Éric Laurent (1997), abordando a obra de Jacques Lacan, diz que “[...] a partir de *Televisão* é a depressão como afeto central da modernidade que é explicitamente visada.” (LAURENT, 1997, p. 189, grifo do autor). Maria Rita Kehl (2009) analisa que “o mundo contemporâneo demonizou a depressão, o que só faz

agravar o sofrimento dos depressivos com sentimentos de dívida ou de culpa em relação aos ideais em circulação.” (KEHL, 2009, p. 16).

Sobre uma direção de tratamento para a clínica – psicanalítica, obviamente – da depressão Antonio Quinet (1999b) indica que “a passagem da impotência (que corresponde à falência do desejo) ao impossível marca a saída da depressão. Trata-se da passagem do ‘eu não dou conta’ do deprimido a ‘o que não tem remédio, remediado está’ da castração assumida pelo sujeito” (QUINET, 1999b, p. 93). No mesmo âmbito da condução clínica Marcus André Vieira (1997) preconiza que “[...] o caminho da análise constitui-se na direção de uma dessubjetivação da tristeza, ou seja, na descoberta, sob as figuras inertes das formas deprimidas do sujeito, da força de uma dor de existir sem sujeito” (VIEIRA, 1997, p. 341).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tristeza, signo privilegiado da depressão, não compartilha da atualidade dela. A tristeza é velha companheira do homem; desde o mais antigo registro literário da cultura ela se faz presente na experiência existencial do sujeito. A tristeza atravessou todas as eras históricas, desde Hipócrates até os dias de hoje, atraindo a atenção dos pensadores e tomando os mais diferentes contornos que os paradigmas de suas épocas puderam delinear. Nesse percurso histórico, duas coisas ficam patentes: a tristeza é parceira inseparável do homem, inexpurgável elemento da vida, e tamanha é sua relevância na existência do sujeito que os saberes não conseguem ignorá-la.

A tristeza, quando muita, quando crônica, quando tônica da vida do sujeito, foi atribuída a um desequilíbrio, tomou contorno de anormalidade, desde os primórdios da medicina. Hipócrates, considerado por muitos o pai da ciência médica, teorizou especificamente sobre a tristeza, sobre a melancolia. A tristeza profunda, sob a nomeação de melancolia, está no nascimento da medicina, e é muito difícil que isto seja puro acaso – ao contrário: só atesta que a tristeza é parte elementar da experiência do sujeito. Aristóteles, seguindo a qualificação de desequilíbrio estabelecida por Hipócrates, já situa a tristeza intensa no campo da enfermidade – malgrado sua relação com a genialidade. Teria sido a melancolia uma das primeiras doenças da medicina?

Jean-Étienne Dominique Esquirol e Jean-Pierre Falret ensaiaram a introdução do termo “depressão” no campo das doenças mentais; Esquirol associando-a diretamente à tristeza, e Falret colocando-a como antônimo de “excitação”. George Henry Savage e Emil Kraepelin consolidaram definitivamente a depressão na nosografia médica, patrocinando a substituição do termo “melancolia” pelo termo “depressão” e elidindo completamente a melancolia. A psiquiatria norte-americana, no lançamento do DSM, nada mais fez que dar continuidade a esse paradigma, postulando, no lado das psicoses, a “reação maníaco-depressiva”, e no lado das neuroses a “reação depressiva”. Tais categorias, com as transmutações nosográficas da psiquiatria *yankee* ao longo dos anos – que, inclusive, abandonou as noções de neurose e psicose –, vieram a dar, hoje, respectivamente, nos “transtornos bipolares” e nos “transtornos depressivos”.

Se a psiquiatria ditou a depressão e matou a melancolia, Freud assim não o fez. Em 1917, mesmo depois de estabelecido o uso nosográfico da depressão, Freud publica um importante artigo que em seu título resgata a melancolia e em seu teor a reafirma. Dentro de

*Duelo y melancolía*²⁷⁵ Freud usa o termo “depressão” por duas vezes: quando fala de “depressões de cunho obsessivo” e quando afirma que há uma depressão própria à melancolia.

É certo que não fica claro o que é, precisamente, a depressão para Freud, mas parece razoável afirmar que ele passa muito longe de posicionar a depressão como uma estrutura diagnóstica. Em praticamente toda a sua obra verifica-se que, quando Freud fala de “depressão”, utiliza-se do termo num sentido descritivo, para referir um certo estado, um estado de ânimo, um conjunto de fenômenos. Vale destacar como isso se dá: no começo Freud fala de afetos depressivos; depois cunha o sintagma “depressão melancólica” e a situa como uma alteração do humor, junto à angústia; em outro momento elenca a depressão como sintoma histérico ao lado da amenorreia; em algumas passagens parece usar “depressão” e “depressão melancólica” como sinônimo de “melancolia”; fala também em “ataques de depressão” e em “quadro patológico da depressão melancólica”; fala da depressão como um “fator”, junto com a inibição e o luto; e menciona “estados depressivos” e “erupções de depressão grave”.

Lacan, ao longo de seu ensino, divide-se entre fazer uso do termo “depressão” para discutir o conceito de “posição depressiva” elaborado por Melanie Klein e entre utilizá-lo, assim como Freud, também num viés descritivo. Lacan fala de “crises de depressão”, “crises depressivas”, “crises de depressão melancólica”, “efeito depressivo”, “depressão por conta da perda de um objeto”, “estado de depressão ansiosa permanente”. Numa dada passagem, Lacan parece usar os termos “crises depressivas” e “acessos melancólicos” como sinônimos; em outro trecho aparenta falar de “estado melancólico” e “estado depressivo” também como sinônimos.

Quando relata a leitura que fez do resumo de um caso clínico de um outro profissional, Lacan afirma que a descrição que encontrou não permite emitir um diagnóstico apurado, de modo a saber se deveria qualificá-lo, ou não, de depressão melancólica. Seria, para Lacan, a depressão melancólica um diagnóstico do campo psicanalítico? Em duas passagens distintas de seu ensino Lacan fala de um certo “pai deprimido” e de um outro “pai depressivo” quando conta casos. Sobre o pai depressivo, Lacan vai mais além: destaca ser um pai depressivo e fala sobre “essa estrutura do pai”. Ao final de seu ensino, contudo, Lacan faz uma aproximação íntima entre depressão e tristeza, afirmando que a tristeza é qualificada de depressão.

Entretanto, talvez a contribuição mais clara de Jacques Lacan para o tema da depressão seja suas considerações sobre o papel do Ideal do eu nessa questão. Lacan afirma,

²⁷⁵ Tradução nossa: *Luto e melancolia*.

inclusive trazendo a obra de Freud para corroborar-lhe, que o Ideal do eu intervém em “diversas formas de depressão”, e que o que acontece no “registro depressivo” se dá em razão de uma hostilidade entre o Eu e o Ideal do eu. Nessa matéria, Lacan avança ainda mais: postula que o “estado melancólico” se estabelece quando o Eu se encontra numa posição de rejeição por parte do Ideal do eu e determina que o “estado depressivo” como tal se estabelece “[...] na medida em que, por parte do Ideal do eu, o próprio sujeito pode descobrir-se, em sua realidade viva, numa situação de exclusão de qualquer significação possível [...]” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 313).

A melancolia de outrora e a depressão de hoje compartilham algo visceral: a tristeza como ícone. Porém quais aproximações é legítimo fazer entre a melancolia clássica e a depressão contemporânea? Freud (1924[1923]), em seu emblemático artigo *Neurosis y psicosis*²⁷⁶, coloca a melancolia na categoria das “psiconeuroses narcisistas”, afirmando que o que a caracteriza é um conflito entre o Eu e o SuperEu. Já Lacan situa a etiologia dos estados melancólicos / estados depressivos / depressão numa hostilidade entre o Eu e o Ideal do eu.

No que diz respeito ao postulado de Freud, sabe-se que hoje em dia, no campo da psicanálise, permanece aberto um grande debate sobre o enquadramento da melancolia: se na estrutura neurótica ou se na estrutura psicótica – não estando a controvérsia pacificada. Dada a complexidade do debate, optou-se por não pautá-lo neste momento, aqui neste trabalho, mas é certo que tal questão terá um lugar deveras especial na continuidade desta pesquisa. No tocante ao que estabelece Lacan, considera-se ímpar a indicação que ele faz sobre o papel do conflito entre o Eu e o Ideal do Eu nos estados melancólicos / estados depressivos; indicação que merece ser investigada e terá um estudo dedicado no seguimento desta pesquisa.

Na atualidade, a medicina debruça-se sobre a depressão, atirando-a no turbilhão taxonômico da psiquiatria moderna e de seus manuais classificatórios estatísticos, e inserindo-a na obstinada busca do substrato biológico das mazelas mentais. Aglutinado a isso, emergem os alarmantes dados epidemiológicos: a depressão neste século é, em números, uma peste psíquica.

A quinta e última edição do DSM trouxe 33 exaustivas páginas dedicadas à descrição e classificação dos fenômenos próprios aos ditos “transtornos depressivos”. Em meio à turba de critérios, uma nota chama a atenção: o DSM afirma que “respostas a uma perda significativa” podem incluir os fenômenos citados nos critérios diagnósticos de um episódio de depressão. Os psiquiatras dizem que embora os fenômenos possam ser próprios à vivência

²⁷⁶ Tradução nossa: *Neurose e psicose*.

da perda, mesmo assim o diagnóstico de depressão deve ser levado em conta caso o quadro extrapole o âmbito da “resposta normal à perda”. O manual indica que o julgamento clínico da aplicação do diagnóstico de depressão deve levar em conta a história do paciente e as “normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda”. Curioso constatar que segundo a Associação Psiquiátrica Americana, portanto, o limiar de uma suposta normalidade para o luto, por exemplo, é modulado por algo completamente inorgânico: a cultura. Uma extensa nota de rodapé, ao final de toda essa consideração acerca das perdas significativas, se dedica a estabelecer diferenças entre o luto e a depressão. A nota termina com o sintagma: “dor da depressão”.

Na seção que trata do diagnóstico diferencial da depressão, o DSM admite que períodos de tristeza são inerentes à vida de qualquer sujeito, mas orienta que a tristeza deve ser diagnosticada como depressão se forem satisfeitos os critérios de gravidade, duração e se causar sofrimento ou prejuízo “cl clinicamente significativos”. Caso não sejam alcançados os critérios de duração e gravidade, mas julgar-se a presença de “prejuízo clinicamente significativo”, há uma categoria diagnóstica que abarca essa particularidade: o “outro transtorno depressivo especificado”.

Parece ter sido assim, criando uma categoria para cada nova conformação de fenômenos, que a quinta edição do DSM chegou a mais de 900 páginas: a primeira edição, de 1952, tinha menos de 150 laudas. Semanas antes do lançamento do DSM-5, Thomas Insel, então diretor do *National Institute of Mental Health*²⁷⁷ dos Estados Unidos – o maior e mais financiado instituto de pesquisa em saúde mental do mundo –, declarou que os pacientes merecem algo melhor que o DSM (INSEL, 2013).

A novidade mais assustadora, entretanto, fica por conta do aparecimento, no mesmo DSM-5, da “síndrome da descontinuação de antidepressivos”: um conjunto de sintomas que surgem após a interrupção abrupta ou redução acentuada das doses de um fármaco antidepressivo que foi tomado continuamente por pelo menos um mês. Os sintomas incluem manifestações sensoriais, somáticas e cognitivo-emocionais específicas; dentre elas estão tontura, zumbido nos ouvidos, aparição de flashes de luz, sensação de choques elétricos na cabeça, náusea, hiper-responsividade a ruídos ou luzes, incapacidade para dormir, ansiedade aguda e sentimentos não específicos de temor. Os sintomas são aliviados pela reintrodução do mesmo medicamento ou de algum outro fármaco antidepressivo de ação similar.

²⁷⁷ Tradução nossa: *Instituto Nacional de Saúde Mental*.

Por falar em antidepressivo, a mais nova substância dessa classe de fármacos foi aprovada este ano pela *Food and Drug Administration*²⁷⁸ (FDA), a agência do governo americano responsável por fiscalizar e regulamentar alimentos e remédios. O novo produto, chamado *Spravato*, é um spray intranasal de efeito quase imediato composto pela droga *esketamine*, que é “prima química” da cetamina, um velho e conhecido anestésico de uso generalizado – tão generalizado que na década de 1980 chegou às casas noturnas, sendo desfrutada recreativamente em razão das sensações alucinógenas que provoca. A cetamina, inclusive, já vinha sendo prescrita informalmente por médicos a pacientes com depressão. Em razão do potencial de abuso da droga, a FDA estabeleceu que o spray só poderá ser aplicado em consultórios e clínicas médicas. A nova medicação deverá custar entre US\$ 590 e US\$ 885, e analistas de *Wall Street* preveem vendas anuais do *Spravato* na casa dos 600 milhões de dólares em 2022. (THE ASSOCIATED PRESS, 2019).

Entre categorias diagnósticas inesgotáveis e novas drogas antidepressivas ministradas por vias inovadoras em orifícios nunca antes utilizados – ao menos não oficialmente – para tal fim, o que se vê é que o atual paradigma médico não inclui o sujeito, mas trabalha tão somente com seu suporte biológico e com leituras fenomênicas que estabelecem limiares de normalidade de maneira moral e arbitrária.

François Léguil diz que “A ciência ri das significações porque ela foraclui o sujeito. A ciência diz que a depressão não tem sentido, ela tem uma causa. A psicanálise diz, não, a depressão tem um sentido e esse sentido é a causa.” (LÉGUIL, 1996 apud BENTES, 1997, p. 268). É certo que a psicanálise remete a depressão à estrutura inconsciente do sujeito – se assim não o fizesse, não seria psicanálise.

Se nem Freud e tampouco Lacan se propuseram a abrir um debate sobre a depressão, estudar suas idiossincrasias e estabelecer sua conformação na teoria psicanalítica, alguns dos que vieram depois deles se dedicaram em alguma medida ao tema.

A partir do recorte feito para este trabalho, pode-se afirmar que os psicanalistas contemporâneos, em sua grande maioria, praticamente desconsideram o pouco que Freud disse sobre a depressão e concentram-se fortemente no veredito infamante de Lacan sobre a depressão como “covardia moral”, e ignoram a significativa indicação do próprio Lacan acerca das relações entre a depressão e o Ideal do eu. Indubitavelmente é valorosa a elaboração lacaniana sobre a “covardia moral” que traz a relevante obra de Espinosa para

²⁷⁸ Tradução nossa: *Agência de Alimentos e Medicamentos*.

discussão; mas também não seria tão ou mais preciosa a formulação de Lacan que, trazendo a obra de Freud, articula a depressão ao Ideal do eu?

No curso das elaborações dos psicanalistas de hoje vê-se muita discussão acerca do afeto e da tristeza: se a depressão é um afeto em si mesma, ou se a tristeza seria o afeto e a depressão seria apenas uma gradação da tristeza. Mas também há quem se posicione contra a redução da depressão ao mero afeto ou ao simples sentimento da tristeza, sustentando que há mais fatores em jogo; que a depressão se estabelece de modo mais intrincado. Se não é afeto, discute-se se ela seria, então, um “estado”, ou – até – uma estrutura: afeto depressivo? estado depressivo? neurose depressiva? Na esteira das elaborações, constata-se que o tema da depressão envolve conceitos cruciais da teoria psicanalítica: ao discutir sobre a depressão fala-se em inconsciente, desejo, libido, castração, narcisismo, angústia, objeto, sintoma, inibição, neurose, gozo, falta, Ideal do eu, linguagem, complexo de Édipo, estrutura... Não só fala-se como também articula-se esses conceitos psicanalíticos.

É imperativo pontuar que, como o que se reproduziu neste trabalho é apenas uma amostra, recolhida a partir de critérios próprios, não é lícito afirmar, então, que o que se explana aqui representa fidedignamente a discussão que vige na comunidade psicanalítica acerca do tema. Algumas produções que foram brevemente abordadas aqui certamente merecem uma análise mais detida; além, é claro, de importantes obras que infelizmente não puderam, neste momento, compor o campo de análise desta pesquisa. Mas se não foi possível representar tudo, foi possível representar algo.

Se a depressão é um afeto, se é um estado, ou uma estrutura... Há concordâncias, pontos de aproximação e pontos de divergência entre aqueles que se dedicaram a produzir algum conhecimento, alguma elaboração acerca da depressão no âmbito da esfera teórica da psicanálise. Mas, como se observa, não há um discurso afinado dentro do campo psicanalítico a respeito da concepção, caracterização e etiologia da depressão. Longe de ter o uníssono como um valor em si pois, como bem disse Nelson Rodrigues, toda unanimidade é burra. Mas as discordâncias parecem cruciais; e na falta de um discurso sólido, coeso e potente sobre a depressão, talvez a psicanálise esteja falhando flagrantemente em participar de maneira ativa de um dos principais debates destes tempos.

Resgatar a depressão dos domínios discursivos exclusivos da psiquiatria, da neurobiologia e do senso comum – via de regra discursos perniciosos quando se trata de saúde mental – é algo que se faz premente. Dada a feroz atualidade do tema, pergunta-se aqui, para já encaminhar o encerramento deste trabalho, se a depressão não mereceria maior atenção da comunidade psicanalítica. Fica clarividente que há o que debater, discutir, construir, refletir,

elucidar e elaborar acerca desse fenômeno cada vez mais proeminente, mais presente nos consultórios e na sociedade como um todo.

Como bem ensina Lacan, é crucial ao psicanalista estar atento à subjetividade de seu tempo. Onde estão os psicanalistas, então, que não se debruçando sobre a epidemia de depressão que parece assolar a tantos sujeitos?

Que antes renuncie a isso [a ser analista], portanto, quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois, como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico. Que ele conheça bem a espiral a que o arrasta sua época na obra contínua de Babel, e que conheça sua função de intérprete na discórdia das línguas. Quanto às trevas do *mundus* ao redor do qual se enrosca a imensa torre, que ele deixe à visão mística da tarefa de ver elevar-se ali, sobre um bosque eterno, a serpente putrefaciente da vida. (LACAN, 1953/1998, p. 322, grifo do autor).

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia. Os quadros nosológicos: depressão, melancolia e neurose obsessiva. In: QUINET, Antonio (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999. p. 153-160.

ALMEIDA, Consuelo Pereira de. Depressão: doença do discurso. In: QUINET, Antonio (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999. p. 117-119.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 1st ed. Washington: American Psychiatric Association, 1952.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II**. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1968.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III**. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R**. 3rd ed., revised. Washington: American Psychiatric Association, 1987.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV**. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR**. 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

ARISTÓTELES. (3-- a.C.) Problema XXX,1. In: QUINET, Antonio (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999. p. 269-277.

BENTES, Lenita. Toxicomanias antidepressivas. In: ALMEIDA, Consuelo Pereira de; MOURA, José Marcos (Org.). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997. p. 261-268.

BERLINCK, Manoel Tosta; FÉDIDA, Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 9-25, jun. 2000.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893-1895) Estudios sobre la histeria. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1985. v. 2.

BROMET, Evelyn et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, London, v. 9, n. 90, p. 1-16, 2011.

CAIRUS, Henrique. Da natureza do homem Corpus hippocraticum. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 395-430, jul./out. 1999.

CASTELO BRANCO, Felipe de Oliveira. **O espaço, a linguagem e a morte: sobre a melancolia em psicanálise**. 2013. 292 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CHEMAMA, Roland. **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

COSER, Orlando. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

COTTET, Serge. Gaio saber e triste verdade. In: ALMEIDA, Consuelo Pereira de; MOURA, José Marcos (Org.). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997. p. 157-164.

CUNHA, Antonio Geraldo da. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

DECOURT, Luiz Vénere. **A medicina em Salerno medieval**. 2005?. Disponível em: <<http://www.incor.usp.br/conteudo-medico/decourt/momento%20de%20reflexao%20salerno.html>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

DELOUYA, Daniel. Introdução: depressão, metáfora primitiva da psique. In: FÉDIDA, Pierre. **Depressão**. São Paulo: Editora Escuta, 1999. p. 7-14.

EDLER, Sandra. **Luto e melancolia: à sombra do espetáculo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ESQUIROL, Jean-Étienne Dominique. **Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal**. Paris: Chez J.-B. Baillière, 1838. v. 1.

FALRET, Jean-Pierre. **Des maladies mentales et des asiles d'aliénés**. Paris: J. B. Baillière et fils, 1864.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na Idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FREUD, Sigmund. (1888) Histeria. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 1, p. 41-65.

_____. (1889) Reseña de August Forel, Der Hypnotismus. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 1, p. 95-110.

_____. (1890) Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). In: _____.
Obras completas. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 1, p. 111-132.

_____. (1893) Manuscrito B. La etiología de las neurosis. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 1, p. 217-223.

_____. (1894) Manuscrito F. Recopilación III. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 1, p. 235-238.

_____. (1895?) Manuscrito G. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 1, p. 239-246.

_____. (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 3, p. 157-184.

_____. (1900) La interpretación de los sueños. In: _____. **Obras completas.** 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1979. v. 4-5.

_____. (1901) Psicopatología de la vida cotidiana. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 6.

_____. (1904[1903]) El método psicoanalítico de Freud. In: _____. **Obras completas.** 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1978. v. 7, p. 233-242.

_____. (1910) Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 11, p. 129-142.

_____. (1913[1912-1913]) Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 13, p. 1-164.

_____. (1914) Introducción del narcisismo. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 14, p. 65-98.

_____. (1915) La represión. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 14, p. 135-152.

_____. (1917[1915]) Duelo y melancolía. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 14, p. 235-255.

_____. (1917[1916-1971]) 28ª conferencia. La terapia analítica. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 16, p. 408-421.

_____. (1918[1914]) De la historia de una neurosis infantil. In: _____. **Obras completas.** 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 17, p. 1-112.

_____. (1920) Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 18, p. 137-164.

_____. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 18, p. 63-136.

_____. (1923[1922]) Una neurosis demoníaca en el siglo XVII. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 19, p. 67-106.

_____. (1923) El yo y el ello. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 19, p. 1-66.

_____. (1924[1923]) Neurosis y psicosis. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984. v. 19, p. 151-159.

_____. (1925[1924]) Presentación autobiográfica. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 20, p. 1-66.

_____. (1926[1925]) Inhibición, síntoma y angustia. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 20, p. 71-164.

_____. (1926) Psicoanálisis. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 20, p. 245-258.

_____. (1928[1927]) Dostoievski y el parricidio. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 21, p. 171-194.

_____. (1937) Análisis terminable e interminable. In: _____. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. v. 23, p. 211-254.

HOMERO. (7-- a.C.?) **Ilíada**. Rio de Janeiro: W. M. Jackson, 1964.

INSEL, Thomas. **Transforming Diagnosis**. 29 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

JIMENEZ, Stella. Depressão e melancolia. In: ALMEIDA, Consuelo Pereira de; MOURA, José Marcos (Org.). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997. p. 199-206.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 3: a prática analítica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

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

KRAEPELIN, Emil. **Manic-depressive insanity and paranoia**. Edinburgh: E. & S. Livingstone: 1921.

KRUTZEN, Henry. **Jacques Lacan Séminaires 1952-1980: Index référentiel**. 2. ed. Paris: Economica, 2003.

LACAN, Jacques. (1947) A psiquiatria inglesa e a guerra. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 106-126.

_____. (1948) A agressividade em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 104-126.

_____. (1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 238-324

_____. (1954-1955) **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. (1955) Variantes do tratamento-padrão. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 325-364.

_____. (1955-1956) **O seminário, livro 3: as psicoses**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. (1956-1957) **O seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. (1957-1958) **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. (1958-1959) **O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação**. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

_____. (1960) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade” In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 653-691.

_____. (1959-1960) **O seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. (1960-1961) **O seminário, livro 8: a transferência**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. (1962) Kant com Sade. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 776-803.

_____. (1962-1963) **O seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. (1964-1965) **Problemas cruciais para a psicanálise: Seminário 1964-1965**. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2006. Publicação interna extraoficial.

_____. (1966) De nossos antecedentes. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 69-76.

_____. (1966) O lugar da Psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 32, p. 8-14, 2001.

_____. (1967) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 248-264.

_____. (1972) O aturdido. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 448-497.

_____. (1973) Nota italiana. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 311-315.

_____. (1974) Televisão. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 508-543.

LAURENT, Éric. A luta da psicanálise contra a depressão e o tédio. In: ALMEIDA, Consuelo Pereira de; MOURA, José Marcos (Org.). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997. p. 189-197.

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

NATIONAL GALLERY OF ART. **Melencolia I**. Disponível em: <<http://www.nga.gov/content/ngaweb/Collection/highlights/highlight35101.html>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente**. Washington, 09 oct. 2012. Disponível em: <http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=694:dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&catid=672:pan.02-seguridad-humana-y-desarrollo-sostenible>. Acesso em: 15 nov. 2017.

PERES, Urania Tourinho. **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

PINEL, Philippe. **Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale**. 2. ed. Paris: Chez J. Ant. Brosson, 1809.

_____. **Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée a la médecine**. 6. ed. Paris: Chez J. A. Brosson, 1818.

QUINET, Antonio. Apresentação. In: ALMEIDA, Consuelo Pereira de; MOURA, José Marcos (Org.). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997. p. 9-19.

_____. A tristeza: mal-dizer o desejo. In: _____ (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999a. p. 7-12.

_____. Atualidade da depressão e a dor de existir. In: _____ (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999b. p. 87-94.

_____. A clínica do sujeito na depressão. In: _____ (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999c. p. 123-151.

_____. Tristeza e posição do sujeito. In: _____ (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999d. p. 203-208.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAVAGE, George Henry. **Insanity and allied neuroses: practical and clinical**. Philadelphia: Henry C. Lea's Son & CO., 1884.

SOLER, Colette. Um mais de melancolia. In: QUINET, Antonio (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999. p. 95-111.

STRACHEY, James. Nota introdutoria. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1978a. v. 7, p. 235-236.

_____. Introducción. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1978b. v. 15, p. 3-8.

_____. Nota introdutoria. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986a. v. 11, p. 131-132.

_____. Nota introdutoria. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986b. v. 17, p. 3-7.

TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 4, n. 1, p. 41-56, 2005.

TEIXEIRA, Antônio M. R.. Depressão ou lassidão do pensamento? Reflexões sobre o Spinoza de Lacan. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 27-41, 2008.

THE ASSOCIATED PRESS. FDA Allows Treatment of Depression With Club Drug's Cousin. **The New York Times**, Nova Iorque, 5 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/aponline/2019/03/05/us/politics/ap-us-club-drug-depression-medicine.html>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. **Patologia de Febres Hemorrágicas: Malária**. 2013. Disponível em:

<<http://www2.fm.usp.br/pfh/mostrahp.php?origem=pfh&xcod=Malaria>>. Acesso em: 17 out. 2018.

VIEIRA, Marcus André. Dor de existir, tristeza e gozo. In: ALMEIDA, Consuelo Pereira de; MOURA, José Marcos (Org.). **A dor de existir e suas formas clínicas**: tristeza, depressão, melancolia. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997. p. 199-206.

VIEIRA, Marcus André; BASTOS, Angélica; TEIXEIRA, Antônio. Semiologia da afetividade: o afeto que se encerra na estrutura. In: TEIXEIRA, Antônio; CALDAS, Heloisa (Org.). **Psicopatologia lacaniana I**: semiologia. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease**: 2004 update. Geneva: WHO, 2008.

_____. **Depression**. Fact sheet N°369. Out. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. **WHO calls for stronger focus on adolescent health**. Geneva, 14 maio 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

ANEXO A - Classificações mencionadas do DSM-I

❖ DISORDERS OF PSYCHOGENIC ORIGIN OR WITHOUT CLEARLY DEFINED PHYSICAL CAUSE OR STRUCTURAL CHANGE IN THE BRAIN
➤ 20-24 Psychotic disorders
▪ Disorders of psychogenic origin or without clearly defined tangible cause or structural change
• 21 Affective reactions
◆ 21.0 Manic depressive reaction, manic type
◆ 21.1 Manic depressive reaction, depressive type
◆ 21.2 Manic depressive reaction, other
◆ 21.3 Psychotic depressive reaction
➤ 40 Psychoneurotic disorders
▪ Disorders of psychogenic origin or without clearly defined tangible cause or structural change
• 40 Psychoneurotic reactions
◆ 40.5 Depressive reaction

ANEXO B - Classificações mencionadas do DSM-II

❖ III. PSYCHOSES NOT ATTRIBUTED TO PHYSICAL CONDITIONS LISTED PREVIOUSLY (295-298)
➤ 295 Schizophrenia
▪ 295.7 Schizophrenia, schizo-affective type
• 295.74 Schizophrenia, schizo-affective type, depressed
➤ 296 Major affective disorders (Affective psychoses)
▪ 296.1 Manic-depressive illness, manic type (Manic-depressive psychosis, manic type)
▪ 296.2 Manic-depressive illness, depressed type (Manic-depressive psychosis, depressed type)
▪ 296.3 Manic-depressive illness, circular type (Manic-depressive psychosis, circular type)
◆ 296.33 Manic-depressive illness, circular type, manic
◆ 296.34 Manic-depressive illness, circular type, depressed
▪ 296.9 Unspecified major affective disorder
• [Manic-depressive illness not otherwise specified]
➤ 298 Other psychoses
▪ 298.0 Psychotic depressive reaction (Reactive depressive psychosis)
❖ IV. NEUROSES (300)
➤ 300 Neuroses
▪ 300.4 Depressive neurosis

ANEXO C - Classificações mencionadas do DSM-III

❖ ORGANIC MENTAL DISORDERS
➤ Dementias arising in the senium and presenium
▪ Primary degenerative dementia, senile onset,
• 290.21 with depression
▪ 290.1x Primary degenerative dementia, presenile onset,
• 290.13 with depression
▪ 290.4x Multi-infarct dementia,
• 290.43 with depression
❖ AFFECTIVE DISORDERS
➤ Major affective disorders
▪ Bipolar disorder,
• 296.5x depressed,
▪ Major depression, (Code major depressive episode in fifth digit: 6 = in remission, 4= with psychotic features [the unofficial nonICD-9-CM fifth digit 7 may be used instead to indicate that the psychotic features are mood-incongruent], 3 = with melancholia, 2 = without melancholia, 0 = unspecified)
• 296.2x single episode,
• 296.3x recurrent,
➤ Other specific affective disorders
▪ 300.40 Dysthymic disorder (or Depressive neurosis)
➤ Atypical affective disorders
▪ 296.82 Atypical depression
❖ ADJUSTMENT DISORDER
➤ 309.00 with depressed mood

ANEXO D - Classificações mencionadas do DSM-III-R

❖ ORGANIC MENTAL DISORDERS
➤ Dementias arising in the senium and presenium
▪ Primary degenerative dementia of the Alzheimer type, senile onset,
• 290.21 with depression
▪ 290.1x Primary degenerative dementia of the Alzheimer type, presenile onset,
• 290.13 with depression
▪ 290.4x Multi-infarct dementia,
• 290.43 with depression
➤ Organic Mental Disorders associated with Axis III physical disorders or conditions, or whose etiology is unknown.
▪ 293.83 Organic mood disorder
• Depressed
❖ PSYCHOTIC DISORDERS NOT ELSEWHERE CLASSIFIED
➤ 295.70 Schizoaffective disorder
▪ Depressive type
❖ MOOD DISORDERS
➤ Bipolar Disorders
▪ Bipolar disorder,
• 296.5x depressed,
➤ Depressive Disorders
▪ Major Depression, (Code current state of Major Depression in fifth digit 1 = mild; 2 = moderate; 3 = severe, without psychotic features; 4 = with psychotic features (<i>specify</i> mood-congruent or mood-incongruent); 5 = in partial remission; 6 = in full remission; 0 = unspecified)
• 296.2x single episode,
• 296.3x recurrent,
▪ 300.40 Dysthymia (or Depressive neurosis)
▪ 311.00 Depressive disorder Not Otherwise Specified
❖ ADJUSTMENT DISORDER
➤ 309.00 with depressed mood

ANEXO E - Classificações mencionadas do DSM-IV

❖ Delirium, Dementia, and Amnesic and Other Cognitive Disorders
➤ DEMENTIA
▪ 290.xx Dementia of the Alzheimer's Type, With Early Onset
• .13 With Depressed Mood
▪ 290.xx Dementia of the Alzheimer's Type, With Late Onset
• .21 With Depressed Mood
▪ 290.xx Vascular Dementia
• .43 With Depressed Mood
❖ Schizophrenia and Other Psychotic Disorders
➤ 295.70 Schizoaffective Disorder
▪ Depressive type
❖ Mood Disorders (Code current state of Major Depressive Disorder or Bipolar I Disorder in fifth digit: 1 = Mild; 2 = Moderate; 3 = Severe Without Psychotic Features; 4 = Severe With Psychotic Features [<i>Specify</i> : Mood-Congruent Psychotic Features/Mood-Incongruent Psychotic Features]; 5 = In Partial Remission; 6 = In Full Remission; 0 = Unspecified) (The following specifiers apply [for current or most recent episode] to Mood Disorders as noted: a = Severity/Psychotic/Remission Specifiers; b = Chronic; c = With Catatonic Features; d = with Melancholic Features; e = With Atypical Features; f = With Postpartum Onset) (The following specifiers apply to Mood Disorders as noted: g = With or Without Full Interepisode Recovery; h = With Seasonal Pattern; i = With Rapid Cycling)
➤ DEPRESSIVE DISORDERS
▪ 296.xx Major Depressive Disorder,
• .2x Single Episode ^{a, b, c, d, e, f}
• .3x Recurrent ^{a, b, c, d, e, f, g, h}
▪ 300.4 Dysthymic Disorder
▪ 311 Depressive Disorder Not Otherwise Specified
➤ BIPOLAR DISORDERS
▪ 296.xx Bipolar I Disorder,
• .5x Most Recent Episode Depressed ^{a, b, c, d, e, f, g, h, i}
▪ 296.89 Bipolar II Disorder ^{a, b, c, d, e, f, g, h, i}
• Specify (current or most recent episode): Hypomanic/Depressed

➤ 293.83 Mood Disorder Due to ... [Indicate the General Medical Condition]
▪ Specify type: With Depressive Features/With Major Depressive-Like Episode [...]
➤ .- Substance-Induced Mood Disorder (refer to Substance Related Disorders for substance specific codes)
▪ Specify type: With Depressive Features [...]
❖ Adjustment Disorders
➤ 309.xx Adjustment Disorder
▪ .0 With Depressed Mood
▪ .28 With Mixed Anxiety and Depressed Mood

ANEXO F - Classificações mencionadas do DSM-IV-TR

❖ Delirium, Dementia, and Amnesic and Other Cognitive Disorders
➤ DEMENTIA
▪ 290.xx Vascular Dementia
• .43 With Depressed Mood
❖ Schizophrenia and Other Psychotic Disorders
➤ 295.70 Schizoaffective Disorder
▪ Depressive type
❖ Mood Disorders (Code current state of Major Depressive Disorder or Bipolar I Disorder in fifth digit: 1 = Mild; 2 = Moderate; 3 = Severe Without Psychotic Features; 4 = Severe With Psychotic Features [<i>Specify</i> : Mood-Congruent Psychotic Features/Mood-Incongruent Psychotic Features]; 5 = In Partial Remission; 6 = In Full Remission; 0 = Unspecified) (The following specifiers apply [for current or most recent episode] to Mood Disorders as noted: a = Severity/Psychotic/Remission Specifiers; b = Chronic; c = With Catatonic Features; d = with Melancholic Features; e = With Atypical Features; f = With Postpartum Onset) (The following specifiers apply to Mood Disorders as noted: g = With or Without Full Interepisode Recovery; h = With Seasonal Pattern; i = With Rapid Cycling)
➤ DEPRESSIVE DISORDERS
▪ 296.xx Major Depressive Disorder,
• .2x Single Episode ^{a, b, c, d, e, f}
• .3x Recurrent ^{a, b, c, d, e, f, g, h}
▪ 300.4 Dysthymic Disorder
▪ 311 Depressive Disorder Not Otherwise Specified
➤ BIPOLAR DISORDERS
▪ 296.xx Bipolar I Disorder,
• .5x Most Recent Episode Depressed ^{a, b, c, d, e, f, g, h, i}
▪ 296.89 Bipolar II Disorder ^{a, b, c, d, e, f, g, h, i}
• Specify (current or most recent episode): Hypomanic/Depressed
➤ 293.83 Mood Disorder Due to ... [Indicate the General Medical Condition]
▪ Specify type: With Depressive Features/With Major Depressive-Like Episode [...]
➤ .- Substance-Induced Mood Disorder (refer to Substance Related Disorders for substance specific codes)
▪ Specify type: With Depressive Features [...]

❖ Adjustment Disorders

➤ 309.xx Adjustment Disorder

▪ .0 With Depressed Mood

▪ .28 With Mixed Anxiety and Depressed Mood

ANEXO G - Classificações mencionadas do DSM-5

❖ Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders Specify (c): current severity of delusions, hallucinations, disorganized speech, abnormal psychomotor behavior, negative symptoms, impaired cognition, depression, and mania symptoms
➤ 297.1 Delusional Disorder ^{a, c}
➤ 298.8 Brief Psychotic Disorder ^{b, c}
➤ 295.40 Schizophreniform Disorder ^{b, c}
➤ 295.90 Schizophrenia ^{a, b, c}
➤ Schizoaffective Disorder ^{a, b, c}
▪ 295.70 Depressive type
➤ Substance/Medication-Induced Psychotic Disorder ^c
➤ Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition ^c
❖ Bipolar and Related Disorders
➤ Bipolar I Disorder
▪ Current or most recent episode depressed
➤ Bipolar II Disorder
▪ Specify current or most recent episode: Hypomanic, Depressed
❖ Depressive Disorders The following specifiers apply to Depressive Disorders where indicated: Specify (a): With anxious distress (specify current severity: mild, moderate, moderate-severe, severe); With mixed features; With melancholic features; With atypical features; With moodcongruent psychotic features; With mood-incongruent psychotic features; With catatonia (use additional code 293.89); With peripartum onset; With seasonal pattern
➤ 296.99 Disruptive Mood Dysregulation Disorder
➤ ____ Major Depressive Disorder ^a
▪ ____ Single episode
• 296.21 Mild
• 296.22 Moderate
• 296.23 Severe
• 296.24 With psychotic features
• 296.25 In partial remission
• 296.26 In full remission

<ul style="list-style-type: none"> • 296.20 Unspecified
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ____ Recurrent episode
<ul style="list-style-type: none"> • 296.31 Mild
<ul style="list-style-type: none"> • 296.32 Moderate
<ul style="list-style-type: none"> • 296.33 Severe
<ul style="list-style-type: none"> • 296.34 With psychotic features
<ul style="list-style-type: none"> • 296.35 In partial remission
<ul style="list-style-type: none"> • 296.36 In full remission
<ul style="list-style-type: none"> • 296.30 Unspecified
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 300.4 Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) ^a (Specify if: In partial remission. In full remission) (Specify if: Early onset. Late onset) (Specify if: With pure dysthymic syndrome; With persistent major depressive episode; With intermittent major depressive episodes, with current episode; With intermittent major depressive episodes, without current episode) (Specify current severity: Mild, Moderate, Severe)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 625.4 Premenstrual Dysphoric Disorder
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ____ Substance/Medication-Induced Depressive Disorder
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 293.83 Depressive Disorder Due to Another Medical Condition (Specify if: With depressive features. With major depressive-like episode. With mixed features)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 311 Other Specified Depressive Disorder / Unspecified Depressive Disorder
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trauma- and Stressor-Related Disorders
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ____ Adjustment Disorders: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 309.0 With depressed mood ▪ 309.28 With mixed anxiety and depressed mood
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of Medication
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ____ Antidepressant Discontinuation Syndrome <ul style="list-style-type: none"> ▪ 995.29 Initial encounter ▪ 995.29 Subsequent encounter ▪ 995.29 Sequelae